



Beck • Rush • Shaw • Emery

Kognitive Therapie der Depression



Online-Material

BELTZ

Über dieses Buch:

Die kognitive Therapie der Depression nach Beck ist zu einem weltweit anerkannten und bewährten Ansatz geworden. Das Buch beschreibt konkret und ausführlich die psychotherapeutische Behandlung depressiver Patienten. Dem voraus geht die Darstellung des kognitiven Modells und die Beschreibung der Rolle der Emotionen innerhalb der Therapie. Die vorliegende Ausgabe berücksichtigt die Entwicklung der letzten Jahre. Zusätzliche Arbeitsmaterialien, Diagnoseinstrumente und Forschungsarbeiten aus dem deutschsprachigen Bereich machen das Buch zu einem umfassenden Standardwerk der Depressionstherapie.

Der Autor:

Aaron T. Beck lebt in Pennsylvania, wo er bis zu seiner Emeritierung als Professor an der Universität am Zentrum für kognitive Therapie arbeitete.

Hinweise zum Arbeitsmaterial:

Die im Anhang auf den Seiten 383–401 aufgeführten Materialien finden Sie auch auf unserer Internetseite (<http://www.beltz.de>). Sie kommen zu diesen Materialien, indem Sie auf die Seite des Titels gehen, den Link zum Arbeitsmaterial anklicken und folgendes Passwort eingeben: xRYuVyue (Groß- und Kleinschreibung beachten). Da das Arbeitsmaterial nur so lange zur Verfügung steht, wie das Buch lieferbar ist, empfehlen wir Ihnen, es sich auf dem eigenen Rechner zu speichern.

Aaaron T. Beck • A. John Rush •
Brian F. Shaw • Gary Emery

Kognitive Therapie der Depression

Aus dem Amerikanischen von Gisela Bronder
und Brigitte Stein

Herausgegeben von Martin Hautzinger

BELTZ

Die amerikanische Originalausgabe erschien 1979 unter dem Titel
Cognitive Therapy of Depression bei The Guilford Press, New York

Besuchen Sie uns im Internet:
www.beltz.de

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28567-4 Print
ISBN 978-3-621-28568-1 E-Book (PDF)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung einge-scannnt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

© 1999 Beltz Verlag, Weinheim und Basel
5., neu ausgestattete Auflage 2017

© Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery 1979
© der deutschsprachigen Ausgabe: 1986 Beltz PVU, Weinheim
Umschlagtypografie: Lelia Rehm
Umschlagabbildung: © Alma Haser/Getty Images
Satz: Beltz Druckpartner, Hembsbach
Printed in Germany

Vorwort

Ein Buch, das einen neuen Erklärungsansatz und eine neue psychologische Therapie der Depression vorstellt, sollte auch einige Erläuterungen zu seiner eigenen Entstehungsgeschichte enthalten.

Diese Arbeit gibt die Forschungstätigkeit und gleichzeitige klinische Praxis vieler Jahre wieder. In vieler Hinsicht ist sie das Endprodukt direkter Beiträge vieler Personen: Kliniker, Forscher und Patienten. Außer diesen speziellen Beiträgen spiegelt die kognitive Therapie vermutlich den allmählichen Wandel in den Verhaltenswissenschaften seit vielen Jahren wider, der jedoch erst seit kurzem als eigenständige Richtung sichtbar wird. Zum heutigen Zeitpunkt ist es noch nicht möglich zu sagen, wie stark die sogenannte „kognitive Revolution der Psychologie“ die Entwicklung der kognitiven Therapie beeinflußt hat.

Zum besseren Verständnis des Zusammenhangs, in dem dieses Buch steht, empfehle ich dem Leser die Zusammenfassung der ersten Ansätze der Entwicklung des kognitiven Modells und der kognitiven Therapie der Depression und anderer Neurosen in meinem Buch *Depression* von 1967 zu lesen. Die danach von mir veröffentlichte Arbeit *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* von 1976 (deutsch: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose, München 1979) gibt eine umfassende Darstellung der spezifischen kognitiven Verirrungen, die für die einzelnen Neurosen typisch sind, eine detaillierte Beschreibung der allgemeinen Prinzipien der kognitiven Therapie und eine verständliche Zusammenfassung der kognitiven Therapie der Depression.

Ich weiß heute nicht mehr genau, welches die ursprünglichen Anregungen zur Formulierung einer kognitiven Therapie der Depression waren. Soweit ich mich erinnern kann wurden die ersten Anstöße seit 1956 in meinem Wagnis, bestimmte psychoanalytische Konzepte der Depression zu überprüfen, deutlich. Ich war von der Richtigkeit dieser psychoanalytischen Formulierungen überzeugt, nahm jedoch an, daß sie auf Grund eines gewissen natürlichen „Widerstandes“ der theorieorientierten Psychologen und Psychiater, der teilweise auf den Mangel an beweiskräftigen empirischen Daten zurückzuführen ist, keine weitreichende Anerkennung gefunden hatten. Da ich überzeugt war, daß die Techniken zur Durchführung der erforderlichen kontrollierten Studien entwickelt werden könnten, widmete ich mich einer Reihe von Untersuchungen zur Ermittlung überzeugender Daten. Ein zweites, sicher stärkeres Motiv war mein Wunsch, die exakte psy-

chische Struktur der Depression aufzuzeigen, um eine Kurztherapie zu entwickeln, die speziell zur erfolgreichen Behandlung dieser zentralen psychopathologischen Erkrankung geeignet war.

Meine ersten Ergebnisse schienen zwar meine Annahme von spezifischen psychodynamischen Faktoren der Depression, nämlich gegen sich selbst gerichtete Feindseligkeit, die sich in dem „Bedürfnis zu leiden“ äußert, zu unterstützen. Spätere Experimente brachten jedoch eine Reihe unerwarteter Ergebnisse, die dieser Hypothese zu widersprechen schienen. Diese unterschiedlichen Befunde veranlaßten mich, eine kritische Evaluation der psychoanalytischen Theorie der Depression und schließlich der Struktur der Psychoanalyse durchzuführen. Die widersprüchlichen Forschungsergebnisse führten endlich zu der Schlußfolgerung, daß depressive Patienten *kein* Bedürfnis zu leiden haben. Die experimentellen Untersuchungen wiesen vielmehr darauf hin, daß der Depressive mit größerer Wahrscheinlichkeit als der Nicht-Depressive Verhalten vermeidet, das Zurückweisung oder Mißbilligung provoziert, und eher Reaktionen zeigt, durch die er die Anerkennung und Zustimmung anderer erhält. Diese auffällige Diskrepanz zwischen experimentellen Befunden und theoretischen Annahmen führte zu einer „qualvollen Neubewertung“ meiner eigenen Überzeugungen.

Gleichzeitig wurde mir schmerhaft bewußt, daß die frühen Versprechungen der Psychoanalyse, die ich Anfang der 50er Jahre wahrgenommen hatte, gegen Mitte und auch Ende der 50er Jahre noch nicht eingehalten worden waren – damals befanden sich meine Komilitonen und andere Kollegen im sechsten bzw. siebten Jahr ihrer Psychoanalyse ohne auffallende positive Veränderungen ihres Verhaltens oder ihres Gefühlslebens! Ferner beobachtete ich, daß viele meiner depressiven Patienten auf die therapeutischen Interventionen, die auf die Hypothese der „gegen sich selbst gerichteten Feindseligkeit“ bzw. des „Bedürfnisses zu leiden“ zurückgingen, nicht erwartungsgemäß reagierten.

Meine Neuformulierung der Psychopathologie der Depression und der anderen neurotischen Störungen hatte ihre Wurzeln in ganz neuen klinischen Beobachtungen sowie experimentellen und korrelativen Studien und in meinen wiederholten Versuchen, das Beweismaterial zu interpretieren, das der psychoanalytischen Theorie zu widersprechen schien. Das Forschungsergebnis, daß Depressive kein Bedürfnis zu leiden haben, veranlaßte mich, nach weiteren Erklärungen für ihr Verhalten zu suchen, das zumindest oberflächlich ein Bedürfnis nach

Leiden anzudeuten *schien*. Wie sonst könnte man ihre harte Selbstkritik erklären sowie die fälschliche Auslegung positiver Erwartungen in eine negative Richtung und die offensichtlich fundamentale Äußerung der gegen sich selbst gerichteten Feindseligkeit, nämlich der Selbstmordabsicht?

Ich kehrte zu meinen Untersuchungen der „masochistischen“ Träume zurück, die für meine ursprüngliche Forschung grundlegend waren, und suchte nach alternativen Erklärungen der beständigen bzw. häufigen Themen, die den depressiven Träumer als Verlierer darstellten: bei dem Versuch gescheitert, ein wichtiges Ziel zu erreichen, etwas Wertvolles verlierend oder krank, kaputt, häßlich wirkend. Als ich mich stärker auf die Selbstbeschreibung des Patienten und die Darstellung seiner Erlebnisse konzentrierte, stellte ich tatsächlich fest, daß er sich gleichbleibend an einer negativen Konstruktion seiner eigenen Persönlichkeit und Lebenserfahrungen festklammerte. Diese Konstruktionen schienen – vergleichbar zu den Traumbildern – Verzerrungen der Realität zu sein.

Die weitere Forschungsarbeit, zu der die Entwicklung und Überprüfung neuer Instrumente gehörte, bestätigte die Beobachtung, daß der Depressive seine Erfahrungen systematisch negativ verzerrt. Nach unseren Ergebnissen hatte der depressive Patient eine umfassend negative Ansicht von sich selbst, seiner Umgebung und seiner Zukunft. Diese Tatsache wurde durch die breite Skala der negativen kognitiven Verzerrungen verdeutlicht. Als ich immer mehr Beweise für die beherrschende Rolle der negativen kognitiven Verzerrungen erhielt, bemühte ich mich gleichzeitig um die Behebung der depressiven Symptome und entwickelte daher Techniken zur Korrektur der Verzerrungen durch die Anwendung logischer Regeln der Beweisführung sowie Techniken zur Anpassung der Informationsverarbeitungsprozesse an die Realität.

Verschiedene weitere Arbeiten erweiterten unser Wissen darüber, wie der depressive Patient seine Leistungen bewertet und Voraussagen auf seine künftigen Leistungen macht. Diesen Experimenten zufolge kann eine abgestufte Reihe von Erfolgen bei der Erreichung konkreter Ziele unter bestimmten Bedingungen eine starke Wirkung auf die Umkehrung des negativen Selbstkonzepts und der negativen Erwartungen haben und reduziert damit die depressiven Symptome.

Damit eröffneten diese Arbeiten einen wirkungsvollen Zugang zu den Techniken der Korrektur kognitiver Verzerrungen, die ich früher bereits beschrieben hatte; nämlich die Durchführung aktueller Expe-

rimente zur Überprüfung der irrigen und übertriebenen negativen Überzeugungen. Diese Absicht, Hypothesen in der realen Lebenssituation zu überprüfen, nahm Gestalt an durch die Entwicklung des allgemeinen Konzepts der „gemeinsamen empirischen Arbeit.“

Durch die Verwendung der Alltagserfahrungen des Patienten als Grundlage zur Überprüfung seiner Selbsteinschätzung konnten wir den therapeutischen Prozeß sehr stark erweitern: Fast jede Erfahrung oder Interaktion bot dem Patienten potentiell die Gelegenheit, seine negativen Voraussagen und Interpretationen zu überprüfen. Das Konzept der Hausaufgaben bzw. der „erweiterten Selbsttherapie“, wie wir es später nannten, erweiterte somit die Wirkung der Therapiesitzungen erheblich.

Die Verhaltenstherapie lieferte einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der kognitiven Therapie. Der streng methodische Behaviorismus, der die genaue Beschreibung einzelner Zielsetzungen fordert, der die konkreten Verfahren zur Erreichung dieser Ziele operationalisiert und der promptes, verständliches Feedback für wichtig hält, erweiterte die kognitive Therapie um neue Dimensionen (und veranlaßte einige Autoren, unseren Ansatz in „kognitive Verhaltenstherapie“ umzubenennen).

Die Arbeit an diesem Buch ist hauptsächlich das Ergebnis unserer seit Jahren durchgeführten wöchentlichen Konferenzen am Department of Psychiatry of the University of Pennsylvania. In diesen Konferenzen wurden spezielle Probleme einzelner Patienten vorgestellt. Die Teilnehmer zogen freimütig ihre eigenen Erfahrungen heran und gaben sich gegenseitig Ratschläge. Diese Vorschläge wurden in einer Reihe von Behandlungsmanualen formal festgehalten, die wiederum in das hier vorliegende Buch übergingen. Unser allmählich wachsender Wissensstand wurde durch die wertvollen Beiträge so vieler Teilnehmer an diesen Konferenzen beeinflußt, daß es unmöglich ist, wenigstens den wichtigsten Mitarbeitern die Anerkennung auszusprechen. Wir sind allen Teilnehmern dankbar, und ich bin sicher, daß sie sich ihrer unschätzbareren Hilfe bewußt sind.

Wir möchten insbesondere unseren Kollegen danken, die Unterlagen, Vorschläge und Kommentare für die verschiedenen Behandlungsmanuale, die diesem Buch vorausgingen, zur Verfügung gestellt haben. Unter den engagiertesten Kollegen waren Marika Kovacs, David Burns, Ira Herman und Steven Hollon. Wir sagen auch Michael Mahoney, der das Manuskript las und viele Vorschläge zur Herausgabe des Buches machte, herzlichen Dank. Ebenso danken wir Stirling Moorey

für seine tüchtige Mithilfe in den letzten Stadien der Vorbereitung dieses Buches.

Der Beitrag von Ruth L. Greenberg war von der Konzipierung bis zur Vollendung dieses Unterfangens so umfangreich, daß wir keine geeigneten Worte finden können, um unsere Anerkennung auszusprechen.

Schließlich sagen die Autoren den Stenotypistinnen Lee Fleming, Marilyn Starr und Barbara Marinelli ihren herzlichsten Dank.

Eine letzte Bemerkung über „geschlechtsbestimmende“ Formulierungen: Wenn wir allgemein von „dem Therapeuten“ oder „dem Patienten“ sprechen, benutzen wir maskuline Pronomen („er“, „sein“). Das impliziert keinesfalls, daß wir uns nur auf männliche Therapeuten und Patienten beziehen. Wir haben uns lediglich der Einfachheit und Flexibilität halber an das traditionell Übliche gehalten.

Mai 1979

Aaron T. Beck, M. D.

Vorwort zur zweiten Auflage

Ohne Übertreibung kann ich heute, bei der Drucklegung der zweiten Auflage dieses Buches, feststellen, daß sich die kognitive Therapie weltweit Beachtung und Achtung verschafft hat. Kliniker und Forschungsgruppen in Nord- und Südamerika, in Asien, in Australien und in den Ländern Europas sind dabei, mit dieser verhaltenstherapeutischen Methode zu arbeiten und, was noch erfreulicher ist, wiederholt replizierte positive Forschungsergebnisse und Behandlungserfolge vorzulegen. Es freut mich, daß auch die deutschsprachigen Kollegen und Kolleginnen großes Interesse an der kognitiven Therapie entwickelt haben. Dies ist nicht zuletzt auch der Arbeit und dem Einsatz von Martin Hautzinger zu verdanken. Er war es, der die erste Auflage der deutschen Ausgabe dieses Buches betreute und er ist es auch jetzt wieder gewesen, der notwendige Überarbeitungen und Ergänzungen an der zweiten Auflage durchführte. Vor allem die Berücksichtigung deutschsprachiger Forschungsergebnisse zur kognitiven Therapie (s. Kapitel 14) erscheint mir eine wesentliche Bereicherung.

Vorwort

Ich bin überzeugt, daß auch weiterhin dieses Buch einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung von Psychotherapeuten liefern wird. Es ist mir und meinen Kollegen eine Ehre und Verpflichtung, solch ein Standardwerk verfaßt zu haben.

April 1986

Aaron T. Beck, M. D.

Vorwort zur dritten Auflage

Zehn Jahre nach dem Erscheinen der deutschen Übersetzung der „Kognitiven Therapie der Depression“ und fünf Jahre nach der zweiten Auflage erscheint nun die dritte, um neuere Ergebnisse ergänzte, deutschsprachige Auflage dieses „Standardwerks“ der Depressionstherapie. In der Zwischenzeit sind umfangreiche und wichtige Therapiestudien durchgeführt und deren Ergebnisse publiziert worden. Alle Befunde bestätigen die frühen Arbeiten und bestärken uns in unseren Überlegungen. Erneut hat Martin Hautzinger die dankenswerte Arbeit übernommen diese Forschungsergebnisse in dem Kapitel 14 auf den aktuellen Stand zu bringen. Unsere eigenen Erfahrungen mit dem kognitiven Therapieansatz haben sich in den letzten Jahren von den Affektiven Störungen einschließlich den Angststörungen ausgehend sehr intensiv in den Bereich der Persönlichkeitsstörungen weiterentwickelt. Hierfür sind wichtige Erweiterungen und Ergänzungen des hier dargestellten Ansatzes erforderlich gewesen. Die Entwicklung der Kognitiven Therapie bei diesen chronischen, seit vielen Jahren bestehenden und alle Lebensbereiche umfassenden Störungen ist gerade erst am Anfang, wobei unsere bisherigen Erfahrungen sehr positiv sind (Beck und Freeman, 1990).

Dezember 1991

Aaron T. Beck, M.D.

Inhalt

Vorwort zur ersten Auflage	5
Vorwort zur zweiten Auflage	9
Vorwort zur dritten Auflage	10
Einleitung (<i>Martin Hautzinger</i>)	17
Kognitive Depressionstherapie	17
Kapitel 1	
Überblick und theoretischer Rahmen	31
Der Wert der Psychotherapie bei Depressionen	32
Definition der kognitiven Therapie	33
Das Neue an der kognitiven Therapie	37
Kognitive Modelle: Historische Perspektive	38
Das kognitive Modell der Depression	41
Kognitive Revolutionen: Wissenschaftliches Paradigma der Depression	51
Grenzen der kognitiven Therapie	58
Häufige Schwierigkeiten beim Erlernen der kognitiven Therapie	59
Maximierung der Wirkung der kognitiven Therapie	65
Kapitel 2	
Die Rolle von Emotionen in der kognitiven Therapie	67
Die Identifizierung und Äußerung von Emotionen	69
Die Rolle der Emotionen in der therapeutischen Beziehung	73
Emotionale Befreiung	75
Kapitel 3	
Die therapeutische Beziehung: Ihre Bedeutung in der kognitiven Therapie	79
Wünschenswerte Therapeutenmerkmale	79
Die therapeutische Interaktion	84

Inhalt

Die therapeutische Zusammenarbeit	89
Übertragung und Gegenübertragung	93
Kapitel 4	
Grundmerkmale kognitiver Therapie	97
Spezielle Richtlinien für den Therapeuten	97
Die formale Struktur der kognitiven Therapie	110
Kapitel 5	
Das Erstgespräch	125
Einleitung des Erstgesprächs	125
Die Ermittlung wesentlicher Informationen	126
Übertragung von „Hauptbeschwerden“ in „Zielsymptome“	131
Therapeutische Ziele des Erstgesprächs	133
Auswahl von Zielsymptomen	134
Bearbeitung der Zielsymptome	136
Fehlerhafte Informationsverarbeitung	138
Rückmeldung im Erstgespräch	138
Zusammenfassung	140
Kapitel 6	
Planung der Therapie von einer Sitzung zur anderen:	
Ein typischer Therapieverlauf	143
Überblick	143
Fallgeschichte	144
Kapitel 7	
Die Anwendung von verhaltenstherapeutischen Techniken ..	157
Kognitive Änderung durch Verhaltensänderung	157
Aktivitätenplanung	160
Die Erfolg-und-Vergnügen-Technik	168
Gestufte Aufgaben	172
Gedankliches Üben	176
Selbstbehauptungstraining und Rollenspiel	178
Verhaltenstechniken: Grundgedanken und Zeitplanung ..	180

Kapitel 8	
Kognitive Techniken	183
Das rationale Grundprinzip der kognitiven Techniken ...	183
Erklärung des rationalen Grundprinzips in der Therapie	184
Techniken der Reattribuierung	199
Die Aufzeichnung dysfunktionaler Gedanken (Spaltentechnik)	206
Die Verwendung der Selbstbeobachtung	208
Kapitel 9	
Konzentration auf veränderbare Symptome	211
Auswahl von Symptomen und Techniken	212
Affektive Symptome	214
Motivationale Symptome	228
Kognitive Symptome	231
Verhaltenssymptome	245
Physiologische Symptome	254
Sozialer Kontext der Symptome	256
Kapitel 10	
Spezifische Techniken für den Suizidpatienten	259
Einschätzung des Selbstmordrisikos	259
Suizidabsicht als Kontinuum	261
Erforschung der Suizidmotive	262
Was wir gegen den Suizid in die Waagschale werfen können	264
Zunahme der Suizidwünsche während der Therapie	274
Kapitel 11	
Depressogene Grundannahmen	277
Identifizierung dysfunktionaler Grundannahmen	279
Veränderung von Grundannahmen	285
Grundannahmen als Interventionsziele	286
Veränderung der „Sollte-Sätze“	288
Grundannahmen als „persönliche Verträge“	290
Grundannahmen als sich selbsterfüllende Prophezeiungen	294

Grundannahmen, die zu kognitiven Irrtümern führen	295
Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen	
dysfunktionaler Grundannahmen	296
Die Rolle des Handelns bei der Veränderung von Grundannahmen	298
Den Patienten Gegenargumente liefern lassen	300
Überwindung von Grundannahmen mit Bezug auf den Selbstwert	301
Enthüllung der Willkürlichkeit von Grundannahmen	304
Lang- und kurzfristige Nützlichkeit von Grundannahmen	305
 Kapitel 12	
Hausaufgaben in der Therapie	309
Motivierung für die Hausaufgaben	309
Das Aufgeben von Hausarbeiten	313
Hilfen zur Erfüllung der Aufgaben	314
Identifizierung dysfunktionaler Reaktionen auf Hausaufgaben	316
Die Aufstellung eines Tagesplanes	320
Schriftliche Notizen und Pflichten	322
Die Rolle des Patienten bei der Planung der Hausaufgaben	323
Vorbereitung auf zu erwartende Probleme	327
Vorschläge zur Gestaltung der Hausaufgaben	327
 Kapitel 13	
Technische Probleme	329
Therapeutische Richtlinien	330
Therapeutisch wenig hilfreiche Ansichten von Patienten	333
Therapeutisch wenig hilfreiche Verhaltensweisen von Patienten	349
 Kapitel 14	
Der kognitive Ansatz in der Therapieforschung	357
Systematische Studien: Depressive Freiwillige	358
Systematische Studien: Depressive Klinikpatienten	360
Neuere Forschungsergebnisse	368

Forschung aus deutschsprachigem Raum	374
Fazit	378
Anhang: Materialien	383
Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)	383
Skala für Selbstmordgedanken	388
Tägliche Buchführung über dysfunktionale Gedanken	391
Kompetenzliste für Kognitive Therapeuten	392
Mögliche Gründe für Nicht-Ausführung von Selbsthilfe-Aufgaben	398
Forschungsprotokoll des Center for Cognitive Therapy	399
Literatur	402
Index	413

Einleitung

Martin Hautzinger

Kognitive Depressionstherapie

Die Arbeitsgruppe um Aaron T. Beck an der University of Pennsylvania, Philadelphia, befaßt sich nun seit nahezu 30 Jahren mit dem sicher vielfältigsten psychischen Problem der Depression. Seit Jahren gehört sie zu den Vorreitern einer kognitiven Sichtweise dieses psychischen Problems (vgl. Beck, 1963/1964). War das ursprüngliche Interesse dabei auf ätiologische Modellbildung, Symptomatik, Beschreibung und damit zusammenhängende diagnostische Erhebungsmethoden gerichtet, so verschob sich der Arbeitsschwerpunkt dieser Gruppe im letzten Jahrzehnt nahezu ausschließlich auf die psychotherapeutische Behandlung und deren theoretischer und empirischer Fundierung.

Es war nur konsequent, Antworten auf diese therapeutischen und therapietheoretischen Fragen bei kognitiven Vorstellungen zu finden. Daß Beck neben z. B. Ellis, Meichenbaum, Mahoney und anderen damit zu den Führern einer heute äußerst populären Richtung in der Psychotherapie wurde, darf nicht dazu führen, die Behandlungskonzepte sowie die theoretischen und empirischen Arbeiten als „Modegag“ und Randerscheinung aufzufassen und in die Ecke des „Nicht-ernst-zu-nehmens“ zu stellen.

Als aufmerksamer Betrachter der neueren Entwicklungslinien in der Psychotherapie fällt einem auf, wie sich der Forschungsschwerpunkt von früher eingegrenzteren Symptombildern hin zu komplexen psychischen Beeinträchtigungen verschoben hat. Die Erarbeitung von psychotherapeutischen Vorschlägen für (z. B.) depressive Störungen oder psychosomatische Probleme geht dabei von den sogenannten klassischen Verfahren der Verhaltenstherapie, den klientenzentrierten Interaktionsformen und auch tiefenpsychologischen Elementen aus (vgl. Linden und Hautzinger, 1981) und erweitert jedoch folgerichtig solche singulären Strategien zu Behandlungspaketen, die komplexeren Störungsformen gerechter werden. Sogenannte kognitive Ansätze haben dabei integrierende und katalysatorische Funktion erhalten. Diese therapeutischen Konzepte sind bereits von ihrer Anlage her schulenübergreifend und integrationsfähig. Es überrascht daher nicht,

daß in den Vereinigten Staaten, ganz im Gegensatz zu hiesigen Verhältnissen, z. B. der klientenzentrierten Psychotherapie (als Einzelmethode) kaum noch akademische Bedeutung zukommt. Die vielversprechendsten Entwicklungen der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis, sowie der Psychotherapieforschung dürften eindeutig bei einer komplexeren Herangehensweise liegen, wenngleich dazu noch kaum theoretische Modelle vorliegen.

Das hier vorliegende Buch faßt in äußerst ausführlicher Weise die über die Jahre entwickelten und erprobten therapeutischen Vorgehensweisen bei der kognitiven, antidepressiven Psychotherapie zusammen und liefert Ansätze für eine integrierende Heuristik.

Wie so oft bei Manualen erhalten diese leicht einen Rezeptbuchcharakter, welcher der Gefahr der sowieso leider zu beobachtenden „Praxiswurstlei“ noch Vorschub leisten könnte. Dieser Gefahr begegnen die Autoren einerseits durch eine theoretische Verankerung der einzelnen Therapieelemente, andererseits durch klare Kompetenzanforderungen und Beschreibung von Verfahrensweisen an einen damit arbeitenden Praktiker. Weitere – vor allem methodische, die Praxis kontrollierende Aspekte – werden für die kognitive Therapie in diesem Einleitungskapitel ergänzend dargestellt.

Beschreibungen von Therapiemethoden allgemein und psychotherapeutischer Depressionsbehandlung besonders sollten auf folgende Fragen und Probleme Antworten bzw. Hinweise geben können:

1. Stellenwert von Psychotherapie bei der Depressionsbehandlung
2. Anforderungen und Voraussetzungen an den Therapeuten
3. Ziele, konkretes Vorgehen und Ansatzpunkte in Therapieverlauf; Materialien und Anwendungsbeispiele
4. Umgang mit spezifischen Aspekten der Depression (z. B. Suizid, Schuldvorstellungen, Weinen, Ärger, Angst usw.)
5. Motivierung des Patienten; Umgang mit Abwehr und mangelnder Kooperation
6. Diagnostik und begleitende Messungen
7. Indikationen und Kontraindikationen dieser Behandlungsform
8. Empirische Hinweise zur Wirksamkeit und der zu erwartenden Veränderungen mit dieser Therapie
9. Möglichkeiten und Empfehlungen hinsichtlich der Kontrolle der Anwendung der Depressionstherapie
10. Ergänzungen und Kombinationsmöglichkeiten mit z. B. Pharmakotherapie oder Gruppentherapie

Die bislang vorliegenden Publikationen zur klinisch-psychologischen Praxis und zur Psychotherapie zeichnen sich fast durchweg dadurch aus, daß sie kaum auf diese Punkte Bezug nehmen, geschweige denn Antworten liefern. Das hier vorgelegte praxisanleitende Buch von Beck und seinen Mitautoren setzt sich in beeindruckender Weise mit nahezu allen erwähnten Fragen auseinander; es kann dabei einerseits auf einen reichen klinischen Erfahrungshintergrund, andererseits auf eine ganze Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen und theoretischer Überlegungen zurückgreifen.

Da in den übersetzten Kapiteln des Buches¹ auf die Punkte 2 bis 8 der Anforderungsliste zur klinisch-psychologischen Praxis sehr ausführlich und konkret eingegangen wird, möchte ich hier nur die verbleibenden Punkte aufgreifen und dazu einige Hinweise geben, die zum Teil an anderer Stelle berichtete Ergebnisse und Meinungen von Beck und Mitarbeitern einbeziehen.

Stellenwert von kognitiver Psychotherapie bei der Depressionsbehandlung

Keine den Erkrankten ernstnehmende Depressionsbehandlung kann und sollte auf psychotherapeutische Unterstützung als wichtiges Behandlungselement verzichten. Es dürfte von jedem inzwischen anerkannt werden, daß „Depression“ eine komplexe und heterogene Gruppe affektiver Störungen ist, die unterschiedlicher Behandlung bedürfen und auf verschiedene Maßnahmen ganz unterschiedlich ansprechen. Auch wenn es entsprechender empirischer Arbeiten z. T. noch mangelt, dann besteht Einverständnis darin, daß bei bipolar verlaufenden Depressionen und bei psychotischen Formen der Depression (sogenannter endogener Depression oder Typ-A-Depression, vgl. Linden, 1979a) eine pharmakologische Behandlung (trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, Lithium) notwendig und bei unipolaren, nichtpsychotischen Formen der Depression (neurotische, reaktive, psychogene Angstdepression) eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist.

Es wäre nun falsch anzunehmen, diese Zuweisung einerseits zu entsprechenden diagnostischen Gruppen, andererseits zu therapeutischen Maßnahmen sei eindeutig und in jedem Fall korrekt möglich.

¹ Das amerikanische Original umfaßt 18 Kapitel. Es fehlen die Kapitel 11, 15, 16, 17 des Originalbandes. Die Kürzungen wurden mit Beck und Mitarbeitern abgesprochen. Einige Elemente der nicht übersetzten Kapitel werden in dieser Einführung erwähnt.

Trotz der beeindruckenden Erfolge der Pharmakotherapie gibt es auch in der dafür in Frage kommenden diagnostischen Gruppe Personen, die auf die Behandlung nicht ansprechen, die nur mäßige Erfolge zeigen, bei denen diese Therapie kontraindiziert ist, die sie ablehnen, abbrechen bzw. die geringe Erfolgsstabilität zeigen (vgl. Hautzinger, 1980). Bei dieser Personengruppe verspricht eine psychotherapeutische Behandlung u. U. Hilfe. Empirische Hinweise zur Verringerung der Drop-out-Rate (Rush, Beck, Kovacz & Hollon, 1977), zur Erhöhung der Compliance (Linden, 1979b) und zum Einbezug der Sozialpartner (Rush, Shaw & Khatami, 1980) sprechen für die positiven Ergänzungen der Pharmakotherapie durch die kognitive Therapie auch bei endogener Depression.

Die These „Keine Depressionsbehandlung ohne psychotherapeutische Unterstützung“ wird weiter erhärtet durch die Notwendigkeit des Umgehens mit der Suizidgefahr und der Wichtigkeit der subjektiven Bewältigung der Tatsache, psychisch krank zu sein. Es ist wichtig zu beachten, daß bei trizyklischen Antidepressiva das Verhältnis von helfender zur tödlichen Dosis relativ gering und verglichen mit anderen psychotropen Medikamenten am ungünstigsten ist. Hier soll kein Teufel an die Wand gemalt werden, sondern lediglich auf die Notwendigkeit des Einsatzes psychotherapeutischer Maßnahmen ergänzend zur pharmakologischen Behandlung in aller Deutlichkeit verwiesen werden. Gerade im Umgang mit dem Problem der Selbsttötung (vgl. Kapitel 10) kann die Becksche Arbeitsgruppe auf langjährige wissenschaftliche Arbeiten und auf beeindruckende klinische Erfahrungen mit der kognitiven Therapie verweisen. Daß Patienten nach einer depressiven oder anderen psychischen Erkrankung zwar mit Medikamenten (sei es ambulant oder stationär) versorgt werden, aber darüber hinaus fast nichts mit ihnen geschieht und sie mit dem noch immer stigmatisierenden Erlebnis einer psychischen Erkrankung meist allein gelassen werden, ist eine erschreckende Tatsache und stellt eine noch kaum gesehene, aber äußerst wichtige psychotherapeutische Aufgabe dar.

Haben wir bisher vor allem gesehen, an welchen Punkten die kognitive Therapie sinnvollerweise auch bei primär pharmakologisch zu behandelnden Depressionen indiziert erscheint, so muß darauf hingewiesen werden, daß auch bei den unipolar-nichtpsychotischen Depressionen es Untergruppen gibt, die auf Medikamente positiv ansprechen bzw. bei denen die psychotherapeutischen Maßnahmen erfolglos bleiben. Inwieweit dafür eine kombinierte Therapie sinnvoll ist, bleibt noch eine offene Frage.

Beck u. a. (1979) geben eine Reihe von noch vorläufigen, z. T. empirisch noch zu erhartenden Kriterien an, die eine Indikationsstellung für kognitive Therapie bei Depression erleichtern sollen und in Tabelle 1 zusammengefaßt sind.

Tabelle 1. Therapiezweisungskriterien nach Beck u. a. (1979, S. 366 f.).

Kriterien für die alleinige Anwendung kognitiver Therapie	Kriterien dafür, daß kognitive Therapie allein nicht indiziert ist	Kriterien für eine Kombination von Medikamenten und kognitiver Therapie
1. Nichtansprechen auf zwei verschiedene Antidepressiva	1. Vorhandensein von Schizophrenie, organisches Psychosyndrom, geistige Retardierung, Alkohol- und Drogenabusus	1. Teilweise oder kein Ansprechen auf kognitive Therapie
2. Unzureichende bzw. nur teilweise Reaktion auf Antidepressiva	2. Medikamenteneinnahme, die Depression bedingt	2. Teilweise oder kein Ansprechen auf adäquate Pharmakotherapie
3. Kein oder nur Teilerefolg mit anderer Psychotherapie	3. Denk-, Gedächtnisstörungen oder Realitätsverkenntnung	3. Schlechte Medikamenten-Compliance
4. Unipolare, nicht-psychotische Depression (sogenannte „minor affective disorder“)	4. Manische Episoden (laut Biographie)	4. Biographische Hinweise auf chronisches, jedoch intermittierend auftretendes depressives Verhalten
5. Depressive Stimmungsveränderungen als Reaktion auf Umweltereignisse bzw. negative Kognitionen	5. Familiäre Geschichte einer bipolaren, endogenen Depression	5. Schwere somatische Symptome und deutlich kognitive Störungen
6. Leichtere somatische Störungen (Appetit, Schlaf, Gewicht, Libido)	6. Keine externen Ereignisse/Einflüsse feststellbar	6. Schlechte Gedächtnisleistung und Konzentration, psychomotorische Probleme
7. Beeinträchtigung von Konzentration und Gedächtnis bei adäquatem Realitätsbezug	7. Keine Hinweise auf kognitive Störungen	7. Starke Depression mit Suizidgefahr
8. Intoleranz gegenüber bzw. Gefahr durch Medikation	8. Starke somatische Beschwerden (Schmerzen usw.)	8. Verwandte ersten Grades wurden mit antidepressiven Medikamenten behandelt bzw. waren manisch-depressiv

Stellenwert kognitiver Therapie bei stationärer Behandlung

Psychotherapeutische Behandlung sollte zu dem Standardrepertoire einer psychiatrischen Klinik gehören. Welche Möglichkeiten und Erfolge in einem solchen stationären Rahmen zu erzielen sind, wurde erst kürzlich von deJong, Ferstl und Henrich (1980) sowie von Wolfersdorf, Straub, Hole u.a. (1980) dargestellt. Psychologische Therapiemaßnahmen bei Depression (vgl. zusammenfassend Hautzinger, 1979) sind durch ihre Ausrichtung auf aktuelle Problemlösung, den Abbau von Verhaltensdefiziten bzw. -exzessen, die Analyse und Veränderung von Denk- und Verarbeitungsmustern sowie ihre standardisiert durchführbar strukturierte Form, ihre zeitliche Begrenzung und ihre empirische Absicherung für eine Anwendung in Kliniken geeignet. Einzelne Elemente von psychologischen Therapiemaßnahmen können dabei von Bezugspersonen, Mitpatienten bzw. vom Pflegepersonal und anderen Klinikmitarbeitern übernommen, kontrolliert und trainiert werden (vgl. Linden und Hautzinger, 1981). Zu denken ist dabei an z. B. Strukturierung des Tagesablaufs, Aktivitätenaufbau, gestufte Aufgaben, Entspannungstraining, Hausaufgaben-Durchführung und andere Therapieelemente (siehe dazu die Kapitel 7, 8, 12).

Im Rahmen eigener Forschungsarbeiten haben wir inzwischen diese Elemente und Vorgehensweisen bei stationär behandelten, depressiven Psychiatriepatienten mit großem Erfolg eingesetzt (siehe Kapitel 14; Hautzinger und Bailer, 1991).

Solche im stationären Behandlungsrahmen begonnene und eingesetzte Psychotherapie sollte allerdings nicht mit der Klinikentlassung beendet werden. Günstig scheint eine Fortführung der Therapie nach Rückkehr in den sozialen Lebensraum, wobei dann der Partner bzw. die Familie notwendigerweise mit einbezogen werden sollte (vgl. Hautzinger, 1981). Dies setzt allerdings voraus, daß eine ambulante Versorgung möglich ist. bzw. mit der Klinik kooperierende Psychotherapeuten vorhanden sind (und eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen möglich ist).

Kognitive Gruppentherapie

Wie in der kognitiven Einzeltherapie – was Gegenstand dieses Buches ist – ist das gruppentherapeutische Vorgehen strukturiert und problemorientiert. Die kognitiven Gruppentherapeuten (gewöhnlich zwei

pro Gruppe) sind aktiv, sie arbeiten mit und nach denselben Prinzipien und Techniken, wie es für die Einzeltherapie in diesem Manual beschrieben wird.

Die Gruppen werden meist als offene Gruppen durchgeführt. Dies bedeutet, daß nach einiger Zeit neue (depressive) Patienten in die Gruppe aufgenommen werden und nach einer Anzahl von Stunden andere Gruppenmitglieder ausscheiden.

Die aktuelle Gruppengröße schwankt nach den bislang vorliegenden Erfahrungen zwischen vier und acht Personen (Hollon & Shaw, 1979). Auch für eine kognitive Gruppentherapie wird eine Dauer von 12 bis 20 je zweistündigen Sitzungen angenommen, wobei je nach begleitender Einzeltherapie ein bis zwei Sitzungen pro Woche stattfinden.

Bei leichteren, an aktuelle Auslöser gebundenen depressiven Reaktionen erscheint eine kognitive Gruppentherapie allein auszureichen. Bei ausgeprägteren Formen der Depression sollte jedoch immer eine individuelle therapeutische Betreuung der Gruppentherapie vorausgehen und diese weiterhin begleiten. Alle bislang vorliegenden empirischen Ergebnisse und klinischen Erfahrungen weisen der (kognitiven) Gruppentherapie einen zwar wichtigen, jedoch nur die Individualtherapie ergänzenden Platz zu. Selbst Shaw (1977), der viel mit Gruppen im Rahmen einer Depressionsbehandlung gearbeitet hat, muß eingestehen, daß „Effektivitätsstudien, die kognitive Gruppentherapie allein einzusetzen, im allgemeinen mit jüngeren, nur mäßig depressiven Patienten (arbeiteten)“ (Hollon und Shaw, 1979, S. 340).

Als sozialer Raum, der den Aufbau und die Überprüfung von neuen Verhaltensweisen, Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich der eigenen Person und deren Wirkung auf die Umwelt ermöglicht und zuläßt, kommt einer therapeutischen Gruppe klinische Bedeutung zu. Durch Gruppenprozesse, Verhalten und Erleben in der Gruppe werden Realitätskonfrontationen möglich, wird zu bearbeitendes Material für die Einzeltherapie, sowohl für den Patienten wie den Therapeuten, konkret erfahren, werden therapeutische Fortschritte ersichtlich und stabilisiert, und die Generalisierung auf außertherapeutische Situationen erleichtert.

Im Rahmen der Behandlung depressiver Patienten sind Gruppentherapien als Ergänzung von individuellen Behandlungen von Bedeutung. Zur erfolgreichen Durchführung des Trainings sozialer Fertigkeiten und des Abbaus sozialer Hemmungen ist die Gruppentherapie als Unterstützung der Einzeltherapie fast unverzichtbar.

Es liegt bislang erst eine Handvoll Studien vor, die erste Aussagen über die Wirksamkeit von kognitiver Gruppentherapie erlauben (Gioe, 1975; Shaw, 1977; Morris, 1975; Rush & Watkins, 1978; Shaw & Hollon, 1978). Alle Untersuchungen demonstrieren zwar eine Symptomreduktion durch die Gruppentherapie, doch sind die behandelten Stichproben sehr unterschiedlich (Freiwillige, Studenten, Outpatients) und mit verschiedenen Meßinstrumenten gemessen. Nur eine Studie verglich kognitive Gruppentherapie mit kognitiver Einzeltherapie (Rush & Watkins, 1978). Die Einzeltherapie erbrachte hinsichtlich der Symptomatik, der Stabilität, der Erfolge und der Abbrecher deutlich bessere Ergebnisse. Die kognitive Gruppentherapie erwies sich in zwei Studien jedoch hinsichtlich der Rückfall- und Abbrecherquote einer Pharmakotherapiegruppe überlegen (Shaw & Hollon, 1978; Rush & Watkins, 1978). Keine Studie verglich bislang Einzeltherapie, Gruppentherapie und die Kombination beider Therapieformen bei der Depressionsbehandlung.

Zum empirischen Gehalt kognitiver Therapie

Wie in dem Kapitel 14 ausführlich dargestellt, kann eine Depression durch psychotherapeutische Maßnahmen deutlich gebessert werden. Kognitive Verhaltenstherapie zeigt sich dabei pharmakologischer Behandlung und anderen Formen der Psychotherapie überlegen bzw. zumindest ebenbürtig.

Erfreulicherweise liegen seit dem Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches inzwischen auch drei Arbeiten von deutschen Arbeitsgruppen vor, die die amerikanischen und britischen positiven Behandlungsergebnisse bestätigten.

Neben der Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes über die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie in Kapitel 14 sei hier noch auf die Überblicksarbeit von Niebel (1984), das Buch von Rehm (1981) und aktuelle Übersichten von Robinson, Berman und Neimeyer (1990) sowie von Hollon, Shelton und Loosen (1991) verwiesen. Beide Arbeiten stellen die Ergebnisse zur kognitiven Verhaltenstherapie in Bezug zu denen anderer Behandlungsformen bei depressiven Störungen dar und befassen sich in anregend-kritischer Weise mit den vielen, noch unbeantworteten Fragen der vergleichenden Therapieforschung.

Der in den letzten Jahren modern gewordene Versuch, durch statistische Meta-Analysen übergreifende Wirksamkeitswerte in Relation zu

anderen Interventionsformen oder zu Kontrollgruppen zu finden, machte auch vor der kognitiven Verhaltenstherapie nicht Halt. Miller und Berman (1983) konnten dabei zeigen, daß die kognitive Verhaltenstherapie bei unterschiedlichen Symptom- und Störungsbildern verschiedenen Varianten von Kontrollbedingungen deutlich überlegen ist. Die Kombination aus Pharmakotherapie (meist trizyklischen Antidepressiva) und kognitiver Therapie schnitt dabei in etwa gleich gut ab.

Unabhängig von diesen mathematischen Analysen wird die Kombination pharmakologischer und verschiedener psychologischer Therapien für die Behandlung depressiver Störungen, häufig als die Therapie der Wahl vorgeschlagen und dürfte auch ein in der Praxis oft verwendetes Verfahren sein. Dies liegt sowohl an den zahlreichen Wirksamkeitsnachweisen medikamentöser, antidepressiver Behandlung, als auch an den vielversprechenden Erfolgsergebnissen verschiedener Interventionsmethoden (siehe Kapitel 14). Zudem wird sicherlich auch die Erfahrung vieler Kliniker von Bedeutung sein, daß Patienten eher in der Behandlung bleiben, wenn sie in irgendeiner Form psychotherapeutisch mitbetreut werden.

Kontrollierte Praxis kognitiver Therapie

Klinisch-psychologische Praxis ist durch folgende Merkmale zu charakterisieren (vgl. Petermann, 1980):

1. Handlungzwang, d.h. die anstehenden Probleme und Patienten erfordern ein unmittelbares Daraufgehen. Spezialisierung und Kontrollierbarkeitsanspruch muß vor den konkreten Anforderungen zur Intervention zurücktreten.
2. Legitimationszwang, d.h. der Geldgeber, der Träger und die Verwaltung fordern an ökonomischen Prinzipien orientierte Abrechnungen über die geleistete Arbeit.
3. Ethische Verantwortung, d.h. durch die Versorgungspflicht und den damit einhergehenden Handlungzwang verbietet sich das Erproben von neuen Wegen bzw. das Vorgehen nach kontrollierten und komplexen Untersuchungsplänen.
4. Praxisregeln und pragmatische Handlungsstrategien, d.h. die Interventionen des klinischen Psychologen erlauben kaum ein in jedem Fall theoretisch und/oder empirisch als begründet ausgewiesenes Vorgehen. Seine Hilfsmittel sind aus der jeweiligen Situation entstehend und daher häufig nicht übertragbar.

5. Die Mittel-Zweck-Relation wird von dem Versorgungs-, Nachfrage- und Legitimationsaspekt nach rein pragmatischen Überlegungen bestimmt.

Der Methodiker mit seinen Kontrollierbarkeits- und Exaktheitsansprüchen, mit seinem Freiraum für Planung, Kontrolle, Begründung und Revision seines Vorgehens steht dem Praktiker in kaum überbrückbarer Weise gegenüber. Eine Lösung aus diesem Dilemma kann nur über einen Kompromiß aus beiden Positionen kommen. Petermann (1980) hat dafür ein Konzept vorgelegt und es „kontrollierte Praxis“ genannt.

Bestimmungsstücke und Ziele kontrollierter Praxis sind:

- a) fallspezifische Indikationsstellung
- b) therapiebegleitendes Prüfen und Verlaufsdokumentation
- c) kumulative Erfahrungsverwertung und vergleichende Bewertung klinischer Befunde

Diese 3 Elemente greifen im klinisch-psychologischen Handeln spiralförmig ineinander, so daß über die kumulativen Erfahrungen es zu einer Gruppierung von Therapieverläufen gleicher Art kommt und diese dann Grundlage für zukünftige differentielle Indikationen ergeben.

Voraussetzungen zur Erreichung dieser Ziele und damit das individuelle Fingerspitzengefühl eines Therapeuten bzw. eines Forschers, d.h. unrepräsentables klinisches Handeln überwindende Notwendigkeiten, sind:

1. praktische umsetzbare Materialien klinisch-psychologischer Tätigkeit müssen zugänglich gemacht werden;
2. solche Handlungsanweisungen sollten theoretisch eingeordnet, hinreichend in einer Theorie verankert sowie empirisch abgesichert sein;
3. sie sollten diagnostische, therapeutische und methodische Informationen und konkrete Anleitungen liefern.

Es gibt bislang wenige Publikationen, die diesen Anforderungen genügen. Eine von Petermann und Hautzinger seit 1983 herausgegebene Buchreihe (Materialien für die psychosoziale Praxis, Psychologie-Verlags-Union) ist an diesem Leitgedanken orientiert und umfaßt inzwischen vierzehn Bände. Das von Beck u.a. hier sehr ausführlich vorgelegte Therapiehandbuch kommt den aufgestellten Kriterien und Anforderungen einer kontrollierten Praxis in einigen Punkten sehr nahe. Die Materialien und konkreten Handlungsanweisungen werden dargestellt, theoretisch begründet und empirisch belegt. Diagnostische

Hinweise, Indikationsempfehlungen, methodische Anregungen und Verlaufsdokumentationsmöglichkeiten werden genannt. Das therapiebegleitende Prüfen und damit die kumulative Erfahrungsverwertung und die vergleichende Bewertung verschiedener Therapien werden jedoch durch die einerseits auf gruppenstatistisch ausgerichteten Wirknachweise (vgl. den vorausgehenden Abschnitt), andererseits durch die, auf von den Autoren selbst entwickelten Meßinstrumente ausgerichtete Veränderungsmessung beeinträchtigt. Kliniker sollten bei der Behandlung von Depression darauf achten, daß sich Veränderungen und Beeinträchtigungen nicht nur auf der emotionalen und motivationalen Ebene ergeben, sondern daß die somatische, kognitive und motorische Ebene und die soziale Angepaßtheit davon mitbetroffen ist (vgl. Hautzinger, 1979; Hautzinger et al. 1989).

Im Rahmen verschiedener Arbeiten (vgl. deJong et al. 1985, Rötzer-Zimmer et al. 1985, Hautzinger 1984, Hautzinger et al. 1987) wurde das von Beck u. a. vorgeschlagene therapeutische Vorgehen aufgegriffen und um die für eine kontrollierte Praxis wesentlichen methodischen Aspekte ergänzt. Zur Verlaufskontrolle und vergleichenden Dokumentation und Bewertung schlagen wir vor, daß nach einer Vordiagnostik (möglichst durch einen anderen Kliniker als den späteren Therapeuten) und vor Beginn der kognitiven Therapie eine Baseline von mindestens 15 Tagen Dauer geschaltet werden sollte. Während dieser Baseline sollten bereits therapeutische Kontakte stattfinden, die sich jedoch mit anamnestischen und verhaltensanalytischen Fragen und Inhalten befassen bzw. sich, sofern notwendig, auf Kriseninterventionen beschränken. Während dieser Zeit, beginnend mit dem Vorgespräch und über die gesamte Therapie (ca. ein Zeitraum von 3–4 Monaten) sollte der Patient täglich die Befindlichkeitsskala (Bf-s) (Zerssen, 1975) oder eine Visuelle Analogskala (Hautzinger et al. 1989) ausfüllen. Dies stellt eine Beanspruchung von zwei Minuten täglich dar! Zu Beginn jeder Stunde ist der BDI auszufüllen. Zusätzlich sind vor, bei Beginn der kognitiven Therapie, nach Abschluß der Therapie und bei mehreren Nachkontrollen während eines Sondertermins Tests, Fragebögen und Klinikergespräch zur Erfassung von Kognitionen (Einstellungen, Attributionen, Persönlichkeit, Depressivität, Angst, Beschwerden, diagnostische Fremdbeurteilung u. a.) sinnvoll und wichtig.

Die Verhaltensebene wird im Rahmen unseres Projekts anhand von Tonband- und Videoaufzeichnungen durch Beobachter mittels eines einfachen Kategoriensystems erfaßt. Ein Kategoriensystem zur Erfassung von kognitiven Veränderungen auf Grund der Patientenäußerun-

gen befindet sich in Erprobung (vgl. Hautzinger u. a., 1980). Die punktuellen Messungen vor, während und nach der Therapie sind beim Einzelfall nur deskriptiv verwendbar. Die Messungen und Auswertungen der täglichen bzw. Therapiekontaktdaten (Bf-s, BDI, Verhaltensbeobachtungen) sind einer statistischen Analyse zugänglich. Kazdin (1976), Petermann (1978), Petermann und Hehl (1979) und Revenstorf (1979) haben dazu Vorschläge unterbreitet. Beispiele für die einzelfallanalytische Auswertung von Verlaufsdaten bei depressiven Patienten sind bei Hautzinger u. a. (1980, 1987) und deJong u. a. (1980) dargestellt.

Diese vorgeschlagene Praxisdokumentation und therapeutische Verlaufskontrolle ist nach wissenschaftlichen Kriterien noch nicht voll befriedigend. Zu viele Unbekannte bleiben bei den Meßinstrumenten und möglichen Störquellen bzw. tatsächlichen Veränderungsmechanismen bestehen. Für viele dieser Aspekte gibt es noch keine bzw. nicht in der therapeutischen Praxis handhabbaren Meßinstrumente und Erfassungsmethoden. Darüber hinaus dürfen sich Dokumentation und Messung nicht nachteilig auf die Therapie auswirken, womit einer kompletten Erfassung möglicher Variablen eindeutig Grenzen gesetzt sind.

Es ist jedoch möglich und vom klinisch-psychologischen Praktiker zu fordern, daß er sein Handeln mit der kognitiven Therapie bei depressiven Patienten kontrolliert und dokumentiert. Die aufgezeigten Möglichkeiten haben sich als praktikabel und wissenschaftlich durchaus akzeptabler Kompromiß erwiesen. Es ist notwendig, das therapeutische Handeln mit der hier dargestellten kognitiven Therapie durch diese Maßnahmen zu ergänzen. Die zu Beginn dieses Kapitels der kognitiven Therapie zugeschriebene integrierende und katalysatorische Bedeutung kann sie langfristig nur einlösen, wenn jeder, der damit arbeitet, sich bemüht, seine therapeutische Praxis zu kontrollieren und der wissenschaftlich arbeitende Kliniker intensive Anstrengungen unternimmt, noch fehlende Forschungsmethoden zu entwickeln. Sollte dies unterbleiben, dann dürfte der kognitiven Therapie dasselbe Schicksal widerfahren, wie so vielen anderen kreativen Methoden: sie würde halt „nur“ ein kreativer Therapievorschlag bleiben.

Literatur

- Beck, A. T.: Thinking and Depression. *Archives of General Psychiatry* 1963/1964, 9, 324–333.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G.: Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford 1979.
- Gioe, V. J.: Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression. *Dissertation Abstracts International* 1975, 36, 3039B–3040B.
- Hautzinger, M.: Kognitive Therapie bei Depression. München: Pfeiffer 1980.
- Hautzinger, M.: Psychologische Therapie bei Depressionen. In: Faust, V. & Hole, G. (Hrsg.): Diagnose, Ätiopathogenese und Therapie der Depression. Stuttgart: Hippokrates 1981.
- Hautzinger, M.: Psychologische Therapie bei depressiven Reaktionen. In: Hautzinger, M. & Hoffmann, N. (Hrsg.): Depression und Umwelt. Salzburg: Otto Müller 1979.
- Hautzinger, M.: Veränderungsverläufe depressiver Symptomatik bei kognitiver Verhaltenstherapie. In: Hautzinger, M. & Straub, R. (Hrsg.): Psychologische Aspekte depressiver Störungen. Regensburg: S. Roderer 1984.
- Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. München: Psychologie-Verlags-Union 1981.
- Hautzinger, M., Baumgartner, P., Nesshöver, W. & Schmidt, B.: Zeitreihenanalysen kognitiver Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 1987, 26, 256–265.
- Hautzinger, M., Heidepriem, B. & von Möller, C.: Effekte kognitiver Therapie bei Depression. In: Hautzinger, M. & Schulz, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Band 3. Tübingen: DGVT 1980.
- Hautzinger, M., Bailer, J.: Depressionen. In: Meermann, R., Vandereycken, W. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart 1991.
- Hollon, S. & Shaw, B.F.: Cognitive group-therapy. In: Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G.: Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford 1979 (Kapitel 16).
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., Loosen, P. T.: Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 1991, 59, 88–99.
- deJong, R., Ferstl, R. & Heinrich, G.: Die Wirkung von Aktivitätsplänen, der Therapie sozialen Verhaltens sowie der gedanklichen Prozesse bei schwer depressiven Patienten. In: Hautzinger, M. & Schulz, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Band 3. Tübingen: DGVT 1980.
- deJong, R., Treiber, R. & Henrich, G.: Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with characterological depression. *Cognitive Therapy and Research* (im Druck).
- Kazdin, A. E.: Statistical analyses for single-case experimental designs. In: Hersen, M. & Barlow, D. H. (Eds.): Single-case experimental designs. New York: Pergamon 1976.
- Linden, M.: Psychiatrische und psychologische Klassifikation depressiver Störungen. In: Hautzinger, M. & Hoffmann, N. (Hrsg.): Depression und Umwelt. Salzburg: Otto Müller 1979a.
- Linden, M.: Therapeutische Ansätze zur Verbesserung von Compliance. *Nervenarzt* 50 (1979b) 109–114.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.): Psychotherapie-Manual. Heidelberg: Springer 1981.
- Miller, R.C. & Berman, J. S.: The efficacy of cognitive behavior therapies. A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin* 94 (1983), 39–53.
- Morris, N. E.: A group self-instruction method for the treatment of depressed outpatients. Doctoral Dissertation, University of Toronto, 1975.

- Niebel, G.: Ergebnisse und Probleme vergleichender Therapieforschung bei depressiven Störungen. Verhaltensmodifikation (1984).
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A.: Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychological Bulletin 1990, 108.
- Petermann, F.: Veränderungsmessung. Stuttgart: Kohlhammer, 1978.
- Rehm, L. P.: Behavior Therapy for Depression. New York: Academic Press 1981.
- Revenstorf, D.: Zeitreihenanalyse für klinische Daten. Weinheim: Beltz 1979.
- Petermann, F.: Übertragung von klinischen Forschungsansätzen in die therapeutische Praxis. In: Schulz, W. & Hautzinger, M. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Band 2. Tübingen: DGVT 1980.
- Petermann, F. & Hehl, F.-J. (Hrsg.): Einzelfallanalyse. München: Urban & Schwarzenberg 1979.
- Petermann, F. & Petermann, U.: Training mit aggressiven Kindern. München: Urban & Schwarzenberg 1978.
- Rötzer-Zimmer, F. T., Serra, E., Pflug, B. & Heimann, H.: Änderungsprozesse in der Depressionsbehandlung. Kognitive Verhaltenstherapie allein und in Kombination mit Pharmakotherapie. In: W. Miltner, W. D. Gerber & K. Mayer (Hrsg.): Verhaltensmedizin. Ergebnisse und Perspektiven interdisziplinärer Forschung. Heidelberg: Springer 1985.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacz, M. & Hollon, S.: Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy and Research 1 (1977), 17-37.
- Rush, A. J., Shaw, B. F. & Khatami, M.: Cognitive therapy of depression utilizing the couples system. Cognitive Therapy and Research 4 (1980), 103-113.
- Rush, A. J. & Watkins, J. T.: Group versus individual cognitive therapy: a pilot study. Unpublished manuscript, Southwestern Medical School, Dallas 1978.
- Shaw, B. F.: Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. Journal of Clinical and Consulting Psychology 45 (1977), 543-551.
- Shaw, B. F. & Hollon, S. D.: Cognitive therapy in group format with depressed outpatients. Unpublished manuscript, Western Ontario University, 1978.
- Wolfersdorf, M., Straub, R., Hole, G., Kopittke, W., Metzger, R. & Schinkel, A.: Die stationäre Behandlung depressiv Kranker nach einem gesprächs- und verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept. In: Hautzinger, M. & Schulz, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Band 3. Tübingen: DGVT 1980.
- Zerssen, D. V.: Die Befindlichkeitsskala (Bf-s). Weinheim: Beltz 1975.

Überblick und theoretischer Rahmen

Nach Schätzung von Fachleuten haben wenigstens 12% aller Erwachsenen im Laufe ihres Lebens eine depressive Phase, deren klinischer Verlauf so schwer ist, daß eine Behandlung erforderlich ist (Schuyler und Katz, 1973). In den vergangenen 15 Jahren wurden hunderte von systematischen Arbeiten über das biologische Substrat der Depression und über die Chemotherapie der Depression veröffentlicht. Verschiedene Publikationen von staatlichen Stellen wie auch von privater Seite haben den Eindruck erweckt, daß bahnbrechende Fortschritte im Verständnis der Psychobiologie der Depression und in der Behandlung dieser Störung durch Chemotherapie erzielt worden sind.

Trotz dieses etwas rosigen Bildes ist der Kliniker mit einer verwirrenden Situation konfrontiert. Obwohl man Fortschritte in der Chemotherapie der Depression verzeichnen konnte, gibt es keine Anzeichen dafür, daß die Verbreitung der Depression zurückgegangen ist. Darüber hinaus hat die Selbstmordrate, die gewöhnlich als Index für die Verbreitung der Depression betrachtet wird, nicht abgenommen sondern hat in Wirklichkeit in den vergangenen Jahren einen Anstieg gezeigt. Überdies ist die unveränderte Suizidrate umso bedeutsamer, wenn man die enormen Anstrengungen bedenkt, mit denen man überall im Lande Suizid – Präventionszentren aufbaut und unterhält.

Ein Sonderbericht des National Institute of Mental Health von 1973 über „Depressive Störungen“ von Secunda, Katz, Friedman und Schuyler stellte fest, daß Depressionen einen Anteil von 75% an allen psychiatrischen Klinikeinweisungen haben und daß im Laufe eines Jahres 15% aller Erwachsenen zwischen 18 und 74 Jahren an deutlichen depressiven Symptomen leiden. Die Autoren schätzen, daß sich die Ausgaben zwischen 300 und 900 Millionen Dollar belaufen. Sie wiederholen ferner, daß „die Lasten für die Therapie eines Großteils depressiver Erkrankungen (75% aller psychiatrischen Klinikeinweisungen) direkt den psychosozialen therapeutischen Einrichtungen zufällt.“

Der Wert der Psychotherapie bei Depressionen

Die Entwicklung einer wirksamen Psychotherapie der Depression, die entsprechende Festlegung von Indikationen und Kontraindikationen und die Einordnung der Therapie in einen Gesamtbehandlungsplan für den depressiven Patienten hat eine Bedeutung, die nicht weiter diskutiert zu werden braucht. Da aber verschiedene Formen der Psychotherapie in unterschiedlichem Ausmaß bei der Behandlung fast aller depressiven Patienten angewendet werden, ist es entscheidend, bestimmte Psychotherapiearten zu definieren und ihre Effektivität zu bestimmen – so daß der Therapiesuchende erfahren kann, ob diese teuren Methoden zu einem befriedigenden Resultat führen. Daneben gibt es weitere Gründe dafür, spezifische psychotherapeutische Verfahren zu definieren und zu überprüfen.

Obwohl Antidepressiva offensichtlich billiger sind als Psychotherapie, sprechen nicht alle depressiven Patienten auf diese Medikamente an. Die besten Schätzungen auf Grund einer Durchsicht zahlreicher kontrollierter Studien zur Chemotherapie der Depression lassen vermuten, daß nur etwa 60 bis 65% der Patienten eine deutliche Besserung als Ergebnis einer Behandlung mit einem der üblichen trizyklischen Medikamente zeigen (vgl. Beck, 1973, S. 86). Deshalb müssen wirksame Methoden für die 35 bis 40% der Depressiven entwickelt werden, denen in einem ersten Versuch mit einem Antidepressivum nicht geholfen wird.

Viele Patienten, die auf das Medikament ansprechen würden, weigern sich auf Grund persönlicher Vorbehalte ein Antidepressivum zu nehmen oder zeigen Nebenwirkungen, die eine Absetzung des Medikaments notwendig machen.

Möglicherweise untergräbt auf lange Sicht das Vertrauen auf die Chemotherapie indirekt die Möglichkeit des Patienten, mittels eigener psychologischer Methoden mit der Depression fertigzuwerden. Die umfangreiche Literatur zur „Attribuierung“ legt die Vermutung nahe, daß medikamentös behandelte Patienten ihr Problem einem chemischen Ungleichgewicht und ihre Besserung der Wirkung der Medikamente zuschreiben (Shapiro und Morris, 1978). Folglich werden, wie sozialpsychologische Untersuchungen nahelegen, die Patienten weniger wahrscheinlich ihre eigenen Bewältigungsmechanismen im Umgang mit der Depression einsetzen oder entwickeln. Die relativ hohe Rückfallquote von Patienten, die medikamentös behandelt wurden

(etwa 50% im ersten Jahr nach Beendigung der medikamentösen Behandlung) spricht für die Gültigkeit dieser Behauptung.

Allgemein wird angenommen, daß eine wirksame psychotherapeutische Behandlung auf lange Sicht zuträglicher ist als Chemotherapie, weil der Patient aus seiner *psychotherapeutischen Erfahrung lernen kann*. Man könnte also von solchen Patienten erwarten, daß sie mit erneut auftretenden Depressionen besser fertig werden, daß sie beginnende Depressionen im Keim ersticken und daß sie vielleicht sogar erneuten Depressionen vorbeugen können.

Die Tatsache, daß die Suizidrate trotz des sehr weit verbreiteten Gebrauchs von Antidepressiva nicht zurückgegangen ist, legt nahe, daß Chemotherapie, obwohl sie vielleicht vorübergehend suizidale Krisen löst, keine anhaltende Wirkung hat, die den Patienten vor einem Selbstmord zu einem späteren Zeitpunkt schützen würde. Untersuchungen belegen, daß es beim suizidgefährdeten Patienten ein zentrales psychisches Problem gibt – nämlich die Hoffnungslosigkeit (oder „generalisierte negative Erwartungen“). Positive Ergebnisse mit Methoden, die die Hoffnungslosigkeit bei depressiven Patienten direkt angehen, lassen vermuten, daß die kognitive Therapie in größerem Umfang „antisuizidale Wirkungen“ hat als chemotherapeutische Methoden (vgl. Kapitel 10).

Definition der kognitiven Therapie

Die kognitive Therapie ist eine aktive, direktive, zeitlich begrenzte, strukturierte Methode, die zur Behandlung einer Vielfalt psychiatischer Störungen eingesetzt wird (z. B. Depressionen, Angst, Phobien, Schmerzprobleme usw.). Sie basiert auf einem grundlegenden theoretischen Gedanken, wonach Affekt und Verhalten eines Menschen weitgehend von der Art bestimmt sind, in der er die Welt strukturiert (Beck, 1967; 1976/1979). Seine Kognitionen (verbale oder bildhafte „Ereignisse“ in seinem Bewußtseinsstrom) gehen auf Einstellungen oder Annahmen (Schemata) zurück, die aus vergangenen Erfahrungen entstanden sind. Wenn z. B. jemand alle seine Erfahrungen unter dem Gesichtspunkt interpretiert, ob er tüchtig und allen Aufgaben gewachsen ist, so ist sein Denken von dem Schema beherrscht: „Wenn ich nicht alles perfekt mache, bin ich ein Versager.“ Folglich fragt er

sich, ob er bestimmten Situationen gewachsen ist, auch dann, wenn solche Situationen in keinem Zusammenhang mit seiner persönlichen Tüchtigkeit stehen.

Die verschiedenen therapeutischen Techniken, die wir anwenden, werden im Rahmen eines kognitiven Modells der Psychopathologie eingesetzt, und nach unserer Meinung kann diese Therapie *nicht ohne* Kenntnis der Theorie wirksam angewendet werden. Die therapeutischen Techniken dienen der Identifizierung, Überprüfung und Korrektur gestörter Konzeptbildungen und irriger Überzeugungen (Schemata), die diesen Kognitionen zugrunde liegen. Der Patient lernt, Probleme und Situationen zu bewältigen, die er vor kurzem noch für unüberwindbar hielt, indem er sein Denken neu bestimmt und korrigiert. Der kognitive Therapeut hilft dem Patienten, seine psychischen Probleme realistischer und flexibler zu beurteilen und zu handhaben und somit die Symptome zu reduzieren.

In der kognitiven Therapie wird eine Vielfalt kognitiver und verhaltensbezogener Strategien genutzt. Mit *kognitiven Techniken* sollen die besonderen Fehlkonzeptionen und unangepassten Annahmen des Patienten dargestellt und überprüft werden. Dieser Ansatz berücksichtigt sehr spezifische Lernerfahrungen, die den Patienten die Lösung folgender Aufgaben lehren sollen: 1) seine negativen, automatischen Gedanken (Kognitionen) zu *kontrollieren*; 2) die Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln zu *erkennen*; 3) zu *prüfen*, was für oder gegen sein gestörtes automatisches Denken spricht; 4) diese einseitigen Kognitionen durch ein stärker an der Realität orientiertes Verständnis zu *ersetzen*; 5) zu lernen, die irrgigen Überzeugungen, die seine Erfahrungen verzerrn, zu erkennen und zu ändern.

Man verwendet verschiedene verbale Techniken, um die Logik der spezifischen Kognitionen und Annahmen und ihre Grundlagen zu erforschen. Dem Patienten wird zu Beginn die rationale Begründung der kognitiven Therapie erklärt. Danach lernt er, seine negativen Gedanken zu erkennen, zu beobachten und im „Tagesprotokoll negativer Gedanken“ (s. Anhang) zu vermerken. Die Kognitionen und die ihnen zugrunde liegenden Annahmen werden auf ihre Logik, ihre Gültigkeit und Angemessenheit hin diskutiert und überprüft und ebenso im Hinblick auf ihren Wert für die Entwicklung positiven Verhaltens im Gegensatz zur Aufrechterhaltung pathologischen Verhaltens. So wird z. B. die Neigung eines depressiven Menschen identifiziert und diskutiert, sich für Mißerfolge verantwortlich zu fühlen, sich aber niemals einen eigenen Erfolg zugute zu halten. Die Therapie konzentriert

sich auf bestimmte „Zielsymptome“ (z. B. Selbstmordabsichten). Die Kognitionen, die diese Symptome stützen, werden identifiziert (z. B. „Mein Leben ist wertlos, und ich kann es nicht ändern.“) und dann einer logischen und empirischen Analyse unterzogen.

Ein wirkungsvoller Bestandteil des psychotherapeutischen Lernmodells besteht darin, daß der Patient viele der therapeutischen Techniken zu übernehmen beginnt. So bemerken die Patienten z. B. häufig, daß sie spontan die Rolle des Therapeuten übernehmen, indem sie ihre eigenen Schlußfolgerungen und Vorhersagen in Frage stellen. Hier sind einige von uns beobachtete Beispiele dieser Art Selbstbefragung: *Welchen Beweis gibt es für meine Schlußfolgerung? Wieviel geht mir wirklich von meinem Leben verloren? Wie stark trifft es mich, wenn ein Fremder schlecht über mich denkt? Was kann ich verlieren, wenn ich versuche, mich besser zu behaupten?*

Solche Selbstbefragungen spielen eine wesentliche Rolle, wenn kognitive Techniken von der Gesprächssituation auf externe Situationen generalisiert werden. Ohne Fragen dieser Art ist der Depressive relativ stark an stereotype automatische Muster gebunden – ein Phänomen, das man als „gedankenloses Denken“ bezeichnen könnte.

Verhaltensbezogene Techniken werden bei schwerer depressiven Patienten nicht nur zur Verhaltensänderung eingesetzt sondern auch zur Freilegung von Kognitionen, die mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert sind. Da der Patient im allgemeinen diese aktiveren Techniken zu Anfang der Behandlung benötigt, werden wir die Materialien über verhaltensbezogene Strategien (Kapitel 7) vor den Ausführungen über kognitive Techniken (Kapitel 8) darstellen. Zu diesen verhaltensbezogenen Strategien gehört unter anderem ein wöchentlicher Aktivitätsplan, in den der Patient für jede Stunde seine Tätigkeiten einträgt; eine „Bewältigungs- und Zufriedenheitsskala“, auf der der Patient die Aktivitäten aus seinem Wochenplan bewertet; und die Technik der „Gestuften Aufgaben“, bei der der Patient eine Folge von Aufgaben übernimmt, um ein Ziel zu erreichen, das er für schwierig oder ausgeschlossen hält. Darüber hinaus sollen verhaltensbezogene Aufgabenstellungen dem Patienten helfen, bestimmte unangemessene Kognitionen und Annahmen zu überprüfen.

Ein wichtiges Problem, mit dem der Therapeut immer wieder konfrontiert ist, besteht in der Entscheidung für bestimmte Interventionsarten und deren zeitliche Planung. Wie in Kapitel 7 und 8 ausgeführt wird, haben sowohl verhaltensbezogene als auch kognitive Techniken in der kognitiven Therapie ihre besonderen Vorteile und speziellen

Anwendungsbereiche. Für den verlangsamten, in sich gekehrten Patienten mit geringer Aufmerksamkeitsspanne ist es sehr schwierig, introspektiv vorzugehen. Im Gegenteil, seine Versunkenheit und perseverierenden Vorstellungen könnten durch eine solche Vorgehensweise noch mehr verfestigt werden. Verhaltensbezogene Methoden wirken dagegen relativ gut gegen die Trägheit des Patienten und regen ihn zu konstruktivem Handeln an. Im Vergleich zu kognitiven Methoden ist schließlich der Erfolg, ein Verhaltensziel erreicht zu haben, eher geeignet, irrite Überzeugungen, wie „Ich bin unfähig irgendwas zu tun“, zu widerlegen.

Obwohl verhaltensbezogene Aufgaben geradezu dramatisch falsche Überzeugungen entkräften können, sind kognitive Techniken doch die beste Art der Intervention, um die Neigung des Patienten zu falschen Schlüssen hinsichtlich bestimmter Ereignisse zu korrigieren. Man stelle sich eine Patientin vor, die folgert, daß ihre Freunde sie nicht mehr mögen, weil sie in den letzten Tagen nicht angerufen haben. Diese Patientin müßte veranlaßt werden, bestimmte kognitive Fähigkeiten einzusetzen, z. B. den logischen Prozeß zu identifizieren, der zu dieser Schlußfolgerung führte, alle Beweise zu überprüfen und alternative Erklärungen zu überdenken. Eine verhaltensbezogene Aufgabe wäre zur Lösung eines kognitiven Problems dieser Art unangebracht.

Diese Grundsätze sind bei der Durchführung einer klar gegliederten Therapie von äußerster Wichtigkeit. Mit zunehmender Erfahrung kann der Therapeut im Verlauf des Gesprächs einen „Entscheidungsbaum“ verwenden. Anstatt Strategien nach dem Zufallsprinzip auszuwählen, wird er sich für die Technik entscheiden, die für das besondere Zielsymptom oder Problem am besten geeignet ist.

Eine Therapie besteht im allgemeinen aus 15 bis 25 Sitzungen in wöchentlichem Abstand. Der mittel bis schwer depressive Patient benötigt gewöhnlich zwei Gespräche wöchentlich über einen Zeitraum von mindestens vier bis fünf Wochen und danach über zehn bis fünfzehn Wochen ein Gespräch pro Woche. Im allgemeinen reduzieren wir gegen Ende der Therapie die Häufigkeit der Sitzungen auf einmal in 14 Tagen und empfehlen nach Beendigung der regulären Behandlung eine „Auffrischungstherapie“. Die Termine für diese Nachbehandlungen können mit regelmäßigem Turnus abgesprochen oder in das Belieben des Patienten gestellt werden. Nach unseren Erfahrungen kommt der durchschnittliche Patient zu drei oder vier „Auffrischungsbesuchen“ im Jahr nach Abschluß der eigentlichen Therapie zurück.

Das Neue an der kognitiven Therapie

Was ist neu an dieser Art der Psychotherapie? Die kognitive Therapie unterscheidet sich von der herkömmlichen Psychotherapie in zweierlei Hinsicht wesentlich: in der formalen Struktur der therapeutischen Gespräche und in der Art der Probleme, auf die man dabei eingeht.

„*Gemeinsames empirisches Vorgehen*“: Im Gegensatz zu eher traditionellen Psychotherapien, wie Psychoanalyse oder klientzentrierte Therapie, ist der Therapeut bei der Anwendung der kognitiven Therapie beständig aktiv und sucht die Interaktion mit dem Patienten. Der Therapeut strukturiert die Therapie nach einem besonderen Plan, der den Patienten zur Teilnahme und Mitarbeit anhält. Da der depressive Patient zu Beginn verwirrt, voreingenommen und zerstreut ist, hilft ihm der Therapeut, sein Denken und sein Verhalten zu organisieren, damit er mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig werden kann. Auch wenn die Mitarbeit des Patienten bei der Formulierung des Therapieplans in diesem Stadium durch seine Symptome erheblich beeinträchtigt ist, muß der Therapeut unter Einsatz all seines Scharfsinns und seiner ganzen, empathischen Findigkeit den Patienten dazu bewegen, sich an den verschiedenen therapeutischen Vorhaben *aktiv zu beteiligen*. Nach unseren Erfahrungen beeinflussen die klassischen psychoanalytischen Techniken, wie die freie Assoziation und die minimale Aktivität des Therapeuten, den *depressiven* Patienten negativ, weil sie ihn noch tiefer in den Sumpf seiner negativen Voreingenommenheiten sinken lassen.

Im Gegensatz zur psychoanalytischen Therapie ist die kognitive Therapie im wesentlichen auf „hier und jetzt“ – Probleme gerichtet. Kindheitserinnerungen wird wenig Beachtung gezollt, es sei denn daß sie der Klärung aktueller Beobachtungen dienen. Das Hauptinteresse richtet sich auf die Erforschung dessen, was der Patient während und zwischen den Therapiesitzungen denkt und fühlt. Wir liefern keine Interpretationen unbewußter Vorgänge. Der kognitive Therapeut arbeitet mit dem Patienten aktiv zusammen, um psychische Erlebnisse zu erkunden, Aktivitätstabellen zu erstellen und Hausaufgaben zu finden.

Die kognitive Therapie unterscheidet sich von der Verhaltenstherapie dadurch, daß sie größeren Wert auf innere (geistig – seelische) Erfahrungen, wie Gedanken, Gefühle, Wünsche, Tagträume und Einstellungen, legt. Die Gesamtstrategie der kognitiven Therapie kann von der anderer therapeutischer Richtungen unterschieden werden, weil sie die *empirische Erforschung* des automatischen Denkens des Patien-

ten, seiner Folgerungen, Schlüsse und Annahmen betont. Wir formulieren die irrgen Ideen und Überzeugungen des Patienten über sich selbst, seine Erfahrungen und seine Zukunft in Form von Hypothesen und versuchen dann, die Gültigkeit dieser Hypothesen systematisch zu testen. So kann fast jede Erfahrung Anlaß zu einem Experiment sein, das für die negative Sicht des Patienten oder für seine Überzeugungen von Bedeutung ist. Wenn der Patient z. B. glaubt, daß jeder, den er trifft, sich von ihm mit Verachtung abwendet, helfen wir ihm, ein System zur Beurteilung der Reaktionen anderer Menschen zu erstellen, und motivieren ihn, den Gesichtsausdruck und die Körperbewegungen anderer objektiv zu bewerten. Wenn der Patient meint, er sei nicht imstande, einfache hygienische Maßnahmen durchzuführen, so könnte man gemeinsam eine Checkliste oder ein Diagramm entwerfen, um das Ausmaß des Erfolgs bei der Ausführung dieser Tätigkeiten zu registrieren.

Kognitive Modelle: Historische Perspektive

Die allgemeinen Grundannahmen der kognitiven Therapie lauten:

1. Wahrnehmen und Erfahren sind im allgemeinen *aktive* Prozesse, die sich auf äußere und innere Gegebenheiten beziehen.
2. Die Kognitionen des Patienten stellen eine Synthese innerer und äußerer Stimuli dar.
3. Wie jemand eine Situation einschätzt, wird im allgemeinen aus seinen Kognitionen (Gedanken und visuellen Eindrücken) ersichtlich.
4. Diese Kognitionen bilden den „Bewußtseinsstrom“ des Menschen oder das phänomenale Feld, das die Auffassung des Menschen von sich selbst, seiner Welt, seiner Vergangenheit und Zukunft widerspiegelt.
5. Inhaltliche Veränderungen der grundlegenden kognitiven Struktur eines Menschen beeinflussen seinen Gefühlszustand und seine Verhaltensmuster.
6. Im Verlauf einer psychologischen Therapie kann sich ein Patient seiner kognitiven Störungen bewußt werden.
7. Die Korrektur dieser falschen, dysfunktionalen Konstrukte führt zu klinischer Besserung.