

Hoyer • Vogel

# Verhaltensaktivierung

## Techniken der Verhaltenstherapie



E-BOOK INSIDE +  
ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

# 1 Verhaltensaktivierung: Einführung in die Methode

Was brauchen depressive Patienten am meisten? Helfen ihnen komplexe, anspruchsvolle Methoden besser oder solche mit einem einfachen, klar verständlichen Rational und einfachen, klar definierten Schritten?

Die Einfachheit in der Zielsetzung und im Vorgehen ist eine große Stärke der Verhaltensaktivierung. Sie ist nicht nur für Patienten, sondern auch für Therapeuten leicht vermittelbar und lernbar (Richards et al., 2016). Zudem setzt sie direkt an einigen der subjektiv als besonders belastend empfundenen symptomatischen Defiziten der Depression an: sozialer Rückzug, Interessenverlust, Inaktivität, Anhedonie. Eine Reduktion dieser Symptome ist die Voraussetzung für die psychotherapeutische Bearbeitung weiterer mit der Depression assoziierter Probleme. Für viele Depressionsexperten ist deshalb die Verhaltensaktivierung nicht nur der erste, sondern auch der wichtigste Schritt in der Depressionsbehandlung.

**Einordnung.** Verhaltensaktivierung ist eine klassische verhaltenstherapeutische Methode. Auch in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) nach Beck – über Jahrzehnte die Methode der Wahl in der psychotherapeutischen Behandlung der Depression – spielt sie eine zentrale Rolle: Sie ist neben der kognitiven Umstrukturierung die zweite Säule der KVT der Depression, zumal zwischen Handeln und Fühlen und Gedanken ein enger Zusammenhang besteht (vgl. z. B. Hautzinger, 2013).



Verhaltensaktivierung ist *die* Methode, um depressive Patienten wieder zu motivieren.

Sie ist aber zunächst eine *behaviorale* Methode, was Missverständnisse mit sich bringen könnte. Behaviorale Methode bedeutet, dass auf hypothetische Konstrukte und komplexe psychologische Theorien zur Erklärung eines bestimmten Verhaltens (hier zum Beispiel die Inaktivität und der soziale Rückzug), so gut wie vollständig verzichtet wird. Stattdessen bilden lediglich der Kontext bzw. die Antezedenzbedingungen, in dem ein bestimmtes Verhalten gezeigt wird, das Verhalten selbst und die auf das Verhalten folgenden Konsequenzen den Fokus der Betrachtung (Farmer & Chapman, 2008). Bei der Analyse der Antezedenzbedingungen oder Konsequenzen steht das beobachtbare Verhalten der Person im Vordergrund. Als »beobachtbares Verhalten« wird dabei das Erleben und Verhalten der Person definiert, sofern es zumindest für die Person selbst beobachtbar ist; es schließt also physiologische, emotionale und kognitive Verhaltensparameter genauso ein wie offen gezeigtes Verhalten. Auf Bewertungen des Verhaltens im Sinne einer Norm wird gänzlich verzichtet.

Für die Behandlung der Depression folgt daraus: Es gilt die Bedingungen und Konsequenzen zu identifizieren und zu verändern, die das depressive Verhalten

auslösen und verfestigen. Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Anhedonie lassen sich verändern, indem depressives Verhalten Schritt für Schritt durch potenziell belohnende Aktivitäten ersetzt wird.

## Übersicht

### Behaviorale Prinzipien in der Behandlung der Depression

- ▶ Auf Annahmen über mögliche Defekte oder Defizite (er oder sie »hat«...) wird verzichtet.
- ▶ Zur Erklärung problematischen depressiven Verhaltens werden funktionale Bedingungsanalysen herangezogen, in denen die der depressiven Stimmung vorausgehenden Bedingungen und die ihr folgenden Konsequenzen festgestellt werden.
- ▶ Es gilt insbesondere diejenigen *Verhaltensmuster* zu identifizieren, die einer Verschlechterung der Stimmung vorausgehen.
- ▶ Kleine Verhaltensänderungen werden vereinbart und die darauf im Hinblick auf die Stimmung folgenden Veränderungen werden protokolliert.
- ▶ Vermeidungsverhalten, das mit der Aufrechterhaltung depressiver Stimmung assoziiert ist, oder das die Realisierung wichtiger Lebensziele blockiert, wird identifiziert.
- ▶ Patienten werden dazu ermutigt und dabei unterstützt, wieder aktive Schritte in Richtung dieser Ziele und Werte zu unternehmen.

In Lehrbüchern und in der Therapieforschung zur KVT der Depression kam die Verhaltensaktivierung, möglicherweise weil die (klassische) Verhaltenstherapie zu stark negativ konnotiert war (mit »Rattenexperimenten« und dem überzogenen Anspruch, menschliches Verhalten vorhersagen und antrainieren zu können), jahrzehntelang über ein Schattendasein nicht hinaus. Die kognitive Umstrukturierung galt gewissermaßen als »Königsdisziplin« für den versierten Therapeuten, mit einer Vielzahl von Techniken und Methoden, die den Prozess der kognitiven Umstrukturierung zu fördern vermögen und so Bewältigungskompetenzen stärken (vgl. z. B. Hautzinger, 2013; Hautzinger & Pössel, 2017; Mühlig & Poldrack, in Druck). Aus heutiger Sicht ist die starke Betonung der kognitiven Umstrukturierung bei der Depression ein Missverständnis. Empirische Studien sprechen dafür, dass Verhaltensaktivierung mindestens so wirksam ist wie die kognitive Umstrukturierung, dass sie dabei aber Patienten mit schwereren Depressionssymptomen sogar besser erreicht (Dimidjian et al., 2006), effizienter eingesetzt und vermittelt werden kann (Richards et al., 2016) und außerdem ohne wesentliche Effektivitätseinbußen auch im Gruppenformat vermittelbar ist (Lochmann & Hoyer, 2013). Sie gibt zudem dem Patienten die Chance, die Zahl potenzieller Verstärker im Leben zu erhöhen, was auch präventive Effekte einschließt (Hautzinger, 2013). Gerade ein verbesserter Zugang zu Verstärkern auch bei der Reduktion der Rückfallwahrscheinlichkeit im Bereich der Depression von zentraler Bedeutung (vgl. zum Beispiel die Well-being-Therapy von

Fava, 2016, oder andere Rückfallpräventionsprogramme wie das von Risch, Stangier, Heidenreich, & Hautzinger, 2012).

Entscheidend bei der Verhaltensaktivierung ist allerdings, nicht einfach ein »Mehr an allem« anzubieten, sondern die Aktivitätenplanung in die Ziele und Wertvorstellungen einer Person einzubetten. So erscheint es zunächst nicht intuitiv, wenn eine depressive Mutter zweier Kinder sich neben allen anderen Belastungen und Beanspruchungen vornimmt, am Wochenende das Kinderzimmer neu zu streichen. Hat die Person allerdings die Wertvorstellung, dass sie eine gute Mutter sein möchte, die sich um die Instandhaltung des Haushalts kümmert, und ist dies der Person wichtig, kann diese Tätigkeit sich für sie als ausgesprochen antidepressiv erweisen. Es geht genauso um sinnvolle, wie um freudvolle Aktivitäten. Neuere reformulierte Konzeptionen der Verhaltensaktivierung (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010) beziehen deshalb die Ziel- und Wertvorstellungen in die Techniken der Verhaltensaktivierung ausdrücklich mit ein. Dadurch erhielt die Methode in den letzten zwei Jahrzehnten vermehrt Aufmerksamkeit und Akzeptanz bei praktizierenden Therapeuten.

Diese »Wiederentdeckung« der Verhaltensaktivierung als einem zentralen Interventionsbaustein der Verhaltenstherapie hat zuletzt auch zahlreiche Studien angestoßen, in denen die Methode nicht mehr nur bei unipolaren Depressionen, sondern bei anderen Zielpopulationen eingesetzt wurde (z. B. bei gemischten Angst- und depressiven Störungen, bei Älteren, bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen und anderen mehr, s. Abschn. 2.2). Zugleich wurden neue Varianten erprobt, mit denen die Wirksamkeit der Methode potenziell erhöht werden kann (z. B. Renner, Ji, Pictet, Holmes, & Blackwell, 2017). Im Folgenden werden die theoretischen und grundlagenwissenschaftlichen Wurzeln des Verfahrens dargestellt, um anschließend den »State of the art« abzuleiten und im Hauptteil des Buches wesentliche Komponenten praxisnah vorzustellen.

## 1.1 Hintergrund: das Verstärker-Verlust-Modell nach Lewinsohn (1974)

Der therapeutische Ansatz der Verhaltensaktivierung ergibt sich aus dem 1974 von Peter M. Lewinsohn postulierten behavioralen Erklärungsmodell der Depression (Lewinsohn, 1974). Im deutschen Sprachraum wird sein lernpsychologisch-verstärkungstheoretisches Modell zumeist unter dem Begriff »Verstärker-Verlust-Theorie« der Depression beschrieben (vgl. Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Hautzinger, 2013). Lewinsohn prägte den Begriff der verhaltenskontingenten positiven Umweltverstärkung und bezeichnete hiermit eine positive Verstärkung (positive Reaktion) der Umwelt, welche direkt auf das Verhalten einer Person erfolgt bzw. durch das Verhalten einer Person hervorgerufen wird. Zum Beispiel wird das Verhalten, eine vorbeigehende Person anzulächeln, durch deren freundliches Zurücklächeln positiv verstärkt. In diesem Fall wird das Verhalten, eine vorbeigehende Person anzulächeln, nach

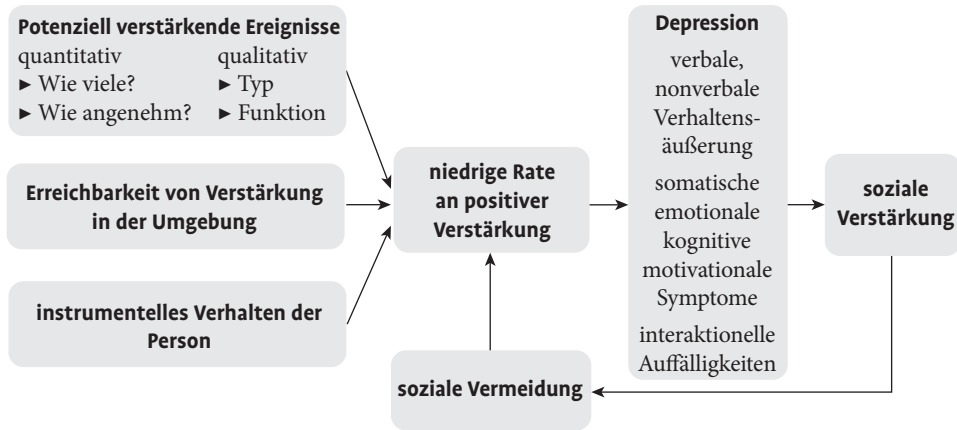
den Prinzipien der operanten Konditionierung, mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit wieder gezeigt, da dem Verhalten eine positive Konsequenz folgte.

Lewinsohns initiales Depressionsmodell entstand aus der klinischen Beobachtung heraus, dass depressive Patienten sowohl eine allgemein geringe Verhaltensrate, als auch eine geringe Rate verhaltenskontingenter positiver Umweltverstärkung (insbesondere im sozialen Kontakt) aufweisen. Basierend auf dieser beobachteten Assoziation zwischen einer niedrigen Rate verhaltenskontingenter positiver Umweltverstärkung und depressiven Symptomen, schlussfolgerte er, dass ein Mangel oder eine Reduktion verhaltenskontingenter positiver Umweltverstärkung eine hinreichende Bedingung für die Entwicklung depressiver Symptome darstellt. Darüber hinaus formulierte er auch Annahmen über mögliche Konstellationen des Zustandekommens einer niedrigen Rate positiver Umweltverstärkung: Diese setzen sich zusammen aus einer generell niedrigen Verstärkerrate in der Umwelt, einer schlechteren Erreichbarkeit dieser Verstärker und aus einem typischen instrumentellem Verhalten depressiver Personen, das das Erreichen von Verstärkern häufig erschwert.



Die Grundüberlegung des Verstärker-Verlust-Modells ist: Wenn Menschen weniger Verstärkung erleben, liegt das daran, dass sie *selbst* sich (z. B. nach einem Verlusterlebnis) anders verhalten.

Weiterhin führt Lewinsohn den Spezialfall an, dass die Entwicklung depressiver Symptome und insbesondere ihr Ausdruck gegenüber anderen (z. B. Niedergeschlagenheit, Klagen etc.) zunächst häufig zu einer positiven Verstärkung durch die Umwelt führt (z. B. Anteilnahme, Hilfsangebote etc.). Diese positive Verstärkung wird als zusätzliche aufrechterhaltende Bedingung des depressiven Verhaltens betrachtet. Langfristig besteht jedoch eine zunehmende Wahrscheinlichkeit, dass sich die anfangs gezeigte soziale Unterstützung der Umwelt reduziert oder gar in eine soziale Vermeidung der betroffenen Person umschlägt. Für einen solchen Prozess kommen vielfältige Gründe infrage, angefangen bei der Frustration der Umwelt über angebotene und nicht wahrgenommene Hilfsangebote bis hin zu der einfachen Tatsache, dass das Zusammensein mit einer depressiven Person auf die Dauer als eher unangenehm erlebt werden kann. Für den depressiven Patienten geht ein solcher Verlauf mit einem weiteren Verlust von potenziellen Verstärkern einher, was wiederum zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik führt. Eine grafische Darstellung des verstärkungstheoretischen Depressionsmodells nach Lewinsohn (1974) findet sich in Abbildung 1.



**Abbildung 1.1** Verstärkungstheoretisches Modell nach Lewinsohn (1974), adaptiert nach Hautzinger (2003)

### 1.1.1 Empirische Evidenz zum Verstärker-Verlust-Modell

**Evidenz.** Zur empirischen Überprüfung der Verstärker-Verlust-Theorie liegen zahlreiche Studien vor, deren Ergebnisse hier exemplarisch dargestellt werden sollen.

Erste Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen positiver Verstärkung und Depression führten Lewinsohn und Libet (1972) durch. Die Stichprobe wurde innerhalb der Untersuchung (ähnlich wie in vielen nachfolgenden Studien), anhand verschiedener Fragebögen und eines semistrukturierten klinischen Interviews in drei diagnostische Subgruppen unterteilt: Die erste Gruppe stellten depressive Personen (Primärdiagnose Depression), die zweite psychiatrische Kontrollpersonen (Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, jedoch nicht primär depressiv) und die dritte gesunde Kontrollpersonen.

Das weitere Vorgehen in der genannten Studie kann folgendermaßen beschrieben werden: Zur Erstellung individueller Aktivitätspläne wurde zuerst eine Baseline Erhebung mit der Pleasant Event Schedule (PES; MacPhillamy & Lewinsohn, 1982) durchgeführt, ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der im Alltag erlebten positiven Verstärkung. Das PES ist als eine 320 Items lange Liste angenehmer Aktivitäten konzipiert, für die einzeln eingeschätzt werden soll, wie häufig ein angenehmes Erlebnis (bezogen auf den vergangenen Monat) aufgetreten ist und als wie angenehm dieses erlebt wurde. Damit erlaubt das PES nicht nur eine Schätzung der Frequenz (Quantität) und des subjektiv empfundenen Behagens (Qualität) angenehmer Erlebnisse, sondern auch eine Schätzung der tatsächlich erlebten positiven Verstärkung (berechnet als das Produkt aus Quantität und Qualität angenehmer Erlebnisse). Die 160 PES-Items, die von der entsprechenden Person als am angenehmsten/freudvollsten bewertet wurden, bildeten den Ausgangspunkt für die Erstellung individueller Aktivitätspläne. Die Teilnehmer wurden dann gebeten, täglich (für 30 konsekutive Tage), sowohl einen Fra-

gebogen zur Erfassung der depressiven Symptomatik auszufüllen, als auch anzugeben, welche Aktivitäten des Aktivitätsplans durchgeführt wurden.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten weist auf eine signifikant negative Assoziation zwischen der Anzahl durchgeführter angenehmer Aktivitäten und depressiver Symptome hin. Dieses Ergebnis gilt über alle diagnostischen Subgruppen hinweg, jedoch konnten auch große interindividuelle Unterschiede im Ausmaß der berichteten Assoziation gefunden werden. Hinweise auf die kausale Richtung des Zusammenhangs zwischen Depression und Aktivität konnten nicht gefunden werden, der Vergleich zeitlich versetzter Assoziation (depressive Symptomatik -1 oder -2 Tage bzw. +1 oder +2 Tage) ergab keinen signifikanten Unterschied in der Größe der Assoziation.

Eine methodisch ähnliche Studie führten Lewinsohn und Graf (1973) durch. Dabei konnte ein signifikant höherer negativer Zusammenhang zwischen angenehmen Aktivitäten und depressiven Symptomen in der Gruppe der Depressiven im Vergleich zur psychiatrischen und gesunden Kontrollgruppe gefunden werden. Auch konnte gezeigt werden, dass bestimmte Aktivitäten in einem höheren Maß (negativ) mit depressiven Symptomen korrelieren als andere. Hierzu zählen insbesondere Aktivitäten mit Sozialkontakten (z. B. das Zusammensein mit einer geliebten Person), Aktivitäten, die als inkompatibel mit depressiven Affekten erscheinen (z. B. in der Sonne zu sitzen) sowie »ego-supportive« Aktivitäten, bei denen Gefühle von Kompetenz und Unabhängigkeit erlebt werden (z. B. eine Aufgabe zufriedenstellend zu lösen). Aktivitäten wie vermehrtes Arbeiten oder Fernsehen schützen hingegen weniger vor Depression.

Depressive Personen zeigten des Weiteren eine signifikant geringere Rate angenehmer Aktivitäten im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen. Diese konnte sowohl durch eine reduzierte Diversität (Bandbreite) angenehmer Aktivitäten, als auch durch mangelnde Wiederholungen angenehmer Aktivitäten erklärt werden. Zwischen der Vielfalt angenehmer Aktivitäten und der Wiederholung solcher konnte ein substanzieller positiver Zusammenhang gezeigt werden.

Der Befund, dass depressive Personen sowohl eine geringere Aktivitätsrate und eine damit verbundene geringere Rate positiver Verstärkung erleben als auch eine eingeschränkte Bandbreite angenehmer Aktivitäten aufweisen, konnte in einer weiteren Studie von MacPhillamy und Lewinsohn (1974) repliziert werden. Darüber hinaus konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass depressive Personen weniger Freude/Behagen bei angenehmen Aktivitäten/Erlebnissen bzw. an vorhandenen Verstärkern erleben. Weitere Hinweise, welche die Annahmen der Verstärker-Verlust-Theorie stützen, stammen aus zahlreichen Untersuchungen, in denen gezeigt werden konnte, dass therapeutische Interventionen, die den Aufbau angenehmer Aktivitäten (positiver Verstärkung) forcieren, zu einer deutlichen Reduktion depressiver Symptome beitragen können (Barrera, 1979).



Zahlreiche Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten mit Depression, wie im Verstärker-Verlust-Modell von Lewinsohn postuliert, eine geringere Aktivitätsrate als gesunde Kontrollpersonen aufweisen und damit auch eine geringere Rate positiver Verstärker im Alltag.

Trotz weniger explizit formulierter Annahmen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen depressiven Symptomen und aversiven Ereignissen/Aktivitäten in der ersten Formulierung der Verstärker-Verlust-Theorie liegen diesbezüglich zahlreiche aussagekräftige Untersuchungen vor. So untersuchten Lewinsohn und Talkington (1979) im Rahmen der Evaluierung der analog zum PES entwickelten Unpleasant Events Scale (UES), eine Skala zur Erfassung unangenehmer bzw. aversiver Ereignisse und Aktivitäten, eine Stichprobe, aufgeteilt in zwei diagnostische Gruppen: gesunde und pathologisch leicht auffällige Kontrollpersonen. Alle Studienteilnehmer füllten (analog zu Studien mit dem PES) für einen Zeitraum von 30 konsekutiven Tagen, sowohl einen Fragebogen zur Erfassung depressiver Symptome als auch eine aus der UES individuell abgeleitete Liste mit aversiven Ereignissen aus. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass depressive Patienten im Vergleich zu beiden Kontrollgruppen, nur eine marginal höhere Frequenz aversiver Ereignisse erleben. Signifikante Unterschiede ergaben sich jedoch bei der Bewertung negativer Ereignisse. Diese wurden von depressiven Patienten als signifikant negativer bzw. aversiver eingeschätzt, wobei schwer depressive Patienten signifikant mehr erlebte Aversion berichteten, als depressive Patienten mit einem leichteren Schweregrad der Erkrankung. Ein positiver Zusammenhang zwischen dem berechneten Produkt aus erlebter Häufigkeit und empfundener Aversion negativer Ereignisse und depressiven Symptomen konnte sowohl für depressive Patienten, als auch in beiden Kontrollgruppen gefunden werden.

Grosscup und Lewinsohn (1980) konnten anhand einer Untersuchung mit depressiven Patienten den Befund eines signifikant positiven Zusammenhangs zwischen der Rate erlebter negativer Ereignisse und depressiver Symptome replizieren. Allerdings ergaben sich in dieser Studie auch signifikante Zusammenhänge zwischen der bloßen Frequenz aversiver Ereignisse und depressiven Symptomen. Außerdem konnte, wenn auch nur auf korrelativer Basis, nachgewiesen werden, dass für die Population depressiver Patienten eine hohe Rate aversiver Ereignisse mit einer Reduktion von Freude und Behagen an angenehmen Ereignissen/Aktivitäten assoziiert ist. Alle Patienten erhielten nach der 30-tägigen Selbstbeobachtungsphase angenehmer (PES) und aversiver Ereignisse (UES) eine auf 12 Sitzungen begrenzte Einzelpsychotherapie mit dem therapeutischen Schwerpunkt, die individuelle Rate angenehmer Aktivitäten/Ereignisse zu erhöhen. Beim Vergleich der Therapie Prä- und Postdaten konnte durch einen Anstieg der Rate positiver Aktivitäten eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik verzeichnet werden. Darüber hinaus war die Abnahme der depressiven Symptomatik von einer Abnahme der empfundenen Aversion bei negativen Ereignissen begleitet. Es war also ausreichend, die Rate angenehmer Aktivitäten zu erhöhen, um die negativen Bewertungstendenzen zumindest teilweise zu verringern.

**Wirkung von positiver Umweltverstärkung und Interaktion.** Auch für die Annahme, dass depressive Personen besonders im interaktionalen Bereich einen Mangel an verhaltenskontingenter positiver Umweltverstärkung erleben bzw. ein defizitäres interaktionales Verhaltensrepertoire aufweisen, liegen wissenschaftliche Befunde vor. Besonders eindrücklich sind hier die Ergebnisse aus einer Beobachtungsstudie von Lewinsohn und



Shaffer (1971). In dieser Studie wurden Beobachtungen im häuslichen Umfeld depressiver Patienten, meist zum Zeitpunkt gemeinsamer Familienmahlzeiten, durchgeführt. Ziel der Beobachtungen war es, das Interaktionsverhalten depressiver Patienten und das ihrer Familienmitglieder auf Verhaltensmuster zu überprüfen, die zu einer geringen Rate positiver Verstärkung führen. Die Auswertung der mittels eines aufwendigen Codierungssystems erhobenen Daten ergab, dass eine Vielzahl von Verhaltensweisen und Interaktionsmustern zu einer geringen Rate positiver Verstärkung im Sozialkontakt beitragen können. Kritische Interaktionsmuster unterschieden sich dabei von Fall zu Fall sehr stark. So konnte in einigen Familien z. B. ein gänzlich Fehlen von Kommunikation festgestellt werden oder auch eine vorrangige Beschäftigung der einzelnen Familienmitglieder mit sich selbst (z. B. Zeitung lesen, Fernsehen). Auch eine thematisch beschränkte Bandbreite der Kommunikation führte in einigen Familien zu einer geringen Rate positiver Verstärkung des depressiven Familienmitglieds. So beschränkte sich der Inhalt der Kommunikation am Esstisch in einer Familie auf relativ bedeutungslose Themen (50% der Kommunikation handelten von der eingenommenen Mahlzeit), in einer anderen Familie kommunizierte das depressive Familienmitglied ausschließlich über psychische und somatische Probleme. Eine fehlende positive Verstärkung für Kommunikationsverhalten konnte sowohl aufseiten des depressiven Familienmitglieds als auch aufseiten der Familienangehörigen gefunden werden. In einer beobachteten Familie richtete die Ehefrau kaum Aufmerksamkeit auf ihren depressiven Ehepartner und kommunizierte nur auf eine sehr kritische und herablassende Weise mit ihm. Der depressive Ehepartner richtete hingegen die meiste seiner Aufmerksamkeit auf seine Ehefrau und blieb auch bei starker Kritik und Ablehnung zugewandt und freundlich und verstärkte somit unwillentlich das Kommunikationsverhalten seiner Ehefrau.



Häufig ist in einer Depression eine geringe Rate positiver Verstärkung im Sozialkontakt zu beobachten, welche mit individuell sehr unterschiedlichen Kommunikationsmustern zusammenhängen kann.

Libet und Lewinsohn (1973) untersuchten das Interaktionsverhalten depressiver Patienten innerhalb eines Gruppentherapie-settings. Dazu stellten sie eine Therapiegruppe aus depressiven und gesunden Personen und eine weitere Therapiegruppe aus depressiven, gesunden und anderweitig psychiatrisch auffälligen Patienten zusammen. Die Therapiegruppen wurden als Selbstexplorationsgruppen mit dem Thema »Interaktionsverhalten« konzipiert und jeweils von zwei Therapeuten geleitet. Die Autoren konnten nachweisen, dass depressive Patienten nur halb so viel selbst initiiertes Interaktionsverhalten, gemessen an beiden Vergleichsgruppen, zeigten. Darüber hinaus konnte ein hoher positiver Zusammenhang zwischen eigeninitiiertem Interaktionsverhalten und der auf die eigene Person gerichteten Interaktion anderer Gruppenteilnehmer gefunden werden. Für depressive Patienten wurde des Weiteren gezeigt, dass sie im Vergleich zu beiden Vergleichsgruppen signifikant weniger positive Reaktionen zeigten, bei gleicher Häufigkeit negativer Reaktionen in allen drei Gruppen. Die

Autoren schlussfolgerten, dass depressive Patienten positive Verstärkung in Interaktionen zurückhalten (Interaktionen ihres Gegenübers nicht positiv verstärken), jedoch nicht häufiger negative Reaktionen, im Sinne einer Bestrafung des Interaktionsverhaltens anderer, zeigen. Ausschließlich für männliche depressive Patienten konnte eine eingeschränkte Anzahl von Personen, mit denen sie innerhalb der Therapiegruppe interagierten, nachgewiesen werden. Die Reaktionslatenz (Zeitspanne zwischen Kommunikationsangebot einer Person und Reaktion der angesprochenen Person) depressiver Patienten erwies sich als signifikant länger, als in beiden Vergleichsgruppen. Dies kann ein Hemmnis für potenzielle positive Verstärkung in sozialen Interaktionen darstellen, sofern es die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sich die agierende Person auf einen Interaktionspartner mit kürzerer Reaktionslatenz konzentriert und ihre Aufmerksamkeit von der depressiven Person abwendet.

Youngren und Lewinsohn (1980) schlussfolgerten aus einer Untersuchung mit depressiven und anderweitig psychiatrisch auffälligen Patienten als auch einer gesunden Kontrollgruppe, dass sich Unterschiede im Sozialverhalten depressiver Patienten hauptsächlich im Bereich der Selbstauskunft, weniger jedoch in beobachtbaren Verhalten zeigten. Die Selbstauskunft depressiver Patienten lieferte Hinweise darauf, dass depressive Patienten im Vergleich zu beiden anderen Kontrollgruppen, signifikant weniger soziale Aktivitäten durchführen, sich während dieser weniger behaglich fühlen und sowohl weniger positive Verstärkung aus der sozialen Interaktion selbst, als auch aus dem Geben und Empfangen positiver Reaktionen erhalten. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass depressive Patienten weniger Interaktionen mit unbekanntem Personen initiieren, soziale Interaktionen mit Freunden schlechter aufrechterhalten können und im sozialen Kontakt weniger Wärme und Anteilnahme ausdrücken. Im Unterschied dazu berichteten depressive Patienten über eine erhöhte Rate ehelicher Auseinandersetzungen sowie eine höhere Frequenz negativer Gefühle bezogen auf eigens vermutete soziale Inkompetenzen. Abweichend von den Ergebnissen der Selbstauskunft, konnten während der direkten Beobachtung depressiver Patienten in einem Gruppentherapiesetting nur sehr subtile Unterschiede in Bezug auf interpersonale Defizite im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen gefunden werden. So zeigten depressive Patienten vor allem im non-verbale Verhalten weniger Augenkontakt sowie Defizite im mimischen Ausdruck von Freude und Aktivierung. Nichtsdestotrotz wurden depressive Patienten, sowohl von anderen Gruppenmitgliedern als auch von den nicht involvierten Beobachtern negativer im Hinblick auf ihre sozialen Fertigkeiten eingeschätzt.



Trotz der zahlreich aufgelisteten empirischen Evidenz, welche die theoretischen Annahmen des Verstärker-Verlust-Modells untermauert, soll zum Ende darauf hingewiesen werden, dass keine der aufgeführten Studien Hinweise zur Klärung der kausalen Richtung zwischen erlebtem Verstärkerverlust und der Entwicklung einer depressiven Störung beitragen kann.

Darüber hinaus weisen einige Längsschnittstudien darauf hin, dass die Vorhersage einer Depression anhand einer geringen Rate verhaltenskontingenter positiver Umweltverstärkung, erhoben mit der PES, nur unzureichend möglich ist (Lewinsohn, Hoberman, & Rosenbaum, 1988).

### 1.1.2 Erweiterung des Verstärker-Verlust-Modells: ein integratives Modell der Depression

Lewinsohn, Hoberman, Teri und Hautzinger (1985) formulierten eine Erweiterung des behavioralen Modells der Depression, das im Vergleich zu bestehenden Theorien die Depression als eine heterogene Erkrankung mit komplexem Erscheinungsbild und vielschichtiger Ätiologie erfassen sollte (Dimidjian, Barrera, Martell, Noz, & Lewinsohn, 2011).



Das sogenannte integrative Modell der Depression geht weit über die rein behaviorale Perspektive der Depression hinaus und berücksichtigt gleichermaßen kognitive, interpersonelle und biologische Aspekte der Depression.

Mit Stress assoziierte Lebensereignisse, wie z. B. der Tod naher Angehöriger oder ein anhaltendes Verfehlen beruflicher Ziele, werden als primäre Auslöser bzw. vorhergehende Bedingung einer depressiven Episode angesehen. Solche Ereignisse führen laut dem Modell zu einer Unterbrechung des typischen Verhaltensrepertoires einer Person, insbesondere zu einer Unterbrechung routinierter Verhaltensweisen, und resultieren in einem erhöhten negativen Affekt. Dabei wird das Ausmaß des negativen Affekts bzw. die Entwicklung depressiver Symptome als eine Funktion der reduzierten positiven Umweltverstärkung (oder auch der Zunahme von Verhalten, welches der Vermeidung aversiver Erlebnisse dient) betrachtet. Darüber hinaus wird angenommen, dass fehlgeschlagene Versuche der betroffenen Person, mit den Folgen stressreicher Lebensereignisse umzugehen, die Selbstaufmerksamkeit der Person erhöhen (im Sinne negativer Erwartungen und einer kritischen Haltung gegenüber sich selbst). Das Zusammentreffen von erhöhter negativer Selbstaufmerksamkeit und dysphorischer Stimmung führt dann laut Modell zu den für Depressionen typischen Veränderungen in emotionalen, kognitiven, somatischen, behavioralen und interpersonellen Parametern. Des Weiteren postuliert das integrative Modell, dass sowohl individuelle als auch in der Umwelt verankerte Vulnerabilitätsfaktoren die im Modell beschriebenen Prozesse auf allen Ebenen beeinflussen. Als individuelle Vulnerabilitätsfaktoren sind hier sowohl biologische als auch soziale und kognitive Aspekte zu verstehen, z. B. Geschlecht, zwischenmenschliche Abhängigkeit oder das Vorhandensein negativer Selbstschemata. Als in der Umwelt verankerte Vulnerabilitätsfaktoren könnten beispielsweise Armut oder ein stressreicher und unbefriedigender Arbeitsplatz genannt werden. Von allen bisher genannten Variablen des Modells wird angenommen, dass sie auf vielfältige Weise miteinander im Zusammenhang stehen, sich gegenseitig verstärken und somit eine

Art Teufelskreis bzw. Exazerbation der depressiven Symptomatik hervorrufen können. Das Modell ist darüber hinaus so konzipiert, dass auch komplexe Zusammenhänge dargestellt werden können. Beispielsweise können negative Kognitionen innerhalb des Modells als stressreiche Ereignisse, welche einer Depression vorhergehen, und/oder als Vulnerabilitätsfaktoren konzeptualisiert werden. Für eine ausführlichere, auch grafische Darstellung des integrativen Modells der Depression sei sowohl auf den Originaltext von Lewinsohn et al. (1985) als auch auf den oben genannten Artikel von Dimidjian et al. (2011) hingewiesen.

Aufgrund dessen, dass in diesem Modell vielfältige zusätzliche Parameter für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression benannt werden, könnte man zu der Auffassung kommen, dass auch mehr und vielfältigere Interventionen notwendig seien, welche zum Beispiel spezifisch auf die Reduktion der Selbstaufmerksamkeit, auf interpersonelles Verhalten oder negative Selbstschemata abzielen. Andererseits gilt es aber zu beachten, dass die genannten Modellvorstellungen in der Regel keine Kausalbeziehungen abbilden. Somit bleibt denkbar, dass eine einzelne Intervention wie die Verhaltensaktivierung, vermittelt durch höhere Verhaltens- und Verstärkungsrate positiv in das System der Depression eingreift und damit mehr oder weniger auf alle genannten Variablen wirkt. Dem liegt nicht die Überlegung eines »Allheilmittels« zugrunde, sondern der Ansatz, lieber auf eine (oder wenige) für die Patienten überzeugende Intervention(en) zu setzen, deren Umsetzung im Alltag leicht zu etablieren ist und spürbare Wirkung zeigt.



Verhaltensaktivierung ist kein Allheilmittel, wirkt aber auf zentrale Mechanismen der Depressionsentstehung und -aufrechterhaltung positiv ein.

### 1.1.3 Die Ableitung therapeutischer Interventionen aus dem Verstärker-Verlust-Modell

Das behaviorale Modell der Depression nach Lewinsohn (1974) nimmt an, dass Depression mit einer Abnahme angenehmer und einer Zunahme aversiver Reize assoziiert ist. Als depressionsauslösende und -aufrechterhaltende Bedingungen werden dabei eine geringe Rate positiver Verstärkung aus der Umwelt sowie eine hohe Rate an aversiven Erlebnissen betrachtet.

Welche Schlussfolgerungen für das therapeutische Vorgehen können aus diesem Modell abgeleitet werden? Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio und Teri (1984) entwarfen auf Basis des Verstärker-Verlust-Modells ein Behandlungsmanual zur Behandlung von Patienten mit Depression, den Coping With Depression (CWD) Course, der für den deutschen Sprachraum in dem Manual »Depression bewältigen« adaptiert wurde (Herrle & Kühner, 1994).

Zunächst stellt sich die Frage: Wie kann es zu solch einer ungünstigen Bilanz von angenehmen und aversiven Erfahrungen innerhalb einer Person kommen? Die Autoren zählen hierfür drei Gründe auf: