

Verhaltenstherapeutische Therapiensätze bei Depressionen

Vortrag am 18.01.2003 vor der NGaT in der Curtiusklinik, Bad Malente-Gremsmühlen.

Dr. med. Dipl. Psych. A. Kernbichler, Heiligenhafen

Die Verhaltenstherapeuten haben sich der Behandlung depressiver Zustände als einem komplexen Symptomcluster erst vergleichsweise spät zugewendet, obwohl die lerntheoretischen Erklärungsansätze schon früh entwickelt wurden. Schon seit Watson war klar, daß Gefühle und Stimmungen als zusammengesetztes Verhalten auf emotionaler, kognitiver, motorischer und vegetativer Ebene prinzipiell konditioniert und dekontioniert werden können. Speziell für die Depression wurden plausible und zum Teil experimentell belegbare Entstehungstheorien formuliert, wie die Konzepte des Verstärkerverlustes oder der gelernten Hilflosigkeit (Seligman). So hatte man gefunden, daß eine zu geringe Quote verhaltenskontingenter positiver Verstärkung depressives Verhalten auslöst und aufrechterhält. Die dadurch bedingte Einschränkung des Verhaltensrepertoires verringert im Sinne einer negativen Spirale den Umfang erreichbarer Verstärker weiter. Zusätzlich wirken kurzfristig wirksame Hilfsangebote, Sympathie und Anteilnahme ungewollt aufrechterhaltend auf das depressive Verhalten. Aktivitätseinschränkung, Flucht und Vermeidungsverhalten, wie sie für Depressive typisch sind, wirken längerfristig immer wieder negativ verstärkend.

Das Konzept der gelernten Hilflosigkeit von Seligman kann mit einem Experiment verdeutlicht werden, in dem Versuchstiere wiederholt aversiven Reizen ausgesetzt werden, ohne diesen entkommen zu können. Das Ergebnis ist Apathie und Stupor, die man mit der menschlichen Antriebslähmung des Depressiven verglichen hat.

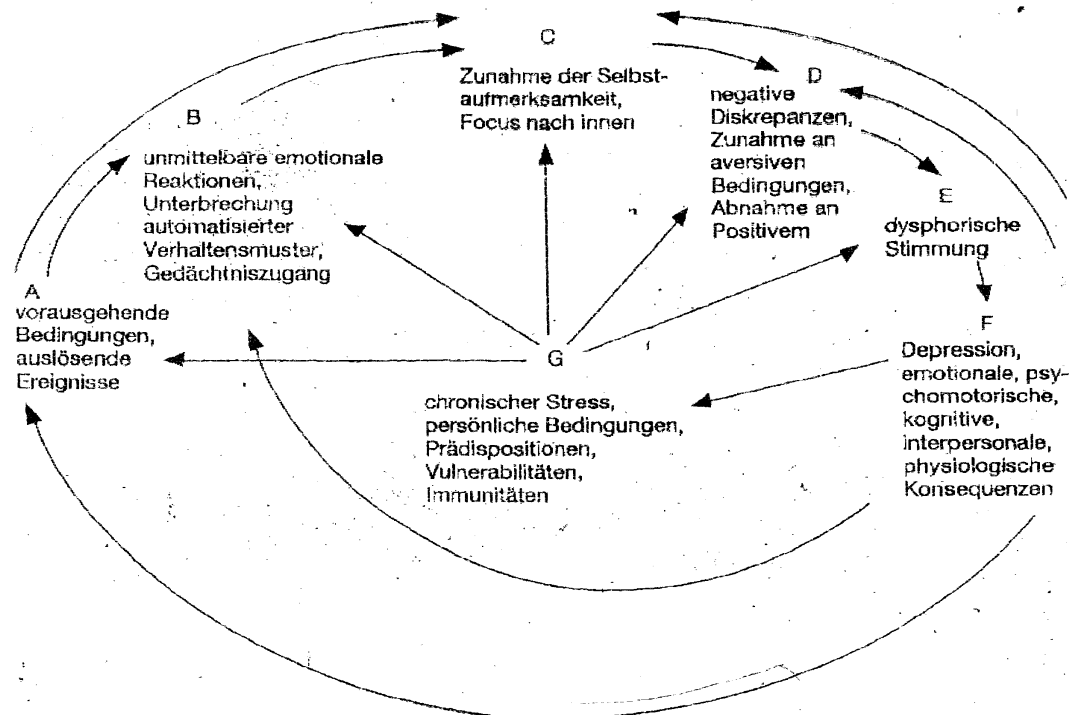
Aus diesem verstärkungstheoretischen Ansatz ergeben sich die Therapieziele einer Förderung angenehmer Aktivitäten und eines Aufbaus sozialer Kompetenz.

Eine wesentliche Förderung erfuhren verhaltenstherapeutische Depressionsbehandlungen aber erst in den 70er Jahren durch die zunehmende Entwicklung kognitionspsychologischer Ansätze (Ellis, Beck, Meichenbaum u. a.). Die Grundlage einer Depression wurde zunehmend in einer kognitiven Störung gesehen, wobei ein weiter Kognitionsbegriff Verwendung fand, der von der Sinnesempfindung über die Interpretation und Bewertung einer Wahrnehmung und ihre emotionale Folge bis zur Handlungsplanung und -entscheidung reicht (ABCDE-Schema von Ellis). Insbesondere Beck hat das Denken

Depressiver als einseitig, willkürlich, selektiv und übertrieben negativ beschrieben. Darüber hinaus hat er kognitive Schemata und Grundannahmen im Denken Depressiver identifiziert, die er als negative Triade beschreibt, womit eine absolut pessimistische Betrachtung der eigenen Person, der Welt und der Zukunft gemeint ist.

Auslöser für diese dysfunktionalen Kognitionen, Schemata und Grundannahmen sind danach negative Erfahrungen, Verluste und die scheinbare Unmöglichkeit der Kontrolle und sozialisationsbedingte Lernerfahrungen. Sie werden durch belastende Situationen aktiviert und können im übrigen auch längere Zeit latent bleiben ("schlafen"). Nach ihrer Auslösung sind die Abläufe dann oft beharrlich und andauernd.

Das heute in der Verhaltenstherapie gültige Modell ist ein sich gegenseitig aufschaukelndes Ineinandergreifen von verstärkungstheoretischem und kognitionspsychologischem Ansatz. (Folie heuristisches Modell von Hautzinger).



Wenn sich auch als Zentrum der Depressionstherapie die kognitive Umstrukturierung immer mehr etabliert hat, darf doch nicht vergessen werden, daß grundsätzlich die Verhaltenstherapie depressiver Patienten multimodal im Sinne einer Breitspektrumbehandlung sein muss, die aufgrund der jeweils unterschiedlichen Verhaltensanalysen eine individuelle Kombination verschiedener Techniken ist, die entweder parallel oder sequentiell durchgeführt werden (Folie Zielke).

Die Verhaltenstherapie der Depression ist prinzipiell sowohl ambulant als auch stationär und sowohl in der Form der Einzeltherapie als auch der Gruppenbehandlung möglich. Das Setting und die Bausteinkombination müssen dabei dem Patienten angepasst sein und nicht umgekehrt.

**Behandlungsbausteine und -ziele der stationären
Verhaltenstherapie bei Depressionen (n. Zielke)
Bausteine**

1. Umgang mit Medikamenten und Alkohol
2. Förderung des Aktivitätsniveaus und Aufbau positiver Aktivitäten
3. Veränderung von Kognitionen
4. Verbesserung sozialer Fertigkeiten - allgemeines Sozialverhalten - partnerschaftliches Sozialverhalten
5. Umgang mit körperlichen Erkrankungen und Bezug zur Depression
6. Behandlung von körperlichen Erkrankungen
7. Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit, der Körperwahrnehmung und der Beweglichkeit
8. Sozialmedizinische Maßnahmen, Beurteilungen und Prognosen
9. Rückfallprophylaxe

Unerlässlich ist bei jedem Patienten konkrete Information über den Umgang mit Medikamenten und Alkohol, der oft als Scheinmedikament eingesetzt wird. Die Anhebung des Aktivitätsniveaus muss dem jeweiligen Krankheitszustand angepasst sein und darf nicht ziellos geschehen. Hilfreich sind Verstärkerlisten, die der Patient mit Assistenz oder auf der Basis von Fragebögen selbst erstellt, die Aufstellung von Wochenplänen, eine gestufte Steigerung und ergänzend eventuell die sogenannte "Schule des Genusses" (Koppenhöfer).

Die Verbesserung des Sozialverhaltens kann zwar in der Gruppe mit Vorteil geübt werden, aber auch in der Einzelbehandlung ist durch Rollenspiel mit Rollentausch, Einbeziehung von Partnern und Hausaufgaben ein systematisches Vorgehen möglich.

Dass die Behandlung von körperlichen Erkrankungen und der Umgang mit ihnen nicht vernachlässigt werden darf, ist selbstverständlich.

Als wichtiges Behandlungselement haben sich Entspannungstraining, Bewegungsübungen und insbesondere gestufte Sportmaßnahmen erwiesen, da körperliche Belastbarkeit, Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Beweglichkeit ein wirksames Anti-depressivum sind.

Die soziale Situation des Patienten bedarf eventuell gezielter Hilfestellungen des Therapeuten, insbesondere bei Arbeitsanbahnungen oder auch bei der Abwicklung von Renten- oder Gerichtsverfahren.

Die kognitive Verhaltenstherapie im engeren Sinne besteht neben der Überwindung der Inaktivität bzw. der einseitigen belastenden Aktivität und einer Verbesserung des Interaktionsverhaltens sowie der sozialen Kontaktstruktur insbesondere in einem Erkennen, Überprüfen und Korrigieren dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen sowie in einem Aufbau eines Bewältigungs- und Problemlöserepertoires für zukünftige Krisen im Sinne einer Rückfallprophylaxe.

Der kognitive Verhaltenstherapeut muss aufgrund seiner Ausbildung und Persönlichkeit in der Lage sein, die Grundvariablen des Therapeutenverhaltens wie Echtheit, Empathie, Wärme, Kompetenz und professionell entspanntes Verhalten zu verwirklichen. Wichtig ist es, dem Patienten frühzeitig zu vermitteln, daß beide in guter Kooperation mit forschender Grundhaltung die Lösung bestimmter Probleme suchen. Übungen, Hausaufgaben und konkrete Schritte in der Realität sind ein unerlässliches Element der Behandlung und bedürfen sorgfältiger verstärkender Rückmeldungen durch den Therapeuten.

Bei der kognitiven Umstrukturierung bedient sich der Therapeut einer konsequenten, interessierten Fragehaltung im Sinne eines sokratischen Dialogs (Meeutik). Es handelt sich um gelenkte, offene Fragen, die den Patienten selbst dazu bringen, kognitive Dissonanz zwischen Überzeugung und Erfahrung zu erkennen. Auf diese Weise wird die Eigenaktivität des Patienten angeregt und seine Konzentration und Aufmerksamkeit gefördert. Er ist auf diese Weise eher bereit, alternative Sichtweisen und Lösungswege zu entwickeln, zu prüfen, zu erproben und einzuüben.

Besonders in Krisen und bei Suizidalität sind Suizidpakte, beruhigende Versicherungen und kurzfristige Vorgaben erforderlich.

Das depressive Denken, von Beck auch primitives Denken genannt wegen seiner Ähnlichkeit mit manchen kindlichen Kognitionsmustern, erweist sich bei den meisten Patienten als eindimensional, global, absolutistisch, invariant irreversibel bewertend und kategorial. Dem gegenüber bezeichnet Beck das nichtdepressive, reife Denken als mehrdimensional, nicht wertend, relativierend, variabel, reversibel, spezifisch und konkret.

Die dysfunktionalen Wahrnehmungs- und Denkverzerrungen lassen sich einteilen in Übergeneralisierungen, selektive Abstraktionen, Personalisierungen, dichotomes Denken, "Solltetyranneien", emotionales Begründen sowie Magnifizieren des Negativen.

Zur Vorbereitung der kognitiven Umstrukturierung benötigt der Patient Informationen über Kognitionen und ihre Rolle für emotionales Erleben und Verhalten.

Um seine Aufmerksamkeit für diese als automatisch empfundenen Abläufe zu trainieren, bedient man sich in der Regel eines vom Patienten geführten Protokolls in der sogenannten "Spaltentechnik". Zum Aufbau beginnt man mit zwei oder drei Spalten und steigert erst dann auf vier oder fünf. Dadurch wird dem Patienten diese neue Art des Umgangs mit Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen in angemessenen Stufen ermöglicht (Beispiel: Linden und Hautzinger).

Situation Auslöser	Gefühl (Stärke)	Automatische Gedanken	Realistischere Gedanken	Ergebnis
Sonntag, schon 11 Uhr und noch immer im Bett. Kraftlos	Erschöpft, einsam, depressiv, mies (90)	Habe keine Lust was zu tun. Habe nicht die Kraft. Nichts macht mir Freude. Alle anderen sind längst auf und vergnügen sich. Ich schaff' das nie. Ich Versager.	Das kommt daher, weil ich nichts tue. Natürlich habe ich Kraft, ich bin doch nicht behindert. Nur das Nichtstun macht mich depressiv. Ich habe Freude an den Dingen, wenn ich erst einmal anfangen. Was gehen mich die Anderen an. Ich bin kein Versager, nur weil ich durchhänge und krank bin. Nur der Anfang ist schwer. Los jetzt.	Verspüre Erleichterung. Stand auf und duschte mich. Nur noch 30- 40 mieses Gefühl.

Die zutage geförderten automatischen Gedanken, Schemata und Grundüberzeugungen werden im Rahmen des gelenkten Fragestils verändert durch verschiedene kognitive Techniken, wie beispielsweise Überprüfung und Realitätstesten, Experimentieren, Reattribuieren, kognitives Neubenennen, Alternativen Finden, Rollentausch, Kriterien Prüfen, Entkatastrophisieren, Vorteil-/Nachteilbilanzierung u. a. Dabei muss der Therapeut wissen, daß der Änderungsprozess langsam und diskontinuierlich vor sich geht, daß Wiederholungen und Übungen im Rahmen von Hausaufgaben erforderlich sind, bevor die neuen automatischen Gedanken bzw. Grundüberzeugungen etabliert sind (Bild vom Aushämmern und Schwungrad).

Gegen Ende der Therapie wird der Schwerpunkt auf die Rückfallprophylaxe gelegt, indem mögliche Krisen und Belastungen mit den neuerarbeiteten Handlungsmöglichkeiten auf kognitiver und behavioraler Ebene durchgearbeitet werden. Dies muss individuell geschehen und die zu erwartende Lebenswelt des Patienten konkret berücksichtigen

Die Wirksamkeit der geschilderten Behandlungsansätze, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapien ist durch zahlreiche Studien belegt. Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden gemäß ICD 10 ist der Effekt den trizyklischen Antidepressiva zumindest ebenbürtig. Die Abbruchquote ist geringer, die Dauerhaftigkeit des Erfolgs ist katamnestic besser. Bei schweren Episoden bzw. Majordepressionen mit Melancholie und Vitalsymptomatik, also der endogenen Depression alter Nomenklatur, wird selbstverständlich nicht auf antidepressive Medikation verzichtet. Die Hinzufügung kognitiver Verhaltenstherapie zeigt keine Verbesserung im Vergleich zu antidepressiver Medikation allein, aber wiederum eine Verringerung der Abbruchquote und eine deutlich bessere Situation hinsichtlich depressiver Symptomatik in der Einjahreskatamnese.

Für verhaltenstherapeutische Behandlung ohne Medikation bei endogenen Depressionen fehlen kontrollierte Studien.

Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Kernbichler
Facharzt für Psychiatrie,
Neurologie und Rechtsmedizin
Psychotherapie
Ärztlicher Direktor der Fachklinik Heiligenhafen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie,
Neurologie und Rehabilitation
Friedrich-Ebert-Str. 100
23774 Heiligenhafen