

Deutschland – Deisler – Depression

Beitrag zu einer systemischen Sicht auf das Konstrukt Depression

Jürgen Singer und Hanneke Singer¹

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Verbreitung sogenannter depressiver Störungen und reflektiert einige Aspekte der gesellschaftlichen Bedeutung dieses Phänomens. Die von Forschern meistdiskutierten Behandlungsformen werden referiert. Es werden speziell von systemischen TherapeutInnen entwickelte und beschriebene Vorgehensweisen bei sogenannten depressiven Störungen dargestellt, auch solche, die hypnotherapeutische und verhaltenstherapeutische Ansätze einbeziehen. Der Artikel schließt mit Überlegungen zu Langzeittherapien und dem Einbezug tiefenpsychologischer Hypothesen in Systemische Therapie.

„Jeder Mensch, der etwas vom Leben will, hat die Kompetenz, in bestimmten Lebenssituationen depressiv zu reagieren“
Klaus Mücke

„Die Depression ist eine Krankheit des Sinnes und der Lebensfreude.“
Marianne Leuzinger-Bohleber

Zur Epidemiologie

In beachtlichem Ausmaß nimmt zu, dass Menschen in dieser Welt und vor allem in den westlichen Industrieländern als depressiv beschrieben werden oder sich selbst so beschreiben und Behandlungen oder anderen Rat und Hilfe wegen dieser Symptomatik suchen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass weltweit 67 Millionen Menschen pro Jahr an einer Depression leiden, die mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität einhergeht (vgl. Nuber 2006). In der Fachliteratur schwanken die Angaben für die Prävalenz der Depression erheblich je nach Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Definition der Störung. Die WHO gibt beispielsweise eine durchschnittliche Prävalenz von 10,4 % an, d. h., 10,4 % der Weltbevölkerung erkranken einmal in ihrem Leben an einer Depression (vgl. www.psychiatriegespraech.de 2002). In Europa gehört die Depression zur viertwichtigsten Krankheitsursache und nach einer Untersuchung der WHO wird sie bis zum Jahr 2020 zur zweitwichtigsten ‚aufsteigen‘ (vgl. Tereick 2005).

1) Recherche und Epidemiologie

In Deutschland zeichnet sich laut einer Studie der Gmünder ErsatzKasse (GEK) folgendes Bild ab: Im Jahr 2004 wurde bei 3,7 Prozent der männlichen Versicherten und bei fast jeder zehnten weiblichen Versicherten in Deutschland eine Depression diagnostiziert. Die Untersuchung zeigt außerdem, dass in den letzten vier Jahren die Rate der stationär wegen Depression Behandelten um rund 40 Prozent stieg. Eine genauere Analyse der Daten weist unter anderem darauf hin, dass Arbeitslose im Durchschnitt ein etwa doppelt so hohes Risiko für eine Depressionsdiagnose haben wie Erwerbstätige, und dass die Diagnoseraten in den östlichen Bundesländern zwischen 20 und 40 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt liegen. In diesen Ergebnissen liegen laut Dieter Hebel, Vorstandsvorsitzender der Gmünder ErsatzKasse (GEK), Hinweise auf eine enge Verzahnung volkswirtschaftlicher Entwicklungen und der Ausbreitung der Depression: Seiner Meinung nach habe das Versagen von Wirtschaft und Politik, die seit den 70er Jahren nicht annähernd den Zustand der Vollbeschäftigung erreichte, erhebliche gesundheitliche Folgen (vgl. Schwartz et al. 2006).

Weitere Unterschiede in den epidemiologischen Daten ergeben sich in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. So liegt die Prävalenz für Menschen älter als 65 Jahre mit 15–25 % deutlich höher als die der Durchschnittsbevölkerung. In Altenheimen steigt die Rate sogar auf 26–40 % (vgl. www.psychotherapiegespraeche.de 2002). Laut der GEK-Studie erhielt jede Fünfte der achtzigjährigen Frauen unter den GEK-Versicherten die Diagnose der Depression.

Die Geschlechts-Verteilung bei Depressionen fällt zu Ungunsten der Frauen aus: Sie erkranken doppelt so häufig depressiv wie Männer – das Risiko liegt bei Frauen zwischen 10 und 20 %, bei Männern zwischen 5 und 12 %. Interessant ist hierbei, dass sich der Lebensstand „Verheiratet“ unterschiedlich auf die Geschlechter auswirkt: Während verheiratete Männer sehr viel weniger von Depression betroffen sind als unverheiratete, ist für Frauen die Situation genau umgekehrt. Sie berichten eher von Belastungen durch eheliche Spannungen und Unzufriedenheit mit ihrer Beziehung.

Ehrenberg (2004, S. 218) weist darauf hin, dass die wenigen bisher vorliegenden vergleichbaren Untersuchungen in Europa erhebliche statistische Unterschiede aufweisen, für die bisher keine Erklärungen gefunden worden seien. Er führt dann weiter aus: „Darüber hinaus gehen häufig Alkoholmissbrauch und nichtpsychiatrische Krankheiten mit einer Depression einher. Depressive geben viel mehr Krankheiten an als gleichaltrige Nichtdepressive (sieben gegenüber drei). Depressive im Alter von 20 bis 29 Jahren haben ebenso viele Gesundheitsprobleme wie Nicht-Depressive zwischen 45 und 59 Jahren. Der Gesundheitszustand von depressiven Frauen zwischen 45 und 59 Jahren entspricht dem von 80-Jährigen... Sie (die depressiven Frauen und Männer. J.S.) haben dreimal so oft Verdauungsbeschwerden, genital-urinale Probleme und Herz-Gefäß-Krankheiten, doppelt so häufig Krebs, endokrine Knochen- und Gelenkrankheiten usw. Ihr Arzneimittelkonsum, auch der von nichtpsycho-tropen Medikamenten, ist deutlich höher als im Bevölkerungsdurchschnitt...“

Einen humorvoll-ironischen Zugang zum Thema bietet das „erste deutsche DEPRESSIONS-BAROMETER“², das das Management Zentrum Witten im Juni 2005 installierte. BesucherInnen der Website werden aufgefordert, ihre aktuelle Stimmungslage (Hamilton-Depressionskala) zu melden. Die einlaufenden Werte werden gemittelt und in einer Fieberkurve dargestellt. Es werden im Text Verbindungen hergestellt zwischen den Werten auf dem Barometer und aktuellen Ereignissen, so z. B. die Wahl zum Bundestag und zur Fußballweltmeisterschaft. Die Depressionswerte des Depressionsbarometers sind natürlich nicht repräsentativ. Im Oktober 2005 ergibt eine Auswertung zum Alter und Geschlecht der Teilnehmer, dass Männer über 60 und Frauen zwischen 20 und 30 Jahren die geringsten Depressionswerte aufweisen. Die höchsten Werte finden sich bei Frauen über 60. Zum Bildungsstand wird festgestellt, dass er negativ mit den Depressionswerten korreliert. Und: Je höher das Einkommen, desto geringer ist der Depressionsindex.

Der „Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates des deutschen Depressionsbarometers“, F. B. Simon, wird im Text zitiert. Er sagt uns, was eine Depression ist: „... letztlich ist eine Depression eine Situation, in der man in die Zukunft schaut und keine Perspektive, keine Handlungsmöglichkeit sieht; das hat nicht immer mit den objektiven Handlungsmöglichkeiten in der Zukunft zu tun – wer kennt die schon? – sondern mehr mit deren voraus-eilender Bewertung.“ (Stand 6/06)

Geschäft und Jagdfieber

Dass auch einen Fußballer die Depression treffen kann, dürfte für manchen eine Revolution gewesen sein. Nachdem schon bei dem Sportler Sven Hannawald ein Burn-out-Syndrom festgestellt worden war, traf den Star Sebastian Deisler im November 2003 die Depression³. Nachdem er für 9,2 Millionen Euro vom Herta BSC Berlin zum FC Bayern München gewechselt war, stand sein Spiel unter keinem guten Stern: Er erlitt eine lange Reihe von Verletzungen und es waren mehrere Operationen nötig. Deisler fand medikamentöse und psychotherapeutische Hilfe beim Leiter des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie München, Prof. Holsboer. In der Sendung „Beckmann“ des ersten deutschen Fernsehens erklärte Holsboer, die Ursachen der Depression seien hormonell oder genetisch bedingt und er und sein Team hätten das menschliche Gen entdeckt, das die Depression auslöse⁴.

Die Erkrankung und Behandlung Deislers beschäftigte die Nation und die Presse. Unter der Überschrift „Die Depression der Erfolgreichen“ konnte man in der „WELT“ vom 22.10.2004 erfahren, dass auch Robbie Williams, der Schriftsteller Haruki Murakami und die Rapperin Sabrina Setlur von Depressionen betroffen sind. Robbie Williams habe sogar „ein ganzes Buch um seine Depression herum verfassen lassen.“

2) www.depressionsbarometer.de [Zugriff 31.8.2007]

3) www.faz.net 2006 [Zugriff 31.8.2007]

4) www.daserste.de/beckmann/sendung 2006 [Zugriff 31.8.2007]

Ärzte rüsten auf gegen die Depression, zum Beispiel mit dem „Deutschen Bündnis gegen Depression“. Initiiert von der Universität München wurde 2001 in Nürnberg ein Modellprojekt ins Leben gerufen und durchgeführt, in dem die Bevölkerung, zum Beispiel durch einen kurzen Spot im Kino, über die Merkmale der Depression aufgeklärt und aufgefordert wurde, Betroffene umgehend einem Arzt zuzuführen. Ärzte, Altenpfleger und ähnliche Berufe wurden in Gruppen geschult, die Symptome der Depression bei ihrem Klientel zu identifizieren und Maßnahmen zur Behebung / Behandlung einzuleiten. – Im Aktionszeitraum konnte nachweislich die Suizidrate gesenkt werden.

Das Vorgehen in diesem Projekt wird in vielen Regionen der Bundesrepublik übernommen.

Was tun bei Depression?

In der Behandlung depressiver Symptomatik konkurrieren psychotherapeutische Schulen miteinander. Und die Psychotherapie wiederum konkurriert oder kooperiert mit der **Pharmakotherapie**. Das Geschäft mit Antidepressiva blüht. Bei der BKK entfielen im Jahr 2003 auf 1.000 Versicherte 5.957 Tagesdosen, im Jahr 2004 waren es schon 6.483 (zitiert nach Lademann u. a. 2006, S. 126). Dabei ist die Wirksamkeit der Antidepressiva umstritten, da ihre Effektstärke nur wenig über der von Placebos liegt. Anders formuliert: „Ein zentrales Problem der Pharmakotherapie der Depressionen ist der erhebliche Placeboeffekt. Jede kontrollierte Arzneimittelstudie gegen Placebo zeigt, dass auch ein erheblicher Teil der Placebopatienten Besserungen bis hin zur Heilung zeigt. Dies ist mit Sicherheit auf die erhebliche Spontanheilungsneigung vieler Depressionen zurückzuführen“ (Poser 2001, S. 472). Außerdem: Zwischen 20 und 30 % der mit Antidepressiva behandelten Menschen reagieren nach amtlichen Angaben nicht in der erwünschten Richtung. Die Rückfallquoten sind hoch: Ein Drittel der Patienten erleidet innerhalb eines Jahres einen Rückfall, 75 % innerhalb von 5 Jahren (National Institute of Mental Health, zitiert nach Leuzinger-Bohleber 2006, S. 28).

Meine Erfahrungen mit Antidepressiva (und generell mit Psychopharmaka) in meiner Praxis sind sehr vielfältig und widersprüchlich: Als Psychologe kann ich selber keine verschreiben – und will es auch nicht. Manche Klienten lehnen es strikt ab, solche Medikamente zu nehmen. Andere haben schon einige Wochen, Monate oder gar Jahre diese Medikamente geschluckt, bevor sie in die Praxis kommen. Einige aus dieser Gruppe haben das erklärte Ziel, mit Hilfe einer Psychotherapie von den Medikamenten abzukommen. Andere glauben nicht, dass das möglich ist. – Erlebe ich, dass sich während der Psychotherapie eine Verschlechterung des Zustandes ergibt oder keine Verbesserung eines sehr bedenklichen Zustandes innerhalb eines Zeitraumes, den ich für tolerierbar halte, bringe ich Psychopharmaka als Möglichkeit, sich Erleichterung zu verschaffen, ins Gespräch. Auch Alternativen werden besprochen, insbesondere stationäre und teilstationäre Klinikaufenthalte. In der

Diskussion über Antidepressiva treffe ich dann auf Bereitschaft oder Ablehnung. Ist jemand bereit, einen Psychiater aufzusuchen und das Medikament zu nehmen, sind wiederum die Rückmeldungen über die Wirkung äußerst verschieden: Nicht wenige berichten über sofort einsetzende, unangenehme Nebenwirkungen, einige auch über sofort einsetzende Stimmungsverbesserungen, was für einen Placeboeffekt spricht, da Antidepressiva erst nach einigen Wochen Wirksamkeit entfalten. Bei einigen wirken die Medikamente wenigstens stabilisierend. In einem Fall (nach 16 Jahren therapeutischer Praxis) erlebte ich eine „Wunderheilung“: Ich konnte therapeutisch über ca. 6 Monate nichts erreichen und nach Einnahme des Medikamentes erlebte der Patient eine ausgesprochen starke Verbesserung seiner Stimmung hin zu dem Niveau, das er vor Einsetzen der Depression kannte!

Außerhalb dieser letzteren Variante scheinen mir die Nutzer von Antidepressiva in „konstruktivistischen Weisen“ mit diesem Mittel umzugehen: Es wird ihm die Wirkung zugeschrieben, die erwartet, erhofft oder auch befürchtet wird (vgl. Hoyt & Malinen 2006, S. 160).

Redekuren

In der Diskussion unter Wissenschaftlern gilt die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Ansätze und der Interaktionellen Psychotherapie als am besten belegt.

Die dominierenden Behandlungskonzepte der **Verhaltenstherapie** behandeln den Symptomträger. Der Einbezug wesentlicher Bezugspersonen ist nicht geplant und dürfte auch selten in der Praxis stattfinden. „Der kognitionspsychologische Ansatz beschreibt spezifische Attributions- und Bewertungsmechanismen als ursächlich für die Depressionsgenese. Hierzu gehören vor allem die Entwicklung von Überzeugungen von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit sowie dysfunktionale kognitive Schemata [...]. Dysfunktionale Kognitionen sind gekennzeichnet durch einseitige, eindimensionale, absolutistische, globale und invariante Verarbeitungsprozesse, die als stabile überdauernde Muster der selektiven Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung von Reizen funktionieren“ (Wolfersdorf & Rupprecht 2001, S. 393). Dysfunktionale Bewertungen und negative Attributionen – so die beiden Autoren – führten zu einer „Verzerrung der Realität“ derart, dass bei „Depressiven eine negative Sicht der Welt, der eigenen Person und der Zukunft (sog. Kognitive Triade nach Beck) besteht“.

Neben der kognitiven Umstrukturierung und Modifikation von depressiogenen Wahrnehmungs- und Bewertungsstilen besteht die Behandlung aus der Förderung angenehmer Aktivitäten, der Steigerung der Aktivitätsrate, dem Aufbau sozialer Kompetenz im Sinne einer Förderung des Kommunikations-, Interaktions- und Konfliktverhaltens (Wolfersdorf & Rupprecht 2001, S. 393f.). Weitere verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze und Methoden beschreiben Zimmer (2001) und Hautzinger (1998).

Die **Interpersonelle Psychotherapie** wurde in den 60er Jahren in den USA entwickelt und wird seit 1993 in Deutschland praktiziert und zwar sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Sie zeichnet sich durch kurze Dauer (12–20 ambulante Einzelsitzungen) und klare Strukturiertheit aus. Es liegt „der Behandlungsfokus auf dem Zusammenhang zwischen der Depression und derzeitigen akuten oder langfristigen interpersonellen Belastungsfaktoren [...] Trennungen von nahe stehenden Personen, [...] Verlust einer vertrauten Rolle, [...] Einsamkeit [...]“. Es wird davon ausgegangen, dass der psychosoziale Kontext zum Auftreten, zur Aufrechterhaltung und zum Verlauf der Depression wesentlich beiträgt“ (Schramm 2001, S. 441). In der Behandlung findet eine „Analyse des Beziehungssystems des Patienten“ statt, es werden Hauptproblemfelder und die Zielsetzungen in einem Behandlungsvertrag definiert und „dem Patienten wird geholfen, Zusammenhänge zwischen seinen Beschwerden und interpersonellen Problemen zu erkennen und ein für ihn plausibles Störungsmodell zu entwickeln“ (Schramm 2001, S. 441) In einem Behandlungsvertrag werden ein oder zwei Bereiche, die bearbeitet werden, festgeschrieben. Insgesamt stehen vier Bereiche zur Auswahl: Komplizierte Trauer („vermiedene, chronische oder traumatische Trauerreaktionen“), interpersonelle Auseinandersetzungen („langandauernde oder stagnierende offene, aber auch verdeckte Konflikte meist mit dem Ehepartner oder anderen Angehörigen“), Rollenwechsel und Rollenübergänge (z. B. Mutterschaft, Arbeitslosigkeit, Trennung...), Vereinsamung und Isolation durch interpersonelle Defizite („... sozial verarmt ... oder nicht tragende zwischenmenschliche Beziehungen...“) (Schramm 2001). In der mittleren Behandlungsphase werden die Ursachen der Probleme gesucht und auf diesen aufbauend „Handlungspläne“ entwickelt (Näheres bei Schramm 2001, S. 443ff. und Schramm 1998). In der „Beendigungsphase“ wird explizit der Trauer- und Abschiedsprozess bearbeitet, der durch die Beendigung der Therapie ausgelöst wird. Die erreichten Fortschritte werden durch einen detaillierten Rückblick gefestigt und es werden noch verbesserungswürdige Bereiche benannt.

Die Psychotherapierichtungen, denen es gelungen ist, sich im **Gesundheitswesen** als Krankenbehandlung zu implementieren, konkurrieren in Bezug auf ihre Wirksamkeit. Die sich aus der empirischen Psychologie ableitenden verhaltenstherapeutischen Methoden können auf eine Vielzahl empirischer Belege ihrer Wirksamkeit hinweisen. Die Psychoanalyse – sowie aus ihr abgeleitete Verfahren, wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – haben lange eine empirische Überprüfung abgelehnt, holen jetzt aber auf in der Befürchtung, als unwirksame Kostenfresser aus dem System ausgegliedert zu werden, wenn nicht empirische Wirksamkeitsbelege vorgelegt werden.

Systemische Sichtweisen auf das Thema Depression

Unter **systemischem Denken** versteht Kurt Ludewig (2002, S. 16) eine „Denkkultur [...]“, die „Grundfragen menschlicher Existenz zu ihrem Gegenstand macht und unter Rückgriff auf aktuelle systemwissenschaftliche Erkenntnisse zu beantworten versucht.“ Vor allem

bedeutet das: „An die Stelle gradlinig-kausaler treten zirkuläre Erklärungen, und statt isolierter Objekte werden die Relationen zwischen ihnen beobachtet“ (Simon 2006, S. 13). Wirklichkeiten (Realitäten) werden als Beschreibungen gesehen, die nicht unabhängig von einem Beobachter gesehen werden können, der die Beschreibungen vornimmt. Ein Beobachter konstruiert seine Realität durch die Unterscheidungen, die er vornimmt. „Erkenntnis beinhaltet keine Abbildung subjektunabhängiger Welteigenschaften. [...] Das traditionelle wahrheitsabsichernde Kriterium der Objektivität als Übereinstimmung von Objekt und Erkenntnis wird zugunsten von Nutzenerwägungen des Erkennens aufgegeben“ (Ludewig 2002, S. 20f.).

Systemische Therapie wendet sich von individuumzentrierten und oft mechanistisch gedachten Sichtweisen vieler traditioneller Psychotherapie-Theorien ab (Ludewig 2002, S. 30). Systemische Therapie kann definiert werden als „Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit selbstorganisierter Ordnungsübergänge in komplexen bio-psycho-sozialen Systemen unter professionellen Bedingungen“ (Schiepek 1999, S. 30). „Die Systemische Therapie bemüht sich, die Menschen in ihrer Vielfalt, in ihrem jeweiligen So-Sein, mit ihren unterschiedlichen Welt- und Lebensentwürfen, in ihrer Widersprüchlichkeit, ja geradezu paradoxen Verfasstheit und in ihrer Offenheit für das immer mögliche Anderssein zu begegnen.“ (Schiepek 1999, S. 50) Betont werden die Autonomie des Individuums und seine Stärken und Kompetenzen (Ressourcen). „Patienten sind im therapeutischen Geschehen die Experten für Inhalte und Ziele, vor allem für ihr eigenes Leben. Therapeuten dagegen sind Experten für Prozesse und die Rahmenbedingungen des Veränderungsprozesses“ (Schiepek 1999, S. 52). Der Aufbau von Gesundheit, die (Er-)Findung von Sinn oder seine Wiederentdeckung stehen mehr im Vordergrund als die Beseitigung von Pathologie, Störung oder Krankheit.

Kurt Ludewig verortet Psychotherapie im „sozialen Phänomenbereich“ (2002, S. 38), während Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe (2006) mit ihrem „Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Teil II: Das störungsspezifische Wissen“ Anschluss suchen im medizinischen Bereich. Ihre systematisch am ICD 10 orientierte Gliederung des Lehrbuches ist zu verstehen als Versuch, zu belegen, dass die Systemische Therapie den „wissenschaftlichen“ Kriterien entspricht, wie sie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie aufgestellt wurden (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000). Für Kurt Ludewig ist der Klient dagegen nicht krank, er hat ein „Lebensproblem“, unter dem er leidet und für das er eine Lösung sucht. Der Klient formuliert ein Anliegen, der Therapeut erarbeitet zusammen mit dem Klienten einen Auftrag, der dem Anliegen entspricht. Diesem Auftrag gemäß bewegt der Therapeut den Klienten (oder das Klientensystem) in einem „kunstvollen Balanceakt“ zwischen „Bestätigung/Würdigung“ einerseits und „Förderung/Anregung“ (Provokation? J. S.) andererseits zu einem „Wechsel der Präferenzen“, also dazu, „Leidvolles durch Angenehmeres“ zu ersetzen (Ludewig 2002, S. 40ff.). In Übereinstimmung mit einer

konstruktivistischen Haltung entscheidet der Kunde/Klient/Patient, wann der Auftrag erfüllt ist – und damit die Therapie beendet. Der Therapeut hat der „Versuchung der Gewissheit“ (Maturana zitiert nach Ludewig 2002, S. 18) zu widerstehen. Die Spekulationen und Überlegungen des Therapeuten haben nicht den Charakter von Wahrheiten. Boscolo und Bertrande (1997) formulieren es so: Der Therapeut darf mit seinen Hypothesen „flirten“, sie aber nicht „heiraten“.

Verschiedenheit systemischer oder integrativer Zugänge

Im Hinblick auf das Konstrukt „Depression“ halte ich für *systemisch* im Unterschied zu anderen Therapierichtungen:

1. Kontext- und Auftragsklärung: Es wird nicht die Depression behandelt, vielmehr wird über das gesprochen und dafür nach Antworten und Lösungen gesucht, was im gemeinsam entwickelten Auftrag vereinbart wurde. Dazu gehört, dass die Therapie beendet wird, wenn für den Klienten der Auftrag erfüllt ist. Das ist nicht gleichbedeutend mit der Besserung oder dem Verschwinden der Symptome.
2. Systemische Therapie ist von der ersten Sitzung an auf das Finden von Ressourcen und Kompetenzen angelegt und damit auf die Stärkung der Autonomie. Für ein ausgesprochen wichtiges Instrument zur Förderung der Autonomie und Selbstverantwortung halte ich die Verschlimmerungsfrage, da sie den Klienten unmittelbar in die Rolle dessen bringt, der sein Leben (mit)bestimmt.
3. Die Therapie lebt in Bezug auf die Vergangenheit aus den Ausnahmen und in Bezug auf die Zukunft von den Zielen. Es wird ein gesundes oder zumindest gesünderes Leben angestrebt.
4. Loyalitätsbindungen werden beachtet.

Womöglich ist der letzte der wichtigste und entscheidende Unterschied. Ruf (2006) beschreibt den Fall einer Frau, die die Therapie an dem Punkt beendet, an dem sie bemerkt, dass eine Weiterführung zu einer Trennung von ihrem Mann führen könnte. Sie entscheidet bewusst, mit ihm weiter zusammenleben zu wollen. Arist von Schlippe, Mohammed El Hachimi und Gesa Jürgens (2003) beschreiben in ihrem Buch „Multikulturelle systemische Praxis“ zwei Fälle, in denen es um Frauen geht, die erleben mussten, wie in ihren Herkunftsländern (Iran und Bosnien) Angehörige politisch verfolgt, gefoltert und getötet wurden. Im Umgang mit diesen Frauen geht es um die Achtung vor der inneren Verbindung dieser Menschen mit ihren gequälten und getöteten Angehörigen und die Würdigung der „Überlebensschuld“. Die Autoren nennen es gefährlich, in solchen Fällen die „systemische Funktion“ nicht zu sehen und z. B. nur auf eine Verbesserung der Lebensqualität hin zu arbeiten. Ein solches Vorgehen enthalte die Gefahr, dass das Gefühl des Verrates (an diesen

Angehörigen) verstärkt wird und damit womöglich auch die Symptomatik. In diesem Zusammenhang ist das Erarbeiten eines Genogramms zusammen mit dem Klienten(system) meine bevorzugte Form der Erkundung von Verbindungen, Bindungen und Loyalitäten.

Anders bei Andrea Ebbecke-Nohlen: Ein systemischer Therapeut sei zunächst bemüht, depressives Verhalten als einen *Lösungsversuch* zu sehen und mit dem Klienten darüber ins Gespräch zu kommen. Statt zu Beginn zu explorieren, wozu der Patient alles nicht fähig ist, und eine ausführliche Anamnese zu erheben, interessiert den systemischen Therapeuten anfangs vor allem der Kontext. „Gemeinsam mit den PatientInnen werden Hypothesen entwickelt über die beziehungsgestaltende Wirkung der Symptomatik und ressourcenorientiert erforscht, welche Lösungsversuche in den geschilderten Problemen bereits enthalten sind“ (Ebbecke-Nohlen, zitiert nach Schweitzer und von Schlippe 2006, S. 79). Gemeinsam mit dem Klienten wird gesucht nach den „guten Gründen“ für das beanstandete Verhalten. Direkt gefragt solle werden, was sich seit Bestehen der depressiven Symptomatik im Leben geändert habe und wofür die Depression in diesem Zusammenhang ein Lösungsversuch sein könne. Bei dieser Suche hat die Autorin an „sinnstiftenden Elementen für depressives Verhalten“ schon mit den Klienten gefunden: „sich eine Ruhepause nehmen“, „die Verantwortung an andere abgeben“ bis hin zur Bedeutung als „Liebestest“.

Von Schlippe und Schweizer beschreiben in ihrem „Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II“ (2006) die „**Fülle systemischen Handwerkszeuges**“ bei der Behandlung depressiver Zustände. Sie betonen die Bedeutung einer wertschätzenden Grundhaltung. Wichtig sei auch im „depressiven Sumpf“ mitzuschwimmen. Es werden Externalisierungen empfohlen und die „Innere Familienkonferenz“. Es wird vorgeschlagen, eher Verschlimmerungsfragen statt Lösungsfragen zu stellen. „Bei resignierten Klienten sind Fragen nach Ausnahmen vom Problem oder gar die Wunderfrage oft wenig anschlussfähig. Dagegen kann eine Frage wie: ‚Was müssten Sie tun oder zu sich selbst sagen, damit es noch schlimmer wird?‘ ergiebig sein“ (2006, S. 83).

Ich selbst denke, dass die Wunderfrage am Anfang einer Therapie mit einem von Depressionen geplagten Menschen als Verhöhnung empfunden werden kann. Während Verschlimmerungsfragen ein wunderbares Instrument sein können, der Klientin zu vermitteln, wie sie durch Kontakte, Interaktions- und Alltagsgestaltung es (zumindest ein wenig) in der Hand hat, ihre Stimmung zu beeinflussen. Die Verschlimmerungsfrage ist für mich ein einzigartiges und zutiefst systemisches Interventionsinstrument.

In seinem *hypnosystemischen Konzept* integriert Gunther Schmidt (2004, S. 261-290) systemische Sichtweisen mit hypnotherapeutischen Interventionen. „Alle Interventionen“, schreibt er, „sollten als Forschungsaktionen in Bezug auf Erlebnisse und Visionen gestaltet werden, die überzeugende Unterschiede bieten zu den Erfahrungen, welche bisher die depressiven Glaubenshaltungen bestärkt haben“ (S. 268). Es komme darauf an, schon in

den ersten Stunden Kontakt zu den verschütteten Kompetenzen wiederherzustellen. Das Verhalten des als depressiv bezeichneten Menschen soll als Loyalitätsleistung gewürdigt werden und der Betroffene soll unterstützt werden, eine ‚optimale Balance‘ zu finden zwischen eigenen Bedürfnissen und Loyalitätsverpflichtungen“ (S. 268).

„Bei den meisten IP treffen perfektionistisch fordernde Seiten auf die Seiten eines angepassten, unterwürfigen Kindes (Altersregression), welches bis zur Erschöpfung versucht, die Forderungen zu erfüllen. Gleichzeitig meldet sich aber auch eine kindliche Seite voll Sehnsucht nach Geborgenheit, Harmonie und danach, einfach so angenommen zu werden, wie man sich spontan erlebt, ohne extra etwas dafür tun zu müssen. Wenn solche Wünsche immer wieder übergangen werden, tritt noch eine Seite voller Wut auf. Diese wird meist aber sehr abgewertet und unterdrückt. Sie stellt gegen die anderen eine Minderheit dar, wehrt sich aber dagegen mit Verweigerung und Verspannungen. Schließlich wendet sie sich gegen die Person selbst. Die inneren Kämpfe führen zu Erschöpfung, die schließlich mit Todessehnsucht einhergeht.“ (S. 283) Es gehe um die Anerkennung und Würdigung dieser verschiedenen „Seiten“ einer Person. Depression wird auch verstanden als wertvolle Informationsquelle in Bezug auf wichtige Bedürfnisse, die bisher nicht geachtet wurden (Leibwächterkompetenz, mahnender Besucher, Beitrag zum Kindeswohl). Es werden Symbolisierungen und Rituale empfohlen. Beim Einbezug des „relevanten Beziehungssystems“ sollen Schuldzuschreiben vermieden und Hilfreiches für alle Beteiligten gefunden werden.

Während Gunther Schmidt von Kurztherapien ausgeht von meist nicht mehr als 12 Sitzungen, beschreibt Josef Heck (1998) längere Therapien mit „in der Regel schwer depressiven Patienten“. Die meisten wurden von einer Station der psychiatrischen Klinik in seine psychiatrische Institutsambulanz überwiesen. Heck integriert „**systemische, verhaltenstherapeutische und hypnotherapeutische Vorgehensweisen**“ in einem in fünf Schritte gegliederten „Prozess-Modell“ (S. 1). Das „Spezifische der Depression“ besteht für ihn in der „Negation des Selbst und der Lebensentwürfe des Patienten und der daraus folgenden Erfahrung des ‚Nichts‘ und der inneren Leere“ (S. 1). „Ziel der Therapie“ ist die „Wiederentdeckung und [...] die aktive Durchsetzung des einzigartigen und einmaligen Selbst des Patienten in seiner konkreten Beziehungswelt durch die Annahme einer Sinnsetzung [...]“ (S. 11). Im 1. Schritt erfolgt eine detaillierte Auftrags- und Kontextklärung. Im zweiten werden in achtungsvoller und wertschätzender Haltung „sinnstiftende Verknüpfungen konstruiert“ (S. 17). (Arbeit mit dem Genogramm und der Lebensgeschichte). Traumatische Ereignisse, wie auch Erfahrungen von Zurückweisung, Demütigung, Enttäuschung und Ungerechtigkeiten werden bearbeitet (Altersregression und Zeitlinie). In einem 3. Schritt werden durch „lösungsorientierte Anregung“ neue Entwicklungen angestoßen. „[...] der Kern eines neuen Selbstkonzeptes und eines neuen Selbstwertgefühls kann sich herauskristallisieren. Es ist dies die Aufhebung (Negation) der Negation des Selbst. Ohne diese grundlegende Veränderung der traumatisierenden Erfahrungen und des unmittelbar daraus

folgenden veränderten Selbstbildes und Selbstwertgefühls gibt es oft keine dauerhafte Symptomauflösung und folglich auch kein dauerhaft positives Therapieergebnis“ (S. 27). Lösungen müssen genau beschrieben werden. Im 4. Schritt werden die Konsequenzen aus den Lösungen durchdacht. Die angestrebten Lösungen sollen Verbesserungen für *alle* am System Beteiligten sein und nicht neue Konflikte heraufbeschwören. Im 5. Schritt geht es um die „neutrale Begleitung bei der handlungsmäßigen Umsetzung der erarbeiteten Lösung“ (S. 35). Die Wiederentdeckung des Selbst erfordere eine „z.T. sehr kämpferische Abgrenzungsarbeit im Handeln“ vom Patienten und vom Therapeuten Geduld, da diese Phase einen „größeren Zeitraum in Anspruch“ nehme (S. 33).

Besonders interessant und ermutigend ist für systemische Therapeuten das Ergebnis der „Londoner Depressions-Interventionsstudie (LDI)“ (Jones & Asen 2002). Sie wurde 1991 begonnen mit dem Ziel, die Effektivität von Antidepressiva, individueller kognitiver Verhaltenstherapie und **Systemischer Paartherapie** zu vergleichen. Die Verhaltenstherapie wurde zu einem frühen Zeitpunkt abgebrochen, da die Ausfallrate sehr hoch war (8 von 11 Fällen)! Es blieb also der Vergleich der Effektivität von Pharmakotherapie vs. Systemischer Paartherapie. Die Behandlungsphase für Paartherapie betrug maximal 9 Monate oder zwanzig Sitzungen, bei der Verordnung von Antidepressiva ein Jahr. Die mit Systemischer Paartherapie behandelten PatientInnen schnitten signifikant besser ab als die mit Antidepressiva behandelten (S. 17). Darüber hinaus war die Behandlung mit Antidepressiva nicht kostengünstiger. Die Kosten für die Therapie und andere Dienstleistungen waren bei beiden Gruppen ungefähr gleich hoch. Die beiden Therapeuten Elsa Jones und Eia Asen arbeiteten mit den Paaren jeweils allein und nach etwas unterschiedlichen Ansätzen. Einige der Hilfesuchenden berichteten von hochgradig traumatisierenden Lebensereignissen (Gewalt, Missbrauch), die Paarbeziehungen waren in der Regel wenig stabil. Es fanden einige wenige Einzelsitzungen statt und bisweilen wurde ein weiteres Familienmitglied eingeladen. Über ihre Aufgabe schreiben Jones und Asen: „Systemische Paartherapie zielt darauf ab, der DP (der depressiven PatientIn, J.S.) und der PartnerIn zu neuen Perspektiven für die dargelegten Probleme zu verhelfen, den depressiven Verhaltensweisen eine neue Bedeutung zu geben und mit neuen Wegen im Umgang miteinander zu experimentieren“ (S. 28). Jones und Asen erarbeiten in den ersten Sitzungen ein Genogramm, vertreten die Haltung der Neutralität, stellen zirkuläre und hypothetische Fragen, stellen Bezüge her zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft, lassen in Rollenspielen typische Transaktionen darstellen. Sie fokussieren auf Stärken, Ressourcen und Problemlösungen.

Elsa Jones und Eia Asen haben ihre Erfahrungen in dem Forschungsprojekt und in und mit den Therapien in dem Buch „Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle“ dargestellt. Es ist ein sehr lesenswertes Buch mit vielen Fassetten und wertvollen persönlichen Anmerkungen.

Fazit und Ausblick

Sicherlich habe ich hier nicht alle Strömungen systemisch oder teilweise systemisch gedachter Therapieansätze vorgestellt. Aus den vorgestellten Beispielen schließe ich: Kombinationen mit anderen Therapierichtungen sind womöglich effektiver. Strukturiertes Vorgehen in Stufen oder Phasen kann angebracht sein. Ein Wechsel im Setting, z. B. von einer Phase der Einzeltherapie zu einer Phase der Paartherapie könnte die Effektivität und Effizienz der Therapie erhöhen.

Nach meiner Erfahrung in Einzeltherapien kommt die KlientIn häufig zunächst durch die ersten Gespräche zu Einsichten über ihr derzeitiges Leben. In der Regel erkennt die Person, dass etwas nicht stimmt, dass etwas stört, dass das Leben nicht den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entspricht. Die Wohnung ist düster und unfreundlich, die Freunde gehen nicht auf sie ein, die Familie lässt sie im Stich, der Partner behandelt sie schlecht, die Arbeit füllt nicht aus. In einem zweiten Schritt geht es dann um die Frage, ob Abhilfe und Veränderung möglich ist. Reicht das Geld für einen Umzug? Ist der Partner zu einer Veränderung der Interaktion bereit? Gibt es Alternativen zur aktuellen Möglichkeit, seinen Lebensunterhalt zu verdienen? Nach meiner Einschätzung sind die Klienten um so zufriedener mit der Therapie und ihren Ergebnissen, je mehr es ihnen gelingt, aus unzufrieden machenden Lebensräumen in befriedigendere Räume zu gelangen. Werden keine Möglichkeiten zur Veränderung entdeckt oder können entdeckte nicht realisiert werden oder traut sich der Klient nicht, die Alternativen zu realisieren, bestehen negative Gefühle fort, werden aber häufig nicht mehr als depressive Gefühle wahrgenommen. Eine Klientin drückte es so aus: „Ich bin nur noch an wenigen Tagen depressiv, dafür aber chronisch unzufrieden.“

Oder, im besseren Fall, gelingt es der Klientin, die Situation innerlich umzudeuten, sie in einen neuen Bezugsrahmen zu setzen (Reframing), z. B. als „Leistungen“ der Loyalität zu würdigen und zu akzeptieren (s. o.) und dadurch (mehr) Zufriedenheit zu erreichen. Mit Umdeutungen können Klienten besser leben. Mehr Zufriedenheit erlebe ich bei denen, die ihre Lebensbedingungen verändern. Und auch ich als Therapeut bin in diesen Fällen zufriedener – und muss die Wechselwirkung mit meiner Bewertung reflektieren! Vermutlich handelt es sich bei der hier vorgenommenen Beschreibung um eine künstliche Dichotomisierung. Vermutlich findet in jeder Therapie eine Mischung beider Aspekte statt.

Systemische Therapien werden in bisherigen Veröffentlichungen meist als kurz und doch wirksam beschrieben. Boscolo und Bertrando (1997) bieten systemische Einzelpsychotherapie mit jeweils 20 Sitzungen an. Gunther Schmidt hält in der Regel 12 Sitzungen für ausreichend. Was aber, wenn ich grundsätzlich kurze Therapien anstrebe, dann aber feststelle, dass einzelne Therapien über 80 oder 100 Sitzungen gehen? Was, wenn ich nach 3 oder 4 Jahren immer noch Aufträge bekomme? Mache ich dann keine Systemische Therapie mehr?

Geht es um länger dauernde Psychotherapien, begründen Therapeuten die Notwendigkeit oft mit der Komplexität der Störung. Es wird dann gesprochen von Komorbidität, von zugrunde liegenden Traumatisierungen oder auch von der Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung.

Statt diese üblichen Wege zu gehen, möchte ich zwei Hypothesen zur Diskussion stellen, die länger dauernde Therapien bedingen könnten:

1. Hypothese:

Geht es um Geheimnisse, die für den Klienten schwer auszusprechen sind, also mit Scham behaftet sind, braucht es eine stabilere Vertrauensbasis und damit auch eine längere Therapie.

Nach meiner Erfahrung werden manche belastenden Geheimnisse erst nach der 30. Sitzung und später ausgesprochen. Für mich besteht eine wesentliche Funktion von Psychotherapie darin, dass Geheimnisse – oft nach Jahrzehnten des (loyalen?) Schweigens – ausgesprochen werden können und über tabuisierte Themen gesprochen werden kann. Geschieht dies, öffnen sich Räume und neue Perspektiven, Lösungen werden sichtbar.

2. Hypothese:

Haben Familiengeschichte und Biografie eines Menschen zu einem extrem vorsichtigen Kommunizieren geführt, ändert sich diese nur über einen längeren Zeitraum.

Vertrauen muss erst im therapeutischen Raum entstehen, um dann nach draußen getragen werden zu können.

Die oben genannten Autoren, die auch im Einzelsetting arbeiten, mischen wirksam aus systemischem Denken abgeleitete Methoden mit Methoden, die aus anderen Therapierichtungen stammen: Gunter Schmidt findet systemische und hypnotherapeutische Konzepte gut vereinbar, Heck integriert darüber hinaus die Verhaltenstherapie. Sie tun damit, was Kurt Ludewig (2002, S. 47) unter „Technischem Vorgehen“ beschreibt: „Systemische Therapie stellt nicht den Anspruch, eine komplett neue Technologie für die therapeutische Arbeit vorzulegen. Vielmehr bedient sie sich problemlos der verschiedenen Techniken, die in über hundert Jahren Psychotherapiegeschichte entwickelt worden sind [...]“

So hat sich für mich die aus der Verhaltenstherapie stammende Methode des Gedankenstopps (z. B. in Müller-Ortstein & Baumeister 1997, S. 76f.) – nicht nur für als depressiv bezeichnete Klienten – bewährt. Ich kombiniere sie oft mit der Aufgabe, sich 10 Minuten am Tag intensiv mit den aufdringlichen Gedanken zu beschäftigen. Auch die Schrittchentechnik, also die Methode, ein Ziel (eine Lösung) in Teilschritten anzustreben, kommt meines Wissens aus der Verhaltenstherapie und bewährt sich in meinen Therapien, wenn es für den Klienten leichter ist, allmählich sein Ziel anzustreben.

Aber auch tiefenpsychologische Hypothesen erweisen sich in meiner Arbeit als hilfreich. Wesentlich ist, sie mit systemischer Haltung nicht als Wahrheiten, sondern mögliche Sicht-

weisen zu vertreten. So könnte ich mit der Frage: „Könnte es sein, dass es für Sie leichter ist, in Trauer zu verfallen und Tränen zu zeigen, als Wut über diese Ungerechtigkeit zu zeigen?“ die tiefenpsychologische Hypothese nutzen, dass Depression gegen sich selbst gekehrte Aggression darstellen kann.

Gerade auch bei längeren Therapien halte ich für wesentlich, die „Funktion“, die ich für einen Klienten habe, im Auge zu behalten. Leicht könnte ich zum Partnerersatz werden. Schon oft haben mir in kollegialen Intervisionen analytisch oder tiefenpsychologisch orientierte KollegInnen die Augen geöffnet für das, was sie Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen nennen. Ich glaube, gerade systemische TherapeutInnen als Kommunikationsspezialisten sind geeignet, Hypothesen zu (er)finden zu den Prozessen zwischen Therapeut und Klient. So könnte eine wirksame Intervention sein: „Sie schildern, dass Sie für ihren Vater alles perfekt machen sollten, könnte es sein, dass Sie hier versuchen, eine perfekte Klientin zu sein?“ Bewirke ich nicht so eine wirksame Verstörung und rege die Reflexion nicht nur der therapeutischen Beziehung an?

Hans Lieb (2007, S. 183) macht darauf aufmerksam, dass die Psychoanalyse die „Vorreiterin aller moderner Beziehungsreflexion“ sei und systemische TherapeutInnen „kräftigen Gebrauch vom diesbezüglichen Erbe der Psychoanalyse“ machen.

Abschließen möchte ich meine Überlegungen und Anregungen mit der Behauptung: Systemisches Denken und systemische Haltung sind eine ideale Grundlage von Psychotherapie. Der systemische Therapeut verzichtet darauf, es besser zu wissen, er bietet Hypothesen als Möglichkeiten an. Er muss nicht – wie in mancher Verhaltenstherapie – zwischen richtigem und falschem Denken unterscheiden. Er wirkt auf eine gesündere Lebensweise hin. Er kennt Konzepte wie Liebe, Sinn und Glück. Er kann sich öffnen für Konzepte und Methoden aus anderen Schulen der Psychotherapie unter der Prämisse, dass er seine systemische Haltung nicht aufgibt.

Literatur

- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1997). Systemische Einzeltherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Ehrenberg, A. (2004). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/Main: Campus.
- Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe.
- Heck, J. (1998). Ambulante Psychotherapie depressiver Patienten. Manuskript. München: Institut für systemische Therapie und Organisationsberatung.
- Hoyt, M. & Malinen, T. (2006). „Burn In, Not Out!“ – Über Aufrichtigkeit und Schönheit in der Kurztherapie. Tapio Malinen im Gespräch mit Michael Hoyt. *Systema* 20(2), pp. 149-168.
- Jones, E. & Asen, E. (2002). Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Dortmund: Borgmann.

- Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal* 5(2), pp. 123-129.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2006). Depressive müssen sich angenommen fühlen in ihrem Leid. Interview. *Psychologie Heute* 33(8), pp. 27-31.
- Lieb, H. (2007). Systemtherapie trifft Verhaltenstherapie. Systemkompetenz meets Störungskompetenz in Theorie und Praxis. *Psychotherapie im Dialog* 7(2), pp. 177-187.
- Ludewig, K. (2002). Leitmotive systemischer Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mücke, K. (2004). *Hilf Dir selbst und werde, was Du bist. Systemisches Selbstmanagement.* Potsdam: Klaus Mücke.
- Müller-Ortstein, H. & Baumeister, H.-P. (1997). *Mut zum Fliegen: Wie Sie Ihre Flugangst bewältigen.* Berlin/Wiesbaden: Ullstein.
- Nuber, U. (2006). Die erschöpfte Seele. *Psychologie Heute* 33(8), pp. 20-24.
- Poser, W. (2001). Interaktionen zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie bei Depressionen. *Psychotherapie im Dialog* 1(4), pp. 470-475.
- Ruf, G. D. (2006). Systemische Methoden im therapeutischen Kontext. *Forum Psychotherapeutische Praxis* 6, pp. 138-146.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von, El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). *Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Schramm, E. [Hrsg.] (1998, 2. Aufl.). *Interpersonelle Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E. (2001). Die Interpersonelle Psychotherapie in der ambulanten und stationären Depressionsbehandlung. *Psychotherapie im Dialog* 1(4), pp. 440-449.
- Schwartz, F.-W. et al. (2006). *Volkskrankheit Depression?* Berlin: Springer.
- Schweitzer, J. & von Schlippe, A. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Simon, F. B. (2006). *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Tereick, J. (2005). Arbeitsunfähig wegen Depression. *Zeit.de* (www.zeus.zeit.de/text/2005/13/krankenstand)
- Wolfersdorf, M. & Rupprecht, U. (2001). Depressive Störung – psychopathologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie im Dialog* 1(4), pp. 389-396.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000). *Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen.* Deutsches Ärzteblatt 97 (1), 10. Januar 2000.
- Zimmer, F. (2001). Verhaltenstherapie bei depressiven Störungen. In: Senf, W. & Broda, M. [Hrsg.]: *Praxis der Psychotherapie.* Stuttgart: Thieme.

Jürgen Singer