

EIN STATIONÄRES GRUPPENKONZEPT ZUR KOGNITIV-BEHAVIORALEN THERAPIE DER DEPRESSION

Rolf Dieter Trautmann-Sponsel, Brigitta M. Trautmann-Schareck, Michael Zaudig

Zusammenfassung

Kognitiv-behaviorale Gruppenmethoden zur Behandlung depressiver Störungen sind mittlerweile bereits gut etabliert und in ihrer Wirksamkeit empirisch abgesichert. In Vergleichen mit der Interpersonellen Therapie nach Klerman et al. (1984) (Schramm 1998) schneidet sie zumindest nicht schlechter ab. Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie ist jedoch kein einheitliches, rigides Programm, sondern muss je nach Setting-Bedingungen verändert werden (ambulant vs. stationär, psychiatrische Klinik vs. Psychosomatik). Es wird ein spezifisches Gruppenkonzept beschrieben, das sich in der Psychosomatischen Klinik Windach im Verlauf der letzten Jahre bewährt hat. Herausgehoben werden bei der Beschreibung vor allem diejenigen Bestandteile, die in bereits vorliegenden Veröffentlichungen anderer Autoren nicht so sehr im Vordergrund stehen.

Schlüsselwörter

Depression – Gruppenbehandlung – Kognitive Verhaltenstherapie

Summary

The group treatment of depressive disorders with cognitive-behavioral methods is meanwhile well established and based on empirical evidence. In comparison with Interpersonal Psychotherapy according to Klerman et al. (1984) it is at least not less effective. But, cognitive-behavioral group therapy is not a fixed program suitable to every context, but has to be adapted depending on the specific setting (e. g. outpatient vs. inpatient treatment, psychiatric clinic vs. psychosomatic clinic). A concept is described which has proven to be useful under the specific conditions of the Psychosomatic Klinik Windach. Those aspects of the concept which differ from elsewhere-published ones are specifically stressed.

Keywords

Depression – group therapy – cognitive-behavioral therapy

Einleitung

Im ambulanten Bereich werden depressive Störungen überwiegend in Einzeltherapie behandelt. Dies kann nach Ansicht von Fiedler (1996) jedoch nicht damit begründet werden, dass die Einzeltherapie zu besseren oder überzeugenderen Ergebnissen führt. Im Gegenteil könne heutzutage aufgrund der dazu inzwischen vorliegenden Forschungsergebnisse von einer prinzipiellen Gleichwertigkeit der verhaltenstherapeutischen Einzelfall- und Gruppenbehandlung ausgegangen werden. Im Folgenden soll auf diese Forschungsergebnisse nicht im Detail eingegangen werden, da die bis 1989 veröffentlichten Studien ausführlich in Wahl und Hartmann (1989) zusammengestellt sind, zusätzlich sind einige neuere bei Wahl (1994) zu finden. Unter anderem konnte Wahl im Rahmen einer eigenen Studie zeigen, dass eine Gruppe, die sich an dem Vorgehen von Beck et al. (1992) orientiert, gleich effektiv ist wie eine Gruppentherapie mit der Interpersonellen Therapie nach Klerman et al. (1984). Eine umfassende Zusammenstellung von Studien mit kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie findet sich bei Hautzinger (1993).

Im Vordergrund dieser Arbeit steht die konkrete Beschreibung der Durchführung einer geschlossenen sechswöchigen Depressionsgruppe, wie sie seit einigen Jahren in der Psychosomatischen Klinik Windach durchgeführt wird. Es muss

von vornherein betont werden, dass in diesen Gruppen nur Patienten behandelt werden, die maximal eine mittelschwere depressive Episode nach ICD-10 (Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, Dilling et al. 1993) haben. Für schwerer depressive Patienten wäre diese Gruppe kognitiv und emotional zu belastend.

Aktueller Forschungsstand zur Kognitiven Therapie der Depression

Dass diese Psychotherapieform die derzeit effektivste für die Behandlung depressiver Patienten ist, wird von Balslev Jorgensen et al. (1998) in einem Übersichtsartikel bestätigt. Sie fanden bei einer Literaturrecherche seit 1975 58 Veröffentlichungen, in denen über Studien mit erwachsenen depressiven Patienten berichtet wird, die randomisiert verschiedenen Behandlungsbedingungen zugeteilt waren. Sie stellten fest, dass bei den 42 Studien, in denen keine Medikation untersucht wurde, 15 keinen signifikanten Unterschied gefunden haben zwischen kognitiver Therapie und Verhaltenstherapie, keine Arbeit ergab einen Vorteil von Verhaltenstherapie gegenüber kognitiver Therapie, während eine Studie umgekehrt einen Vorteil von kognitiver Therapie gegenüber Verhaltenstherapie fand. In vier Studien zeigte sich kein Unterschied

zwischen psychoanalytisch orientierter Psychotherapie, kognitiver Therapie und Verhaltenstherapie. Zwei Studien ergaben, dass psychoanalytisch orientierte Therapie schlechter abschnitt als kognitive Verhaltenstherapie. In keiner Arbeit fand sich für die psychoanalytisch orientierten Therapien ein Vorteil gegenüber anderen Psychotherapieformen. In 13 Studien wurde Psychotherapie mit antidepressiver Medikation verglichen. In zwei Studien war kognitive Therapie besser als das Antidepressivum. Nur drei Studien wurden mit stationären Patienten durchgeführt. Hier fand sich zumindest im Fremdrating (Hamilton Depressions Skala, HAMD, Hamilton 1967) kein Unterschied zwischen den Psychotherapiepatienten und denjenigen, die nur Medikamente erhielten. Steinbrueck et al. (1983) ermittelten in einer Metaanalyse eine Effektstärke für verschiedene Formen von Psychotherapie von 1,22 gegenüber 0,67 für trizyklische Antidepressiva; die Psychotherapieformen unterschieden sich nicht voneinander. Balslev Jorgensen et al. (1998) berichten über eine weitere Metaanalyse von sieben Studien, in denen Psychotherapie mit trizyklischen Antidepressiva verglichen wurde. Dabei schnitt die Psychotherapie signifikant besser ab als die Antidepressiva, die Kombination von beidem ergab keinen Vor- oder Nachteil.

Über eine Kombination von stationärer und anschließender ambulanter Gruppentherapie berichten Kischkel et al. (1999); erneut war ein hoch signifikanter Effekt festzustellen, die Patienten zeigen eine deutliche Besserung ihrer Symptomatik am Ende der stationären Gruppe.

Als Quintessenz aller vorliegenden empirischen Untersuchungen zur Behandlung depressiver Störungen ist zu bemerken, dass das Problem nicht so sehr darin zu liegen scheint, mit welcher konkreten Maßnahme man die Patienten behandelt. So hatte in der großen Studie des National Institute of Mental Health (NIMH) (Elkin et al. 1985; Elkin et al. 1989) auch die Gruppe, die nur Placebo + Clinical Management erhielt, einen signifikanten Behandlungseffekt. Vielmehr zeigen die Studien, dass der Anteil der Patienten, die frühzeitig aus den Studien ausscheiden, bei ca. 30 % liegt und dass auch nach erfolgreicher Behandlung die Rezidivrate innerhalb eines Jahres ebenfalls ca. 30 % beträgt (Wahl 1994). Dabei brechen die schwerer depressiven Patienten eher die psychotherapeutischen Behandlungen ab, während die leichter depressiven eher aus den psychopharmakologischen Behandlungsgruppen ausscheiden (Hautzinger 1993). Die Behandlungsmaßnahmen sollten daher nicht nur darauf abzielen, die aktuelle depressive Verstimmung zu verändern, sondern auch darauf, die Patienten überhaupt in Therapie zu halten und ihnen Methoden beizubringen, mit denen sie selbst langfristig etwas dafür tun können, um weniger häufig oder weniger schwer depressiv zu werden. Fava et al. (1998) fanden bei den mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelten Patienten innerhalb von zwei Jahren eine Rückfallrate von 25 %, dagegen bei denjenigen, die eine Basisbehandlung im Sinne eines Clinical Managements erhielten, eine Rate von 80 %.

Verhaltenstherapie ist nicht gleich Verhaltenstherapie

Es existieren mittlerweile manualisierte Verhaltenstherapiekonzepte für die Behandlung depressiver Störungen, nämlich das an der Depressionstheorie von Lewinsohn (1974) orientierte Konzept von Herrle und Kühner (1994) sowie das an der kognitiven Therapie von Beck (Beck et al. 1992) orientierte von Hautzinger et al. (1992), die sich bereits deutlich voneinander unterscheiden. Während bei diesen beiden Ansätzen davon ausgegangen wird, dass alle depressive Störungen in ähnlicher Art und Weise behandelt werden können, wird in letzter Zeit die Abhängigkeit der Behandlungsmodi von bestimmten Persönlichkeitsstilen oder -störungen auch bei Depression immer mehr berücksichtigt (Trautmann-Sponsel, im Druck). Wir versuchen dies in unserem Gesamtbehandlungskonzept durch ein multimodulares Vorgehen (Fiedler 1996) zu berücksichtigen. Hierzu zählt im Rahmen einer stationären Behandlungsmaßnahme nicht nur das, was unmittelbar in den Therapiemaßnahmen passiert, sondern auch Setting-Bedingungen wie die Herausnahme aus belastenden Lebensbedingungen oder die informellen Kontakte, die die Patienten untereinander haben, sind eine wichtige Voraussetzung, um auf den anderen Ebenen überhaupt arbeiten zu können. Die beiden anderen wesentlichen Ebenen, die verhaltenstherapeutische Depressionsbehandlung auszeichnet, sind:

Aktivitätsaufbauende Verfahren

- über Selbstbeobachtungsaufgaben die Zusammenhänge zwischen Aktivitäten und Stimmung der Patienten zu untersuchen und zu verdeutlichen;
- schrittweise sinnvolle und befriedigende Aktivitäten wieder aufzubauen und die Tagesläufe depressiver Patienten genau zu strukturieren (wobei Aufbau und Behalt befriedigender sozialer Kontakte von herausragender Wichtigkeit sind);
- gegebenenfalls die dazu notwendigen zwischenmenschlichen Kompetenzen in einem Training sozialer Fertigkeiten zu entwickeln sowie schließlich auch
- über Selbstkontrollstrategien eine gewisse Unabhängigkeit von Fremdverstärkung und damit auch vom Therapeuten zu erreichen" (Fiedler 1996, S. 231).

Modifikation depressiogener Kognitionen und Attributionsstile

Hier hat sich der Ansatz von Beck (Beck et al. 1992) zwar grundsätzlich bewährt, eine der Techniken darin, nämlich den Patienten bestimmte "Denkfehler" nachzuweisen, hat sich jedoch u. E. als nicht besonders hilfreich erwiesen, da depressive Patienten ohnehin dazu neigen, sich für alles selbst die Schuld zu geben. Wir sprechen daher lieber von zentralen dysfunktionalen Einstellungen, die die Patienten im Verlauf der Therapie ändern können – wenn sie wollen. Dabei ist wesentlich, dass ihnen und den Therapeuten erst einmal klar wird, in welcher Hinsicht und wann diese Einstellungen einmal funktional waren, was praktisch immer der Fall ist, und

dass die Patienten jetzt die Freiheit haben, hierzu rationalere Alternativen zu entwickeln. Hauptziel unserer Depressionsgruppe ist jedoch, zwei wesentliche depressive Kognitionen zu verändern: Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Das heißt, übergeordnetes Ziel jeder Depressionsbehandlung muss es sein, dem Patienten zu vermitteln, dass er in der Lage ist, etwas zu verändern an seiner Situation und an seinem emotionalen Zustand und er deswegen Hoffnung haben kann. Bekanntlich wurde Hilflosigkeit als zentrales Konzept aus verhaltenstherapeutischer Perspektive von Seligman (1975) in die Diskussion gebracht, davor jedoch schon von Bibring (1953) aus psychoanalytischer Perspektive. Hoffnungslosigkeit haben Beck et al. (1975) als wichtigsten Faktor der Suizidalität herausgearbeitet. Realitätstestung ist eine wesentliche Therapiemaßnahme im Ansatz von Beck, was nach unserer Ansicht in vielen Fällen deshalb nicht funktionieren kann, weil viele depressive Patienten über Jahre hinweg ihre depressiogenen Schemata immer wieder in der Realität bestätigt gesehen haben zum einen, zum anderen weil bei bestimmten dysfunktionalen Einstellungen weniger die Frage "richtig oder falsch interpretiert" eine Rolle spielt als vielmehr, wie werden bestimmte Ereignisse bewertet, so dass wir in unser Konzept viele Elemente der rational-emotiven Verhaltenstherapie nach Ellis (Ellis und Hoellen 1998) mit einbezogen haben, die diesen Bewertungsaspekt mehr in den Vordergrund rückt. Dabei ist außerdem unsere spezifische Klientel zu berücksichtigen: Bevor Patienten zur stationären psychosomatischen Behandlung kommen, haben sie in der Regel bereits eine Odyssee von Behandlungsversuchen hinter sich.

In aller Regel lassen sich die kognitiven Therapieverfahren mit den aktivitätsaufbauenden Verfahren gut kombinieren (Fiedler 1996). Eine medikamentös-antidepressive Behandlung unterstützt die psychotherapeutische Behandlung (Wahl und Hartmann 1989), so dass wir dies allen Patienten zumindest anbieten. Wahl und Hartmann (1989) schließen aus ihrer bis dahin gewonnenen Erfahrung mit der kognitiven Gruppentherapie depressiver Störungen: "Da wir nicht nur über eine Sprache der Worte, sondern auch über eine lebendige, mit Gefühlen verwobene Sprache der Bilder verfügen, wäre es zu wünschen, daß die Perspektive der kognitiven Therapie sich um diesen entscheidenden Aspekt erweitert" (S. 256). Dies haben wir in unserem jetzigen Konzept durch zwei Maßnahmen umzusetzen versucht. Zum einen nehmen die Patienten der Depressionsgruppe geschlossen an einer parallel laufenden Gestaltungstherapiegruppe teil, die die Inhalte des Vorgehens mit der Leiterin der Depressionsgruppe abstimmt. Zum anderen wird eine Stunde der Depressionsgruppe selbst für eine Imaginationsübung verwendet (s. u.).

Vorteile der Gruppenbehandlung

Zu Beginn unseres Therapiekonzeptes stehen didaktische Vorgehensweisen im Vordergrund. Hier ist der Vorteil der Gruppenbehandlung schlicht die Ökonomie. Wichtiger jedoch ist die Möglichkeit, in der Gruppe von der ersten Sitzung an eine nicht-depressive Stimmung zu schaffen, ohne dass sich die Patienten unverstanden fühlen. Dazu führen wir in der

ersten Stunde ein "Vorstellungsspiel" durch, bei dem die Patienten gebeten werden, sich zunächst in Partnerinterviews einem Mitpatienten vorzustellen, und zwar mit ihren Fähigkeiten, Interessen, Hobbys usw. Anschließend wird in der Gesamtgruppe jeweils ein Patient vom anderen vorgestellt. Die Patienten machen dabei die Erfahrung, dass sie noch etwas anderes sind als nur depressiv, sie knüpfen an ihre Ressourcen an und lenken damit ihren Blick weg von den Defiziten hin zu ihren Fähigkeiten. Gleichzeitig ist dies auch für den Gruppentherapeuten von Bedeutung, da er bereits ab diesem Zeitpunkt nicht mehr einfach mit acht depressiven Patienten arbeitet, sondern mit Individuen, die in der Regel alle über sehr interessante Fähigkeiten verfügen.

Die Patienten können über die Gruppe besser motiviert werden, in ihrer Freizeit gemeinsam positive Aktivitäten zu unternehmen. Hierbei werden sie in unserem Konzept von einem Co-Therapeuten unterstützt. Fiedler (1996) meint, die Gruppensituation biete weniger gute Möglichkeiten, "auf eine Nichtcompliance von Patienten angemessen therapeutisch zu reagieren" (S. 241). Nach unserer Erfahrung ist das Gegenteil der Fall. So kann bei der Besprechung der Hausaufgaben darauf geachtet werden, dass diejenigen Patienten "drankommen", die ihre Aufgaben gemacht haben (positive Verstärkung), während die Nichtcompliance von anderen einfach nicht beachtet wird (Löschung). Man muss den Patienten also nicht dafür kritisieren, wenn er seine Hausaufgaben nicht gemacht hat oder nicht machen konnte. Wenn die Patienten am Beispiel der anderen merken, dass es sinnvoll ist, die Aufgaben zu machen, werden sie selbst auch hierzu motiviert.

Bereits beim Herausarbeiten der dysfunktionalen Einstellung ist die Gruppe hilfreich, da der Patient häufig erlebt, dass andere genauso "dumme" Einstellungen haben wie er selbst.

Ein weiterer wesentlicher Vorteil besteht in der Phase der Disputation der dysfunktionalen Einstellung und des Findens einer rationalen Alternative. Bei der Disputation fühlt sich der Patient durch Argumente der übrigen Gruppenmitglieder nicht so angegriffen, als wenn der Therapeut sich entsprechend äußern würde; der Therapeut kann im Gegenteil an dieser Stelle Partei für den betroffenen Patienten ergreifen, indem er auf die frühere und teilweise auch jetzt noch bestehende (positive) Funktionalität der Einstellung hinweist, denn es ist häufig keineswegs so, dass eine Einstellung nur dysfunktional ist (z. B. "Wenn ich alles tue, was die anderen von mir wollen, werde ich gemocht."). Dem betreffenden Patienten fällt es häufig schwer, selbst eine rationale Alternative zu seiner bisherigen dysfunktionalen Einstellung zu finden. Auch dabei erweist sich die Gruppe als sehr hilfreich, da sie hierzu Vorschläge unterbreiten kann.

Kontraindikationen

Es gibt Patienten, die sich durch unser Gruppenkonzept wahrscheinlich eher verschlechtern würden. Dies betrifft insbesondere schwer depressive Patienten, die dem Gruppenprozess nicht folgen können, weder auf der kognitiven noch auf der interaktionellen Ebene. Für solche Patienten würde diese

Gruppe zu einem erneuten Misserfolgserleben führen. Bei der Gruppenzusammensetzung ist darauf zu achten, dass nicht zu viele Gruppenteilnehmer unter massiven Persönlichkeitsstörungen (Borderline, narzisstische, histrionische) leiden, dagegen stören einzelne Patienten mit solchen Komorbiditäten den Gruppenprozess in der Regel nicht.

Schwierig in die Gruppe zu integrieren sind häufig ältere Patienten bzw. Patienten mit massiven körperlichen Einschränkungen, da diese an den sportlich aktivierenden Maßnahmen manchmal nicht teilnehmen können. Gelegentlich kommt es bei diesen Maßnahmen auch dazu, dass Patienten an traumatisierende Erfahrungen z.B. aus der Schulzeit erinnert werden ("Ich musste damals beim Sportunterricht auch schon immer nur zuschauen."). Dies sollte zuvor vom Einzeltherapeuten gut exploriert worden sein, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Rahmenbedingungen

Da im Folgenden nur das spezifische Vorgehen in der Depressionsgruppe beschrieben wird, muss berücksichtigt werden, in welchen Rahmen diese Gruppe eingebettet ist. Alle depressiven Patienten der Klinik, unabhängig davon, ob sie an der Depressionsgruppe teilnehmen oder nicht, werden nach ICD-10 diagnostiziert und bearbeiten therapiebegleitend einmal wöchentlich das Beck Depressionsinventar (BDI, Beck et al. 1961; deutsch: Hautzinger et al. 1994). Alle Patienten haben zusätzlich in der Regel 2-mal 50 Minuten Einzeltherapie pro Woche. Wie bereits erwähnt, kann individuell eine psychopharmakologische Mitbehandlung durchgeführt werden. Fakultativ nehmen die Patienten an körperlich aktivierenden/roborierenden Verfahren der physikalischen Abteilung teil. Dass dies gerade bei depressiven Patienten eine wesentliche Maßnahme ist (siehe z. B. Golz et al. 1990), gilt als empirisch belegt (Fiedler 1996). Dagegen wird ein Training sozialer Kompetenzen im Rahmen dieser spezifischen Gruppe nicht durchgeführt, da dies die Patienten von ihrem Zeitplan her überfordern würde und weil wir inhaltlich mit den

Patienten in erster Linie an ihren kognitiv-emotionalen Schemata arbeiten möchten, wozu uns die Unterstützung durch gestaltungstherapeutische Methoden wichtiger erscheint als das soziale Kompetenztraining. Das heißt, alle Patienten dieser Depressionsgruppe nehmen in gleicher Zusammensetzung parallel an einer Gestaltungstherapiegruppe teil, die sich thematisch abstimmt mit dem, was in der Depressionsgruppe aktuell besprochen wird. Ein typisches Bild aus einer Gestaltungsgruppe zeigt Abbildung 1.

Beide Gruppen laufen als geschlossene Gruppen über sechs Wochen. Die eigentliche Depressionsgruppe findet 3-mal wöchentlich 50 Minuten statt, die Gestaltungsgruppe 2-mal wöchentlich 90 Minuten. Zusätzlich wird eine Gruppenstunde pro Woche von der Co-Therapeutin durchgeführt, die den Patienten zunächst eine Entspannungsmethode beibringt, dann angenehme Aktivitäten mit ihnen plant und z. T. gemeinsam durchführt sowie eine Anleitung zum Genießen gibt. Ein Nachmittag ist "Sport, Spiel, Spaß" gewidmet; die Patienten machen hier Spiele, die sie teilweise aus ihrer Kindheit oder Jugendzeit kennen, wobei sie die Erfahrung machen, dass sie trotz Depression noch Spaß haben können (s. aber Kontraindikationen).

Das konkrete Gruppenprogramm

Wir werden im Folgenden einen "Normal"-Ablauf darstellen, der jedoch nicht immer in dieser Reihenfolge durchgeführt wird, da wir uns an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Gruppenmitglieder zu orientieren versuchen und den Ablauf der Gruppe auch von der konkreten Zusammensetzung (z. B. unterschiedliche Komorbiditäten) abhängig machen.

1. Stunde: Wie bereits erwähnt dient diese in erster Linie dem Ziel, nicht nur die Defizite und Probleme des Patienten zu sehen, sondern auch seine Fähigkeiten und Ressourcen. Außerdem wird durch das oben beschriebene Vorgehen eine eher heitere Arbeitsatmosphäre geschaffen

Abbildung 1: Typisches Bild aus der Gestaltungstherapie: „Drahtseilakt zwischen Vergangenheit und Zukunft“

(in der Depressionsgruppe darf auch gelacht, nicht nur gejamert werden). Hausaufgabe: Protokollierung des Befindens auf einer Skala von 0 bis 10, um die Patienten mit Selbstbeobachtungsaufgaben vertraut zu machen.

- 2. Stunde:** Hier findet häufig bereits eine kognitive Umstrukturierung bei den Patienten statt. Die Patienten erarbeiten gemeinsam die Bedeutung der Depression auf der emotionalen, kognitiven, physiologischen und Verhaltens-ebene. Während es im ambulanten Bereich vom Patienten häufig als Erleichterung erlebt wird, wenn man sämtliche Symptome als Ausdruck einer Erkrankung zusammenfasst, versuchen wir die Patienten in dieser Sitzung von dieser Haltung eher wieder wegzubringen, um sie stattdessen darauf aufmerksam zu machen, dass Depression aus verschiedenen Problembereichen besteht, wo sie an einzelnen durchaus selbst etwas verändern können; dabei betonen wir insbesondere die Verhaltens- und die kognitive Ebene. Es wird ihnen plausibel erklärt, dass der erste kurzfristige Ansatzpunkt die Verhaltensebene ist, der schwierigere, länger dauernde Weg dagegen die Veränderung von grundlegenden Einstellungen ist. Hausaufgabe: Protokollieren des Befindens in Abhängigkeit von konkreten Situationen.
- 3. Stunde:** Besprechung der Hausaufgabe mit dem Ziel, den Patienten deutlich zu machen, dass es keine allgemeinen Rezepte gegen Depression auf der Verhaltensebene gibt, sondern dass jeder selbst seine individuell hilfreichen Strategien herausfinden muss. Es ist nämlich keineswegs immer und in jeder Stimmung hilfreich, wenn sich der Patient zu (sozialen) Aktivitäten zu zwingen versucht, zu bestimmten Zeiten kann auch der Rückzug ins Zimmer oder gar ins Bett hilfreich sein. Es geht eher darum, herauszufinden, wann und unter welchen Bedingungen ist welches konkretes Verhalten hilfreich, um die Stimmung wenigstens etwas zu bessern. Hausaufgabe: Nicht mehr globale Beobachtung des Befindens, sondern die differenzierte Beschreibung der in konkreten Situationen auftretenden Gefühle üben.
- 4. Stunde:** Bei der Besprechung der Hausaufgabe nennen die Patienten häufig selbst schon statt konkreter Gefühle automatische Gedanken (Beck 1979), so dass ihnen an eigenen Beispielen der Zusammenhang zwischen solchen Gedanken und Gefühlen verdeutlicht wird. Daran anschließend kann den Patienten weiterhin im Sinne der Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells das weitere Vorgehen der Depressionsgruppe dargestellt werden. Dabei werden sie auch mit dem Begriff der dysfunktionalen Einstellungen vertraut gemacht. Dieser Begriff ist meist auch für diejenigen Patienten neu, die bereits ambulant psychotherapeutisch behandelt wurden, so dass die Patienten damit auf die Gruppe neugierig gemacht werden können, da sie hier offensichtlich etwas Neues gegen ihre Depression lernen, was ihnen bisher noch niemand gesagt hat. Zu Beginn und am Ende der Gruppe bearbeiten die Patienten die Dysfunctional Attitude Scale (Hautzinger et al. 1985), um auch selbst feststellen zu können, ob sich an ihren Einstellungen etwas geändert hat. Hausaufgabe: In

den Selbstbeobachtungsbögen zusätzlich zu Situation, Verhalten und Gefühl die automatischen Gedanken protokollieren.

- 5. Stunde und folgende:** Diese werden variabel gestaltet, je nachdem welche übergreifenden Themen die Patienten in die Gruppe durch das Besprechen ihrer Selbstbeobachtungsbögen einbringen. Ziel dieser Stunden ist es, für jeden einzelnen Patienten eine zentrale dysfunktionale Einstellung herauszuarbeiten. Es gibt jedoch typische Themen, die fast in jeder Depressionsgruppe auftauchen, so dass auf deren Bearbeitung häufig eine gesamte Gruppensitzung verwendet wird: Selbstwertgefühl, Schuld- und Schamgefühle, Hoffnungs-, (Sinn-)losigkeit und evtl. damit verbundene Suizidalität. Jeder Patient wählt für sich nur eine einzige dysfunktionale Einstellung, die er/sie verändern möchte, was häufig schon schwierig genug ist, so dass er/sie nicht zu hohe Ansprüche an sich stellt. Gleichzeitig erweist sich jedoch hier erneut das Gruppensetting von Vorteil, da viele Patienten auch von dem profitieren, woran andere Patienten in der Gruppe arbeiten.

Anschließende Phase (ca. 12. Stunde): Bevor die Patienten an der Veränderung ihrer dysfunktionalen Einstellung arbeiten, sei es über Realitätstestung oder über eine Veränderung ihrer Bewertungen, wird mit ihnen eine rationale Alternative erarbeitet, da die Patienten nicht nur wissen müssen, wovon sie wegkommen wollen, sondern auch wo sie hinkommen möchten. Ziel ist es nämlich nicht immer, die dysfunktionale Einstellung völlig aufzugeben, häufig ist bereits eine Modifikation ausreichend. Ein Beispiel, das den Patienten gelegentlich zur Illustration gegeben wird: Es ist nicht grundsätzlich richtig oder falsch, auf der rechten oder linken Straßenseite zu fahren, sondern es hängt davon ab, in welchem Land man sich gerade befindet.

Bei der Erarbeitung der rationalen Alternative sind einige Grundsätze zu berücksichtigen. Die rationale Alternative ist nicht einfach das Gegenteil der dysfunktionalen Einstellung. Die neue Einstellung sollte möglichst eine neue Dimension im Sinne von Kellys Theorie (1955) der personalen Konstrukte einführen. Die neue Einstellung sollte von der alten nicht "zu weit entfernt" sein; aus einem eher zwanghaften Patienten kann kein Chaot werden, höchstens einen etwas weniger zwanghaften Mensch. Die Patienten sollen dabei gerade die Erfahrung machen, dass sie sich nicht grundsätzlich in ihrer Persönlichkeit ändern müssen, sondern evtl. schon relativ geringe Modifikationen ihrer Einstellungen ausreichen, um weniger häufig und weniger stark depressiv zu reagieren. Die neue Einstellung muss in das Leben der Patienten integrierbar und praktikabel sein.

- Ca. 16. Stunde:** Um diesen letzten Punkt zu überprüfen, führen wir in einer Gruppensitzung ein Imaginationsverfahren durch. Dabei können die Patienten überprüfen, ob die auf kognitivem Wege gefundene neue Einstellung in konkreten Situationen mit konkreten eigenen Verhaltensweisen vorstellbar und mit einem positiven Gefühl verbunden ist. Dabei kommt es häufig noch einmal zu einer Modifikation des Wortlautes der rationalen Alternative, weil die Pa-

tienten merken, dass bei ihnen idiosynkratisch bestimmte Wörter mit eher negativen Erlebnissen konditioniert sind. Oder aber die neue Einstellung ist zu abstrakt formuliert, so dass die Patienten sich nicht konkret vorstellen können, wie sich diese in bestimmten Situationen auswirken würde. Hausaufgabe: Mit der veränderten rationalen Alternative alleine die Imaginationsübung wiederholen. In dieser Phase ist auch die Gestaltungstherapie besonders wichtig, da sich die Patienten hier ein konkretes Bild ihrer Zukunft mit veränderter Einstellung machen können.

Ca. 17. Stunde: Erst hier erfolgt die Disputation der dysfunktionalen Einstellung kognitiv, indem die Patienten noch einmal gemeinsam Argumente zusammentragen, die zeigen, warum die alte Einstellung falsch oder zumindest ungünstig war, und positive Argumente für die neue Einstellung. Vor allem sollen die Patienten gerade im stationären Setting dazu motiviert werden, bewusst neue Situationen aufzusuchen, bei denen sie überprüfen können, was sich verändert, wenn sie in der Lage sind, in diese neuen Situationen mit ihren veränderten Einstellungen zu gehen.

18. Stunde: Die letzte Sitzung wird in der Regel dafür verwendet, für jeden Patienten individuell einen "Notfallkoffer" zusammenzustellen. Dieser beinhaltet für jeden Patienten spezifische Maßnahmen, die er/sie ergreifen kann, wenn er wieder eine Verschlechterung seiner/ihrer Stimmung registriert. Hierzu zählen sowohl die kurzfristig wirksamen Verhaltensaktivitäten, die der Patient als für sich hilfreich herausgefunden hat, als auch eine Erinnerung an die neuen positiven Einstellungen.

Das Konzept der dargestellten Depressionsgruppe setzt auf Synergismen. Durch den multimodalen Ansatz gelingt neben kognitiver und körperlicher Aktivierung sowie sozialer Stimulation rasch eine größere Behandlungsbereitschaft. Der depressive Patient lernt, seine dysfunktionalen Muster zu kontrollieren, kognitive Korrekturen vorzunehmen und Veränderungen auf der Verhaltensebene durchzuführen. Die Auswirkung kognitiver Modifizierungen auf seine Lebensqualität wird dem Patienten oft schon während einer Gruppenstunde deutlich. Das therapeutische Arbeitsbündnis innerhalb der Gruppe steigert die Effizienz der Interventionen und reduziert den Widerstand gegen die Therapie. Durch die leichte Erreichbarkeit der Etappenziele, sowohl zeitlich als auch inhaltlich, werden für den Patienten frühe Erfolge erfahrbar.

Empirische Untersuchung zur Überprüfung der Wirksamkeit

Methodik

Von Mitte 1996 bis Ende 1997 führten wir eine Begleituntersuchung zu dem dargestellten Gruppenprogramm durch. Diese hat nicht den Anspruch, eine im strengen Sinne wissenschaftliche Untersuchung zu sein, sie belegt auch nicht die Überlegenheit des dargestellten Vorgehens gegenüber irgendeinem anderen. Sie sollte lediglich die Veränderung bei den Patienten im Verlauf der üblichen sechswöchigen Behand-

lung psychometrisch dokumentieren. Es wurden nur Patienten berücksichtigt, die eine leichte oder mittelschwere depressive Episode nach ICD-10 aufwiesen, was mit Hilfe der IDCL-Checklisten (Hiller et al. 1995) überprüft wurde. Weiterhin mussten sie auf der Hamilton-Skala (17-Item-Version) einen Wert von mindestens 17 erreichen, um in die Studie aufgenommen zu werden. Das heißt, es nahmen nicht alle Patienten der Depressionsgruppen, die in dieser Zeit liefen, an der Studie teil. Zum Beispiel waren solche ausgeschlossen, die die Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllten und mit einem Antidepressivum behandelt wurden. In diese Studie sollten nur Patienten ohne aktuelle Psychopharmakomedikation aufgenommen werden. Insgesamt 40 Patienten (8 männlich, 32 weiblich) mit einem Durchschnittsalter von 40,9 Jahren (SD = 9,3) wurden auf diese Weise dokumentiert.

Ergebnisse

Die Patienten hatten zu Beginn der Depressionsgruppe, die für die meisten ein bis zwei Wochen nach Aufnahme in die Klinik begann, einen durchschnittlichen Hamilton-Score von 23,4 (SD = 4,3) und einen BDI von 22,0 (SD = 9,4). Wie die Abbildungen 2 und 3 zeigen, waren die durchschnittlichen Depressionswerte dieser Patienten nach sechswöchiger Behandlung deutlich verbessert, wobei insbesondere beim Fremdrating (HAMD) auffällt, dass es den Patienten offenbar bereits nach 14 Tagen erheblich besser ging, was sicher-



Abbildung 2: Ergebnisse der Windacher Depressionsstudie (N=40)

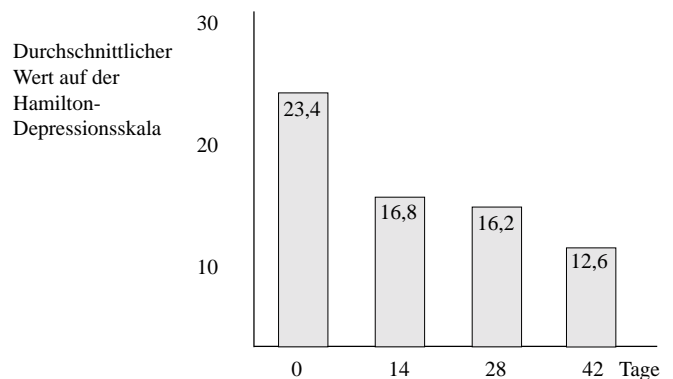


Abbildung 4: Ergebnisse der Windacher Depressionsstudie (N=40)

lich weniger ein Effekt der dargestellten Gruppentherapie ist, sondern eher die Herausnahme aus den belastenden Lebensbedingungen und die übrigen Setting-Bedingungen einer psychosomatischen Klinik. Zum Ende der Behandlung erreichten die Patienten noch einen durchschnittlichen Hamilton-Score von 12,6, während in der Selbsteinschätzung der Patienten der BDI mit 15,2 noch im Bereich der leichten Depression liegt. Ferner fällt beim Verlauf in der Hamilton-Skala auf, dass die Patienten noch einmal eine deutliche Verbesserung zwischen der 4. und 6. Woche der Behandlung erfuhren.

Diskussion

Die Aussagekraft dieser eher kleinen Studie ist natürlich sehr begrenzt. Sie zeigt zunächst nur einmal mehr, dass depressiven Patienten mit psychotherapeutischen Maßnahmen innerhalb relativ kurzer Zeit gut geholfen werden kann. Die Dokumentation erfolgte unter Routinebedingungen mit relativ geringem zusätzlichem Aufwand. Wie eingangs erwähnt wäre es wünschenswert, bei diesen Patienten eine Katamnese zu erheben, da nur dadurch zu belegen wäre, dass die durchgeführten Maßnahmen auch langfristig die Rezidivrate senken. Eine solche Studie ist jedoch ohne zusätzliche Mittel neben der Routineversorgung nicht durchführbar. Für die derzeitigen Diskussionen im Gesundheitssystem kann diese Studie dennoch von Bedeutung sein, da sie auch zeigt, dass dieser gute Behandlungseffekt tatsächlich schon nach sechswöchiger intensiver multimodularer stationärer Therapie zu erreichen ist.

Literatur

- Balslev Jorgensen M, Dam H, Bolwig TG: The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:1-13.
- Beck AT: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München, Pfeiffer, 1979.
- Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961;4:561-571.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA* 1975;234:1146-1149.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression (3. Aufl.). Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1992.
- Bibring E: The mechanism of depression. In: Greenacre P (ed.): *Affective Disorders*. New York, International Universities Press, 1953, 13-48.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt M (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber, 2. Aufl., 1993.
- Elkin I, Parloff MB, Hadley SW, Autry JH: NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 1985;42:305-316.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilonie PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB: National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research programme: I. General Effectiveness of Treatments. *Archives of General Psychiatry* 1989;46:971-982.
- Ellis A, Hoellen B: Die rationale emotive Verhaltenstherapie. München, Pfeiffer, 1998.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55, 816-820.
- Fiedler P: Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996.
- Golz N, Erkelens M, Sack H-G: Ein erlebnisorientiertes Sportprogramm zur Behandlung von Depressionen. *Report Psychologie* 1990; 4: 12-18.
- Hamilton M: Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 1967;6:278-296.
- Hautzinger M: Kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen: Überblick und Vergleich. *Verhaltenstherapie*, 1993;3:26-34.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F: Das Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern, Huber, 1994.
- Hautzinger M, Luka U, Trautmann RD: Skala dysfunktionaler Einstellungen. Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale. *Diagnostica*, 1985;31:312-330.
- Hautzinger M, Stark W, Treiber R: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1992.
- Herrle J, Kühner C: Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1994.
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) für ICD-10 und DSM-IV (Version für ICD-10). Bern, Huber, 1995.
- Kelly GA: A theory of personality. The psychology of personal constructs. New York, Morton, 1955.
- Kischkel E, Hautzinger M, Maier W: Zur Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie im stationären Rahmen bei unipolarer Depression. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 1999.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES: Interpersonal psychotherapy of depression. New York, Basic Books, 1984.
- Lewinsohn PM: A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM (eds.): The psychology of depression. Contemporary theory and research. New York, Wiley, 1974, 157-178.
- Schramm E: Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen. Stuttgart, Schattauer, 1998.
- Seligman MEP: Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco, Freeman, 1975.
- Steinbrueck SM, Maxwell SE, Howard GS: A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:856-863.
- Trautmann-Sponsel RD: Überlegungen zur psychotherapeutischen Behandlung depressiver Störungen in Praxis und Klinik. *Psycho*, 2000, im Druck
- Wahl R: Kurzpsychotherapie bei Depressionen. Interpersonelle Psychotherapie und Kognitive Therapie im Vergleich. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1994.
- Wahl R, Hartmann K: Ergebnisse der Psychotherapieforschung am Beispiel der kognitiven Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Wahl R, Hautzinger M (Hrsg.): *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven*. Köln, Deutscher Ärzte Verlag, 1989, 241-257.

Dr. Rolf Dieter Trautmann-Sponsel

Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Leitender Oberarzt der Psychosomatischen Klinik Windach

Schützenstraße 16, 86949 Windach am Ammersee

Tel. 08193/72-820, Fax. 08193/72-809

E-Mail: mail@klinik-windach.de