

Reinhard Tausch

## Gesprächspsychotherapie bei depressiven Klienten/Patienten

Aus der Praxis für die Praxis

Im Folgenden skizziert Reinhard Tausch sein praktisches Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie bei Personen mit Depressionen. Er bezieht wissenschaftliche Befunde über die Entwicklung von Depressionen sowie verschiedene empirisch geprüfte Interventionen ein und reflektiert dreieinhalb Jahrzehnte Psychotherapiepraxis, die, so schreibt er, „mir geholfen haben, förderliche Erfahrungen und Fortschritte zu machen und das psychotherapeutische Geschehen klarer zu sehen.“ Der Überblick zeigt gleichzeitig den hohen Nutzen auf, den Entspannungsübungen, sportliche Aktivitäten und praktische „Hausaufgaben“ für Patienten mit depressiven Belastungen haben. Und er macht deutlich, wie hilfreich es sein kann, klientenzentriertes Arbeiten mit anderen wirksamen psychotherapeutischen Verfahren zu kombinieren.

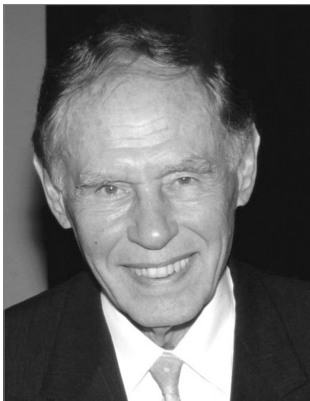
### Meine psychotherapeutischen Haltungen in der Psychotherapie mit depressiven Patienten

Ich bin fortlaufend intensiv bestrebt, in der Begegnung mit den Patienten so zu sein, dass sie die deutliche Erfahrung machen, geachtet-gemocht sowie tief verstanden zu werden. Ferner, dass sie mich als aufrichtig, aktiv bemüht, fördernd und nicht-bewertend wahrnehmen. Wir wissen heute, dass hierdurch die Selbstachtung und das Selbstkonzept sowie die Situationsängste der Patienten sich deutlich verbessern, und dass sie sich mit ihren Belastungen mehr öffnen. Ferner: Indem der Psychotherapeut dann fortlaufend die von ihm präzise verstandenen Kognitionen und Gefühle des Patienten klar äußert, ohne sie in irgendeiner Weise zu bewerten, findet bei den Patienten eine Desensibilisierung-Angstminderung statt. Hierdurch bessert sich ihre Denkfähigkeit in den belastenden Bereichen; Klärungen sowie Verhaltensänderungen werden möglich. Dies entspricht uneingeschränkt dem Konzept von Carl Rogers (1983), das in vielen Untersuchungen bestätigt wurde. Bedeutsam ist dabei: Die Änderungen bei den Patienten treten meist nur ein, wenn die Patienten den Therapeuten *in hohem Ausmaß* achtungsvoll, einfühlsam, aufrichtig und aktiv fördernd wahrnehmen.

Ferner wird mein Verhalten davon bestimmt: „What needs the client?“ Diese Frage von Carl Rogers hat mich über Jahrzehnte begleitet. Sie hat mich dahin gebracht, weitere Notwendigkeiten zu erkennen und dem Patienten die Unterstützungen anzubieten, die für ihn bedeutsam förderlich sind. Dies sehe ich als sozial-ethische Verpflichtung an. Voraussetzung ist allerdings: Die ergänzenden Interventionen haben sich in empirischen Prüfungen als effektiv gegenüber einem Vorgehen ohne diese Intervention herausgestellt. So habe ich im Laufe der letzten 25 Jahre Erfahrungen und Kenntnisse erworben, die für die Patienten zusätzlich zur Gesprächspsychotherapie von deutlichem Nutzen sind. Wenn die Psychotherapie nur wenig voranschreiten sollte, dann fühle ich mich heute sicherer als früher, ich kann den Patienten mehr Möglichkeiten anbieten.

### Berücksichtigung von Befunden über körperliche und seelische Befunde bei Depressionen

Forschungsbefunde aus den USA, insbesondere die bio-psycho-soziale Theorie der Entwicklung seelischer Störungen und ihrer Wechselwirkungen, lassen mich heute Zusammenhänge klarer sehen und verhindern Fehlurteile.



Prof. Dr. Reinhard Tausch

arbeitet seit über 30 Jahren in Forschung und Lehre am Psychologischen Institut der Universität Hamburg sowie in psychologischer/psychotherapeutischer Praxis in Stuttgart. Prof. Dr. Tausch ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der GwG.

#### Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Reinhard Tausch  
Psychologisches Institut III  
der Universität Hamburg  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg

### Biologische Bedingungen der Entwicklung von Depressionen

- Depressive Erkrankungen hängen meist zusammen mit genetisch-körperlichen Bedingungen. So beträgt die Konkordanzrate der Depressivität bei erbgleichen Zwillingen ca. 70–80%, dagegen bei zweieiigen Zwillingen ca. 20%. Für die Entwicklung einer Depression ist meist eine genetische Prädisposition notwendig.
- Bei Depressionen sind körperliche Vorgänge verändert, z.B. eine Verminderung von Serotonin und Noradrenalin, Mangelzustände von B-Vitaminen und Folsäure, eine vermehrte Cortisolausschüttung oder hormonale Störungen, z.B. des Östrogenhaushaltes.
- Mit-Auslöser oder Cofaktoren von depressiven Erkrankungen können sein z.B. Hirntumore, Hirntraumata, Multiple Sklerose, Hyper- oder Hypothyriose, essentielle Hyperthionie, kardiovaskuläre Störungen, rheumatoide Arthritis, Klimakterium u.a.m.
- Häufig besteht eine Komorbidität von depressiven Störungen mit anderen seelisch-körperlichen Erkrankungen, z.B. generalisierten Angstzuständen, sozialen Phobien, Zwangsstörungen, Panikstörungen, Anorexie, Alkoholkrankung u.a.m.
- Folgerung: Bei mittleren oder schweren Depressionen ermöglicht die Zusammenarbeit mit Fachärzten die Feststellung und Verminderung neuro-physiologischer Störungen, die mit der Depressivität zusammenhängen – sie mitbedingen können, etwa durch medikamentöse Hilfen. Für sehr bedeutsam bei schweren Depressionen halte ich die in Entwicklung befindlichen Methoden der transcraniellen Magnet-Elektrostimulation, ohne die Beeinträchtigungen der früheren Elektro-Krampftherapie.

### Seelische Vorgänge

Fast immer ist bei Depressionen ein negatives Selbstkonzept vorhanden, negative Bewertung der eigenen Person und der Umwelt, starke Innenwendung, häufige negative Gedanken, sog. Grü-

beln, Schuldgefühle, Zuschreibung von Schwierigkeiten oder ungünstigen Ereignissen der eigenen Person, Gefühle der Energielosigkeit, häufige Angstzustände, Schlafschwierigkeiten, häufig negative Träume u.a.m.

### Umweltbedingungen, stark belastende Lebensereignisse als Stressoren

Bei über 50% der depressiven Patienten können belastende Lebensereignisse als bedeutsam für die Entwicklung oder Auslösung von Depressionen nachgewiesen werden, z.B. Verlust einer geliebten Person durch Tod, Trennung in der Partnerschaft, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, starke andauernde Belastungen in der Partnerschaft oder mit heranwachsenden Kindern, längere Arbeitslosigkeit u.a.m.

### Folgerungen für die Psychotherapie

Wenn Depressionen in der Entwicklung gefördert, ausgelöst oder aufrechterhalten werden durch körperliche Vorgänge, seelische Vorgänge sowie Umweltbedingungen und diese drei Bereiche entsprechend dem bio-psycho-sozialen Entstehungsmodell miteinander interagieren, ist es notwendig, sie in der Psychotherapie zu berücksichtigen. Welche günstigen erleichternden Vorgänge können wir fördern, im seelischen Bereich, im Umweltbereich und wo es uns möglich ist im somatischen Bereich? So ist eine multimodale Psychotherapie angemessen, z.B. Zusammenarbeit mit Ärzten zur Beeinflussung biologischer Vorgänge, die Klärung und Förderung des sozialen Umfeldes, z.B. Ehepartner, Arbeitsstätte sowie die seelischen Vorgänge.

### Aufklärung der Patienten über Entstehungsbedingungen

Viele Patienten haben keine oder falsche Informationen über die Entwicklung ihrer depressiven Belastungen. Dies führt zu Unsicherheiten, Ängsten oder z.T. zu falschen Auffassungen oder

Anschuldigungen, z.B. die Eltern seien schuld an der Depression oder die Patienten hätten zu wenig ihre Gefühle ausgedrückt usw. Deshalb bespreche ich dies im Anfangsabschnitt meiner Psychotherapie mit meinen Patienten, anhand einer Skizze, in der die drei beeinträchtigten Faktoren – biologische, seelische und umweltmäßige – dargestellt sind mit Hinweisen ihrer gegenseitigen Beeinflussung. Es ist das Ziel, diese ungünstigen Bedingungen in den drei Bereichen möglichst zu vermindern und günstige, seelisch gesunde, zu fördern. Für die Patienten ist eine derartige sachliche Information häufig beruhigend und hilfreich.

### Information der Patienten über die bevorstehende und laufende Psychotherapie

Zur Verminderung von Unsicherheiten und Ängsten gebe ich jedem Patienten im voraus oder bei Beginn der Psychotherapie ein zweiseitiges Informationsblatt. Es enthält u.a.:

- Meine psychotherapeutischen Möglichkeiten (Psychologische Beratung, Gesprächspsychotherapie, Atem- und Muskelentspannung, Stressverminderung, Verbesserung von Verhaltensschwierigkeiten u.a.m.)
- Die aktive Mitarbeit des Patienten ist entscheidend. Je größer das Engagement und die Selbsthilfe des Patienten, z.B. bei der Durchführung von Entspannungsübungen, Bewegungstraining u.a.m., um so kürzer ist die Zeitdauer der Psychotherapie. Und: Ich freue mich, wenn Patienten nach zehn, 15 oder 20 Sitzungen fähig sind, ihre Schwierigkeiten allein zu bewältigen.
- Der Patient kann ein bis drei Gespräche bei einem anderen Psychotherapeuten/in in Anspruch nehmen, etwa um andere Erfahrungen zu machen oder bestimmte Gebiete neu oder nochmals mit jemand anderem zu besprechen.
- Ich kann eine Tonaufnahme von den Gesprächen machen und dem Patienten mit nach Hause geben zum Abhören und zur Klärung.

- Bei schweren seelischen Beeinträchtigungen kann es nötig/hilfreich sein, ärztliche Untersuchung und Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Gruppenpsychotherapien sind häufig besonders wirksam. Ich führe sie zusammen mit anderen Psychotherapeuten/Innen durch.
- Der Patient kann, wenn er es wünscht, vorher Aufzeichnungen auf einem Blatt machen und die Gedanken mit mir besprechen. Auch während des Gesprächs kann er Gedanken aufschreiben. Ferner möge er sich frei fühlen, über seine religiösen Auffassungen, sozial-ethische Werte, über Schuldgefühle oder Gewissen zu sprechen.
- Wenn der Patient Wünsche zur Durchführung der Psychotherapie hat oder wenn ihn etwas stört-beeinträchtigt: möge sie/er es mir möglichst bald offen sagen. Ich bin dafür dankbar. Denn ein gutes gemeinsames Arbeitsklima ist entscheidend wichtig.

eine Kopie ihrer Beeinträchtigungsliste, ohne das damalige Ausmaß, und schätzen die Belastung neu ein. Eine andere Möglichkeit ist: Die Patienten geben jeweils das Ausmaß der Verbesserung/Verschlechterung der einzelnen Belastungen auf einer Acht-Punkte-Skala an. Patienten und Therapeuten erhalten so einen guten Überblick über das Erreichte; sie werden angeregt zu intensivem Weiterarbeiten oder zur Klärung der Umstände, die ein Fortschreiten erschweren. Für hilfreich würde ich auch eine unkomplizierte Möglichkeit halten, eventuelle Traumata eines Patienten zu ermitteln, ohne dass sie hierdurch in eine ungünstige Richtung gelenkt würden. Ich hoffe, dass in einiger Zeit Arbeitsbogen bereitstehen, die den Psychotherapeuten und Patienten helfen, die Belastungen, das eigene Verhalten und sich selbst klarer zu sehen, evtl. auch die hierzu förderlichen Möglichkeiten.

### Der erste Psychotherapie-Abschnitt (ein bis ca. vier Stunden)

Im Vordergrund steht das klientenorientierte Psychotherapie-Gespräch. Der Patient öffnet sich mit seinen vielfältigen Belastungen. Er erfährt dabei, fürsorglich und aufrichtig geachtet, nicht bewertet und tief verstanden zu werden. Stress-Ängste und Ungewissheiten vor der Psychotherapiesituation nehmen ab. Gemäß den Forschungen mit dem sog. Stundenbogen fühlen sich die Patienten vom Beginn bis zum Ende jeder Therapiestunde zunehmend entspannter. Durch die Äußerungen des Therapeuten, was sie/er von den wesentlichen Kognitionen und Gefühlen des Patienten verstanden hat (sog. Reflecting of Feeling), ist der Klient gleichsam konditioniert, fortlaufend über wesentliche Kognitionen und Gefühle zu sprechen. Wichtig besonders bei depressiven

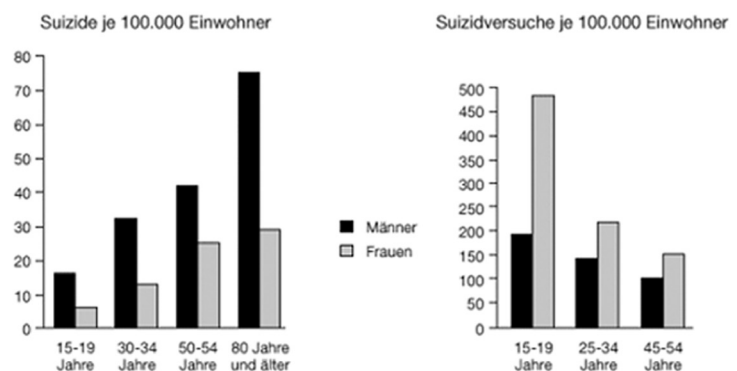
### Psychodiagnostische Tests?

Abgesehen von ihrer Notwendigkeit bei Untersuchungen zur Effektivität der Gesprächspsychotherapie stimme ich mit Carl Rogers überein, dass psychodiagnostische Tests häufig für die Therapie direkt nicht notwendig sind. Manchmal können sie allerdings hilfreich für Psychotherapeuten und auch für Patienten sein; jedoch haben wir auch erfahren, dass sie für Psychotherapeuten und Patienten ungünstig sein können.

Dagegen halte ich Folgendes für Patienten und Therapeuten für sinnvoll: Der Patient trägt nach dem ersten oder zweiten Kontakt seine Belastungen-Beeinträchtigungen in einen Bogen mit ca. acht Rubriken ein, auch seine andersartigen Beeinträchtigungen wie Ängste, Alkoholmissbrauch u.a.m. Dies alles in Stichworten. Anschließend schätzt er das Ausmaß der Belastung von eins bis zehn ein. Er kann auch darunter die erstrebten Änderungen und Ziele stichwortartig angeben. Nach jeweils etlichen Kontakten und gegen Ende der Psychotherapie erhalten die Patienten

### Depression und Suizidalität

In Deutschland nehmen sich pro Jahr ca. 12.000 Menschen das Leben, wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicherlich erheblich höher liegt. **Die Zahl der Suizide übersteigt demnach deutlich die der jährlichen Verkehrstoten.** In der Altersgruppe der 15- bis 35-jährigen steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen. Die Zahl ernsthafter Suizidversuche liegt ca. um den Faktor 10 höher als die der vollzogenen Suizide. Das höchste Suizidrisiko tragen ältere Männer, das höchste Suizidversuchsrisiko jüngere Frauen (siehe Abbildung).



**Ein Großteil der Suizide erfolgt im Rahmen depressiver Erkrankungen.** Circa 15% der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen versterben durch Suizid. Schätzungsweise die Hälfte der depressiv Erkrankten begehen im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch.

Quelle: <http://www.kompetenznetz-depression.de/>

(ur)

Patienten: Es wird nicht überwiegend über die meist negativen Gefühle gesprochen, sondern mehr über die mit den Gefühlen zusammenhängenden Kognitionen. Die Sätze von Carl Rogers in seinen Psychotherapiegesprächen beinhalten nach unseren Untersuchungen zu ca. 65% Kognitionen des Klienten (Bewertungen, Bedeutungen, Gedanken) und zu ca. 20–25% die damit zusammenhängenden Gefühle.

Entscheidend ist dabei: Der Patient erfährt, er wird trotz seiner Fehler und Schwächen geachtet, akzeptiert und fühlt sich ernst genommen und geborgen. Die fortlaufenden Äußerungen des Therapeuten über die belastenden Kognitionen und Emotionen des Patienten, ohne jede negative Bewertung, führen dazu, dass der Patient sich selbst und seine geäußerten Belastungen ebenfalls weniger bewertet und seine eigene Person mehr akzeptiert. Dies bedingt eine Desensibilisierung, Angstminderung in wichtigen Belastungsbereichen. Danach kann eine Klärung von Erfahrungen erfolgen, die öfters zu einem geänderten Verhalten führen. Wenn der Patient sehr unmittelbar und direkt seine wesentlichen persönlichen Kognitionen und Gefühle äußert, treten körperliche Vorgänge ein: Eine Minderung der größeren Aktivität der rechten Gehirnhälfte (negative Gefühle) und eine vermehrte Aktivität in der linken Gehirnhälfte (Denken und Sprache). Es wurde auch festgestellt, dass das alleinige Herauslassen von Gefühlen im Gespräch oder in der Niederschrift wenig hilfreich ist, ohne zugehörige Kognitionen bzw. kognitive Auseinandersetzung.

### **Die weiteren Psychotherapie-Abschnitte (ca. fünfte bis 25. Stunde)**

Im Rückblick auf die vergangene Woche mindern sich häufig Angst und Denkblockaden, und es kommt zu neuen kognitiven Perspektiven und der Klärung von Erfahrungen, z.T. verbunden mit Verhaltensänderungen.

*Die zweite Hälfte oder das letzte Drittel jeder Psychotherapiestunde ist über-*

wiegend den ergänzenden förderlichen multimodalen Interventionsmöglichkeiten gewidmet. Die Zeitdauer der Sitzungen ist allerdings bei mir auch mindestens 60, öfter auch 75 Minuten.

Im Folgenden zeige ich einige Beispiele für die ergänzenden Interventionen auf.

### **Entspannungs-Training**

Fast jeder Patient mit Depressionen, besonders auch mit zusätzlichen Ängsten, hat muskuläre Verspannungen und schnellere Brustatmung – eine Folge von häufiger seelischer Anspannung, negativen Gefühlen, Bedrohung des Selbst u.a.m. Ich erkläre das Entstehen und die ungünstigen Folgen der körperlich-seelischen Spannung. Diese werden durch Muskel- und/oder Atementspannung deutlich vermindert, zugleich nehmen seelisches Wohlbefinden, Gelassenheit und günstigere Kognitionen zu. So mache ich ab dem zweiten, dritten Kontakt zusammen mit dem Patienten eine Muskelentspannung (Jacobson, 1938). Und gebe ihnen dann eine Kassette oder CD von mir mit. (Tonkassetten oder CD's dieser Muskelentspannung oder Atementspannung – jeweils erklärende Einführung sowie tägliche Praxis – sind erhältlich über die GwG-Akademie, Köln.) Muskelentspannung ist für viele depressive Patienten zumindest anfänglich günstiger als die sonst sehr wirksame Atem-Entspannung (Benson, 1975). Hier *kann* die stärkere Innenwendung am Anfang zu Ängsten führen. Die Effekte des Entspannungstrainings werden mit zunehmender Übung deutlicher. Sie sind für die Minderung seelischer Erkrankungen und die Förderung gesunder körperlich-seelischer Vorgänge kaum zu unterschätzen! Ich bitte die Patienten, täglich als Selbsthilfe und Hausaufgabe mindestens einmal nach der Kassette/CD diese Übung durchzuführen, besser zweimal. Und zwecks Erleichterung regelmäßiger Durchführung das Training – ebenso das Bewegungstraining (s.u.) – in ein kleines Heft einzutragen, mit stichwortartigen Vermerken und zur Sitzung mitzubringen.

### **Bewegungs-Training**

Ein etwa dreimaliges Bewegungstraining in der Woche, ca. 20–30 Minuten langsames Joggen oder schnelles Gehen, ist *sehr* wirkungsvoll für die Verminderung der Depression und ein größeres seelisch-körperliches Wohlbefühl. So ist nach einem 20-minütigen Lauf die Gehirndurchblutung um etwa 40% verbessert, was sehr bedeutsam für hirneurophysiologische Vorgänge bei Depressivität ist. Bis zur Verschlechterung meiner alten Kriegsverletzung am Bein, bot ich Patienten an, die sich nicht überwinden konnten, trotz genereller Gesundheit zu joggen oder zu walken, bei der nächsten Sitzung im Trainingsanzug zu kommen, so dass wir dieses Training im letzten Drittel gemeinsam durchführten. Auch ein Training im Fitnesszentrum hat günstige Auswirkungen.

### **Verminderung von Stressbelastungen**

Sie ist aus folgenden Gründen sehr bedeutsam: Stressbelastungen fördern die Entwicklung und Auslösung der Depression. Und die dann eingetretene depressive Erkrankung bringt deutliche weitere Stressbelastungen mit sich, z.B. Beeinträchtigung des Wohlbefindens, Einschränkung der Lebensqualität, Beeinträchtigung der Freizeitaktivitäten, Ängste-Befürchtungen, von anderen abgelehnt oder berufsunfähig zu werden u.a.m. Einige wesentliche therapeutische Arbeitsbereiche sind:

**Verminderung negativer Gedanken unterlassen häufigen Grübelns sowie Vermehrung positiver Gedanken.** Hierzu gebe ich den Patienten das Buch „Hilfen bei Stress und Belastung“ (Tausch, 2003), in dem der Zusammenhang zwischen negativen Gedanken mit negativen Gefühlen und depressivem Unwohlsein leicht verständlich dargestellt ist, ferner die Minderung negativer Gedanken.

Eine günstige Möglichkeit für die Selbsthilfe-Hausaufgabe ist: Der Patient erhält ein kleines Oktavheft mit der Überschrift „Das Gute in meinem Alltag“. Ich bitte die Patienten, jeden

Tag auf einem Blatt einzutragen, was sie Gutes erlebt haben, was ihnen an Gutem widerfahren ist. Für viele depressive Menschen ist das zunächst schwierig, es besteht eine innere Weigerung, anzuerkennen, dass etwas Gutes für sie an einem Tag geschehen ist. Für den Fall bitte ich sie aufzuschreiben, was sie an Gutem gesehen haben, etwa auf einem Kinderspielplatz. Wenn sie auch hierzu keine Erfahrung an dem Tag machten: Dann mögen sie hinschreiben, was sie an diesem Tag Gutes getan haben.

**Verminderung von Stresssituationen in Familie und Beruf.** Fast jeder Patient erlebt vielfältige Situationen im Alltag, die ihn deutlich belasten, etwa Situationen in der Partnerschaft oder im Beruf. Während der Patient seine belastenden Erfahrungen in einer Situation äußert, notiert der Therapeut stichwortartig die dabei ausgedrückten Gedanken, Gefühle und das Verhalten des Patienten dabei. Diesen Bogen legt er dann sichtbar für beide auf den Tisch. Jetzt wird an einem alternativen Verhalten gearbeitet: Welche anderen Gedanken in dieser Situation wären hilfreicher? Welches andere Verhalten, z.B. welche anderen Äußerungen und welche günstigeren Gefühle entstehen dabei? Diese Klärung und Ausarbeitung des alternativen Verhaltens ist für die Patienten meist deutlich einsichtig. Das alternative Verhalten, etwa Sprachäußerungen gegenüber dem Partner oder Vorgesetzten, kann man in einem Rollenspiel mit dem Patienten praktisch üben. Sehr bedeutsam ist ferner: Die Patienten können auch zusammen mit ihrem Partner ein- oder zweimal zu der Therapiesitzung kommen. Auch wenn der Patient keine Schwierigkeiten mit seinem Partner hat: Die Depression belastet den gesunden Partner oft erheblich; und es ist wichtig, dass der gesunde Partner dem erkrankten seelischen Support geben kann.

**Größere Bewusstheit und Förderung des seelischen Haltes, sog. Ressourcen (Konietzky, Langer u. Tausch, 2004).** Die Patienten werden gebeten, zu Hause aufzuschreiben, was ihnen in ihrem Alltagsleben seelischen Halt gibt. Dies Notiz wird beim nächsten Kontakt besprochen und z.T. erarbei-

tet, wie sie diesen seelischen Halt verstärken können. Dann erhalten sie als weitere Hausaufgabe einen Bogen mit 61 vorgegebenen seelischen Halten, eine Zusammenstellung aus Befragungen. Sie sollen darin ankreuzen, was ihnen davon seelischen Halt gibt. Sie kreuzen durchschnittlich 30 seelische „Haltquellen“ an. Diese große Anzahl ist ihnen anfänglich gar nicht bewusst geworden, als sie spontan ihre seelischen Halte niederschreiben sollten. Zumal bei Depressivität viel Positives nicht wahrgenommen und erinnert wird. Therapeut und Patient besprechen dann, welche seelischen Halte in welcher Form für den Patienten bedeutsam sind. Und wie sie verstärkt werden können. Daran arbeitet der Patient in den nächsten Wochen und bringt Arbeitsergebnisse mit.

**Förderung von Sinnerfahrungen.** Depressive Personen erleben wenig Sinnerfüllung in ihrem Alltagsleben. Eine Förderung von Sinnerfahrungen ist gemäß Untersuchungen verbunden mit einer Verbesserung der seelischen Gesundheit. Eine Möglichkeit in der Therapie ist: Der Therapeut fragt den Patienten oder gibt es ihm als Hausaufgabe, was in seinem Alltagsleben er/sie als sinnvoll erlebt, was ihm/ihr Sinn gibt. Es erfolgt dann in Gesprächen eine Vertiefung, eine größere Bewusstheit der Sinnbereiche. Danach wird erarbeitet, wie die Erfüllung mit Sinn im Alltag verbessert werden kann, z.B. im Beruf oder in der Partnerschaft, oder dadurch, dass der Patient Geschehnissen einen Sinn gibt.

**Weitere Lebenserleichterungen und persönliche Entwicklung.** Einige günstige Arbeitsbereiche sind:

- Verbesserung der sozialen Kommunikation mit bedeutsamen Personen im Alltag, in Familie oder Beruf. Hier gibt das Buch von Friedemann Schulz v. Thun „Miteinander reden“, Band I, gut verständliche praktische Anleitungen.
- die Verbesserung ihrer Selbstdisziplin ist für einige Patienten sehr bedeutsam. Geringe Selbstdisziplin hängt oft zusammen mit Energielosigkeit, die bei Depressivität oft gespürt

wird. Eine Möglichkeit ist: Die Patienten führen jeden Tag in einem kleinen Heft ein Aktivitätsprotokoll. In der Therapie wird durchgesprochen, welche Aktivitäten noch ergriffen werden können, was zur Erleichterung zu tun ist, wie Hemmungen vermindert werden können. In einer Untersuchung haben wir durch eine größere Befragung eine Vielzahl von Möglichkeiten zusammengestellt, wie Menschen ihre Selbstdisziplin verbessern können. Bei manchen depressiven Patienten existiert jedoch das Gegenteil von geringer Selbstdisziplin, nämlich deutlicher Perfektionismus. Hier sind Gespräche hilfreich, wie jemand selbstdiszipliniert sein kann, ohne Perfektionismus.

**Selbst-Verbesserung.** Diese Möglichkeit haben wir vor kurzem in einer größeren Untersuchung mit guten Ergebnissen überprüft.

Wir geben den Patienten zwei Bogen. Einleitend wird dargestellt: Die meisten Menschen suchen sich häufig zu verbessern, in ihrer Kleidung, ihrer Wohnung, mit einem besseren Auto usw. Es ist naheliegend, dass wir uns auch selbst in unserer Persönlichkeit verbessern können und wollen.

Bitte schreiben Sie im Folgenden in die Rubriken hinein:

- „Was an meinem Verhalten möchte ich verbessern?“
- „Welche meiner Gefühle möchte ich verbessern?“
- „Welche meiner Gedanken möchte ich verbessern?“

Die Beschäftigung hiermit ist deutlich positiv, befriedigend, im Gegensatz zur Verminderung etwa von negativen Verhaltensweisen oder Gedanken. Die gleiche Untersuchung haben wir durchgeführt mit Jugendlichen vom neunten. bis 16. Lebensjahr. Die Befunde sind sehr beeindruckend.

**Ausüben einer Tätigkeit-Arbeit.** Manche depressiven Patienten arbeiten nicht, sind etwa für längere Zeit krankgeschrieben, frühzeitig verrentet oder arbeitslos. Eine geregelte Tätigkeit gibt,

besonders bei Alleinwohnenden, eine Tagesstruktur, Ablenkung von zu starker Beachtung der Innenwelt u.a.m. Ich informiere die Patienten über die große Bedeutung einer Arbeit-Tätigkeit für die seelische Gesundheit. In vielen Städten bestehen Vermittlungsstellen für ehrenamtliche Aufgaben. Anfänglich ist bei etlichen ein Widerstand vorhanden, unbezahlt tätig zu sein. Durch motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick) entscheidet sich dann ein Teil von ihnen für die Aufnahme einer derartigen Tätigkeit und kann sie schätzen.

### EMDR (Eye Movement Desensitisation Reprocessing)

Die zeitlich kurze Therapie-Intervention von Francine Shapiro (1998) erwies sich in Untersuchungen als sehr effektive Möglichkeit bei schweren Traumata. Jedoch ist dieses Vorgehen auch wirksam bei kleineren Angststörungen im Alltag. Ich habe hier sehr günstige Erfahrungen gemacht – neben der Therapie traumatischer Belastungen.

Ein Beispiel: Eine stark depressive Patientin sollte nach einem längeren Reha-Klinikaufenthalt wieder ihre Arbeit im Büro aufnehmen. Sie hatte sehr große Angst davor, vor allem vor dem Telefonat und wollte nicht zur Arbeit gehen. Wir haben dann diese Situation mit einer EMDR-Intervention durchgearbeitet: Sie stellte sich die Situation mit allen Ängsten sehr konkret und deutlich vor, beschrieb dann stichwortartig die Situation sowie ihre negativen Gefühle und Körperempfindungen. Danach erfolgte die Blickbewegungstherapie, etwa 30 Mal von links nach rechts und umgekehrt. Unmittelbar danach spürte sie eine deutliche Erleichterung, die anhielt und ihr die Büroarbeit ermöglichte. Mehrere ähnliche Erfahrungen habe ich gemacht auch mit stärkeren Ängsten von Patienten gegenüber Vorgesetzten oder bei langanhaltenden Verletzungs- und Hassgefühlen nach der Trennung der Partnerschaft.

### Klientzentrierte Gruppen-Gesprächspsychotherapie

Die klientenzierte Gruppenpsychotherapie ist entsprechend unseren Untersuchungsbefunden eine erstaunlich wirksame Möglichkeit der Minderung seelischer Belastungsstörungen, besonders auch von psychosomatischen Beeinträchtigungen. Allerdings haben wir vor etwa 25 Jahren gelernt: Gruppen nur mit freien Gesprächen (Encounter-Gruppen) sind bei seelisch beeinträchtigten Patienten oft nicht hinreichend und nachhaltig wirksam. So ergänzen wir seit dieser Zeit die Gesprächsgruppen durch Stressverminderung, Förderung der sozialen Kompetenz, Interventionen zur Förderung des Vergebens sowie der Verminderung der Ängste vor Sterben und Tod. Sodann finden Muskel- und Atementspannungsübungen statt, Bewegungstraining und Yogaübungen. In begrenztem Ausmaß inhomogene Gruppen haben sich als deutlich günstig erwiesen, inhomogen hinsichtlich Alter, Beruf, Belastungsstörungen u.a.m.

Seit 25 Jahren biete ich zusammen mit fünf bis sieben Psychotherapeuten zweimal im Jahr, jeweils kompakt sechs Tage lang, derartige Gruppenpsychotherapien für jeweils ca. 70 Patienten an. Jeder Psychotherapeut übernimmt eine Gesprächsgruppe von ca. elf Patienten und beteiligt sich an den ergänzenden Interventionen. Die Feedback-Befunde der Teilnehmer sind deutlich günstig (Fox, Höder und Spielmann, 1981). Die Arbeit in diesen Gruppenpsychotherapien empfinde ich als sehr angenehm und hilfreich. Die Gruppen sind nach kürzerer Zeit sehr dynamisch, fördern die Flexibilität der Teilnehmer stark und geben dem Einzelnen viele Anregungen. In den meisten Gruppen sind spätestens nach ein bis zwei Tagen einige Gruppenmitglieder für die anderen deutlich therapeutisch aktiv.

Dies war eine Skizzierung meiner klientenzierten Gesprächspsychotherapie-Praxis bei depressiven Patienten. Das Wesentliche habe ich schon vor eineinhalb Jahrzehnten veröffentlicht (Tausch, 1990). „Klientenzierte Gesprächspsychotherapie mit multimo-

dalen Ergänzungen“ scheint mir eine sinnvolle begriffliche Charakterisierung. Klientenziert sind nicht nur die Gespräche in der Psychotherapie, sondern auch die angebotenen Ergänzungen, ihre förderliche Notwendigkeit für den Patienten. Ich hoffe, dass zukünftig empirische Prüfungen von weiteren förderlichen Ergänzungen erfolgen werden. So dass für die verschiedenen Belastungsstörungen jeweils eine Liste von förderlichen Möglichkeiten existiert; jeder Therapeut prüft dann, welche dieser Möglichkeiten er seinen jeweiligen Patienten anbietet.

Was würde wohl Carl Rogers zu einer derartigen Ergänzung seiner Psychotherapie sagen? In einem Brief 1986 an mich – der GwG in Köln habe ich eine Kopie übersandt – schrieb er anlässlich eines Artikels in einer USA-Zeitschrift, in dem ich die Ergänzung der Gesprächspsychotherapie durch Entspannungsverfahren u.a. darstellte: Er fände „das theoretische Denken und die bescheidenen Schritte der Integrierung verschiedener Gesichtspunkte in der Therapie sehr anregend; eine Aufgabe, die sehr notwendig ist.“

### Literatur

- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Morrow.
- Fox, M., Höder, J. & Spielmann, T. (2001). *Das Seminar für seelische Gesundheit – wie die Teilnehmer es sehen*. In I. Langer (Hrsg.). *Menschlichkeit und Wissenschaft*, S. 339–349. Köln: GwG-Verlag.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University Press.
- Langer, I., Konietzky, K. & Tausch, R. (2004). *Seelischer Halt (inner support) im Alltag von Menschen*. Im Manuskript.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing* (2. ed). New York: Guilford. (Deutsche Ausgabe im Druck. Freiburg: Lambertus)
- Rogers, C. (1983). *Die klientenzierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR, Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Schulz v. Thun, F. (2002). *Miteinander reden*, Band 1. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, R. (2003). *Hilfen bei Stress und Belastung*. 11. Aufl. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie*. 9. Aufl. Göttingen: Hogrefe.