

Kognitive Therapie bei Depressionen

Martin Hautzinger

Zusammenfassung: In dieser Arbeit werden die kognitiven Erklärungsansätze der Depression dargestellt. Die empirische Bestätigung dieser Ätiologieüberlegungen wird kurz referiert. Da die Fakten bislang wenig überzeugend für eine kausale Bedeutung der kognitiven Theorien der Depression sprechen, werden mögliche, eingeschränkte Hypothesen der Beteiligung kognitiver Größen in der Depressionsentwicklung diskutiert. Unstrittig ist die kognitive Auffälligkeit depressiver Patienten. Damit ist der zentrale Ansatzpunkt kognitiver Therapie depressiver Erkrankungen gegeben, was sich in Behandlungsbemühungen niederschlägt, die an den positiven und belastenden Aktivitäten und Erfahrungen, den sozialen Fertigkeiten und Interaktionen, sowie vor allem an den negativen Kognitionen ansetzen. Die dabei bestimmenden Überlegungen und Vorgehensweisen werden dargestellt. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der kognitiven Therapie bei Depressionen werden diskutiert. Einige Perspektiven der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit depressiven Patienten bilden den Abschluß des Beitrages.

Mit Kognitionen sind psychische Prozesse gemeint, durch welche innere oder äußere sensorische Inputs transformiert, reduziert, elaboriert, gespeichert, wiedererkannt und verwertet werden. Es ist damit der Vorgang des Denkens, wie auch das Produkt von Denkprozessen eingeschlossen. Wahrnehmung, Gedächtnis, Urteile, Ursachenzuschreibungen, Einstellungen, Überzeugungen, Werthaltungen, Antizipationen und Problemlösefertigkeiten sind unter dem Begriff Kognition zu subsumieren. In verschiedenen Bereichen der Psychologie wurden kognitive Modelle zur Erklärung z.B. der psychischen Entwicklung des Menschen, der Persönlichkeit, der Motivation, der Emotionen, der Streßbewältigung, der Handlungsregulation, des (sozialen) Verhaltens usw. vorgeschlagen. In der klinischen Psychologie und besonders der Erklärung depressiver Störungen haben Beck und Seligman kognitive Modelle der Depression vorgestellt und z.T. empirisch überprüft.

Seligmans attributionspsychologisches Hilflosigkeitsmodell

Das in der tierexperimentellen Lernforschung entwickelte Hilflosigkeitsmodell nahm an, daß ein Individuum durch die Erfahrung der Nichtkontrolle vor allem über aversive Bedingungen eine Hilflosigkeitseinstellung entwickelt, welche dann emotionale, motivationale, vegetative und motorische Konsequenzen hat, die dem klinischen Bild der Depression ähnlich sind. Nichtkontrolle als Voraussetzung der Hilflosigkeitseinstellung ist definiert als Unabhängigkeit des eigenen Verhaltens und der darauf folgenden Kontingenzen der Umwelt. Die Hilflosigkeitseinstellung blockiert das Lernen neuer Erfahrungen, reduziert exploratives Verhalten und erhöht die Handlungslatenz. Entscheidend ist folglich hierbei die subjektive Überzeugung und Erwartung, keinen Einfluß zu haben und auch in neuen, zukünftigen Situationen ohne Kontrolle durch eigenes Verhalten zu sein. Die Anwendung dieses Modells auf den Menschen machte es erforderlich,

daß einige Reformulierungen und Ergänzungen vorgenommen werden mußten. So reicht allein die Erfahrung mangelnder Kontrolle nicht aus, um depressive Symptome zu erzeugen. Es scheint vielmehr der subjektive Verarbeitungsprozeß dieser Nichtkontrollerfahrung entscheidend zu sein. Eine Person fragt nach dem Grund eines Mißerfolgs bzw. der fehlenden Kontrolle. Die Art der Ursachenzuschreibung bestimmt erst die Entwicklung hin zu depressiven Symptomen, aber auch der Chronifizierung, Stabilisierung und Ausweitung (Generalisierung, Universalität). Diese kognitive Verarbeitung der Ursachenzuschreibung kann auf drei Dimensionen vorgenommen werden: Internal-external, stabil-variabel, global-spezifisch. Wird ein Mißerfolg oder eine Nichtkontrollerfahrung internal attribuiert, dann macht sich die betreffende Person dafür persönlich verantwortlich (z.B. die eigene Unfähigkeit). Stabile bzw. variable Attributionen betreffen die zeitliche Erstreckung der Nichtkontrolle. Stabile Ursachenzuschreibung führt daher zu einer chronischen Hilflosigkeitsüberzeugung (z.B. ist die eigene Unfähigkeit stabiler als die Erklärung eines Versagens durch mangelnde Anstrengung). Globale Attributionen verallgemeinern eine bestimmte Erfahrung über die aktuelle Gegebenheit hinaus und lassen so die Hilflosigkeitsannahme generalisieren. Depressionen sind diesem Modell nach das Resultat der Erfahrung der Nichtkontrolle (Mißerfolge) über subjektiv bedeutungsvolle Ereignisse. Diese Erfahrungen werden kognitiv in internaler, stabiler und globaler Weise attribuiert, was zu einer Mißerfolgs- und Hilflosigkeitserwartung bezüglich zukünftiger Ereignisse führt und damit zusätzlich zur Verschlechterung und Verfestigung der Depression beiträgt (Seligman, 1975; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Hautzinger, 1981; Kammer & Hautzinger, 1987).

Becks kognitive Theorie der Depression

Die zentrale Grundannahme dabei ist, daß an der Basis einer Depression eine kognitive Störung steht. Die emotionalen, motivationalen, vegetativen, motorischen, interaktiven Symptome einer Depression sind die Folge der verzerrten kognitiven Strukturen. Drei psychologischen Substraten mißt Beck dabei Bedeutung bei: Der kognitiven Triade als beobachtbare, phänomenologische Ebene des depressiven Denkens; kognitiven Schemata als Strukturen des Denkens, und kognitiven Fehlern oder Verzerrungen als inhaltliche Ebene des depressiven Denkens. Die kognitive Triade ist durch drei typische Muster gekennzeichnet, nämlich die negative Sicht der eigenen Person, die negative Sicht der Umwelt und Erfahrung und die negative Sicht der Zukunft. Schemata bezeichnen stabile kognitive Muster, die die Wahrnehmung, Kodierung, Bewertung, das Erinnern und Problemlösen organisieren. Diese kognitiven Organisationsmuster bilden sich im Laufe der Entwicklung aufgrund von Lernprozessen heraus. Belastende Erfahrungen während der Sozialisation, traumatische Erfahrungen, chronische Belastungen, fehlende Modelle und Lernerfahrungen, aber möglicherweise auch biologische Vorgänge tragen zur Herausbildung der Schemata bei, die dann durch entsprechende aktuelle Gegebenheiten aktiviert werden. Als kognitive Fehler lassen sich Übergeneralisierungen, selektive Abstraktionen, Personalisierungen, dichotomes Denken, Solltetyranneien, emotionales Begründen, Magnifizieren des Negativen benennen. Diese Fehler verzerren in systematischer, der Wirklichkeit widersprechender Weise die Wahrnehmung, das Erinnern, die Verarbeitung und die

Erwartung eines Menschen (Beck, 1974, 1976).

Depressives Denken

Beiden Erklärungsmodellen gemeinsam ist die Betonung fehlerhafter, verzerrter, "unreifer" Formen kognitiver Verarbeitung aufgrund von Lernerfahrungen im Laufe der individuellen Entwicklung. Das Denken depressiver Personen läßt sich beschreiben als global, eindimensional, absolutistisch, invariant, irreversibel, bewertend und kategorial. Nichtdepressives, "reifes" Denken ist dagegen mehrdimensional, nicht wertend, relativierend, variabel, reversibel, spezifisch und konkret. Eine solche Person ordnet Erklärungen nicht in "schwarz-weiß-Kategorien" ein oder erstellt "Charakterdiagnosen", sondern legt menschlichen Erfahrungen und den Ursachen für Ereignisse ein Kontinuum zugrunde und erstellt "Verhaltensdiagnosen". Ziel einer Depressionstherapie, die an diesen kognitiven Strukturen ansetzt, muß es daher sein, dem Patienten dabei zu helfen, das depressiv-unreife Denken in ein differenziertes, reiferes Denken zu verändern.

Forschungsergebnisse zu den kognitiven Depressionsmodellen

In den letzten Jahren wurden mehrere aktuelle Überblicksarbeiten zur ätiologischen Gültigkeit dieser beiden kognitiven Depressionsmodelle veröffentlicht (Hautzinger & Greif, 1981; Coyne & Gotlib, 1983; Peterson & Seligman, 1984; Brewin, 1985; Kammer & Hautzinger, 1987). Die Autoren stimmen darin überein, daß es außer Frage steht, daß mit den depressiven Symptomen die zuvor genannten kognitiven Verzerrungen und idiosynkratischen Kausalattributionen zusammen auftreten (Symptomhypothese). Widersprüchlich hingegen sind die Befunde und die Interpretationen der Ergebnisse im Sinne einer kausalen Abfolge von kognitiven Mustern und depressiven Beschwerden. Von verschiedenen, hinsichtlich der Entwicklung der kognitiven Modelle eher objektiven Beobachter wird die Ätiologiehypothese gegenwärtig als nicht bestätigt betrachtet. Vor allem von Brewin (1985) wurden verschiedene zusätzliche Hypothesen zur Rolle der Kognitionen vorgeschlagen: "Onset-Hypothese", d.h. durch bestimmte negative Erfahrungen werden negative Kognitionen aktiviert, die dann depressive Symptome auslösen. Die vorliegenden Evidenzen unterstützen diese abgeschwächte Ätiologiehypothese nicht. "Vulnerabilitätshypothese", d.h. belastende Erfahrungen und negative kognitive Stile der Person müssen zusammen vorhanden sein, damit dadurch typisch depressive Kognitionen und depressive Symptome ausgelöst werden. Auch diese Hypothese ist gegenwärtig noch nicht adäquat geprüft. "Recovery-Hypothese", d.h. durch depressive Symptome werden die genannten verzerrten Kognitionen und Kausalattributionen erst aktiviert, welche dann für die Intensivierung und Chronifizierung depressiver Beschwerden verantwortlich sind. Von elf Studien, die diese Hypothese untersuchten, fanden neun gute Unterstützung für diese Überlegung, daß negative Kognitionen depressive Symptome am Leben erhalten bzw. überwinden helfen. "Coping-Hypothese", d.h. das Vorliegen negativer und verzerrter kognitiver Schemata erhöht das Risiko für das Auftreten bzw. die Beibehaltung depressiver Symptome, unabhängig von sonstigen Auslösern (Haupteffekt).

Die mangelnde Bestätigung der ätiologischen Rolle von Kognitionen stellt die

Bedeutung der Kognitiven Therapie nicht in Frage. Diese Behandlungsform wäre nicht die erste oder einzige Therapie, die nachweislich wirksam ist, ohne auf gesicherten kausalen Zusammenhängen aufbauen zu können. Prominente Beispiele dafür sind die bewährten pharmakologischen Behandlungen mit Antidepressiva und Lithium. Auch dort steht die ätiologische Bedeutung der dem Körper zugeführten und nachweislich wirksamen Substanzen ohne überzeugende Belege da. Die Symptom- und die Recovery- bzw. die Copinghypothese sind Anknüpfungspunkte genug, um durch die Beeinflussung von kognitiven Mustern und depressivem Verhalten dem Patienten Hilfe zu verschaffen und den Rückfall hinauszuschieben bzw. zu verhindern.

Kognitive Psychotherapie bei Depressionen

Kognitive Therapie zielt darauf, die fehlerhaften, verzerrten und nicht realitätsangemessenen Gedanken, Bewertungen, Schlußfolgerungen, Ursachenzuschreibungen und Überzeugungen zu erkennen, beobachten zu lassen, ihren Realitätsgehalt zu testen und letztlich zu verändern. Diese Therapie ist daher immer problemorientiert, konkret und spezifisch. Es geht niemals darum, dem Patienten etwas auszureden und per Argumentation ihn eines Besseren zu belehren, sondern durch die Kooperation zwischen Patient und Therapeut Probleme zu identifizieren, die individuellen Blockaden zu erkennen, Alternativen dazu zusammenzutragen und zu prüfen, sowie diese auszuprobieren. Alle im folgenden dargestellten Punkte sind ausführlicher, mit Beispielen bei Beck, Rush, Shaw & Emery (1986), bei Linden & Hautzinger (1981) und bei Hautzinger, Stark & Treiber (1987), dargestellt.

Grundfertigkeiten des kognitiven Therapeuten

Die meisten Fehler und Mißerfolge kognitiver Therapie bei Depression liegen begründet in:

1. Nichtbeachtung der entscheidenden positiven therapeutischen Beziehung verbunden mit dem Nichtklären belastender Faktoren;
2. Profihafes, technisch-steifes Verhalten des Therapeuten, Kleben an der Technik;
3. Therapieverlauf wurde auf das Durcharbeiten von Techniken reduziert und simplifiziert;
4. Der Therapeut ist dirigierend und interpretativ bestimmend;
5. Abgehobene, intellektuelle, dem Patienten fremde Sprache und Erklärungen, damit letztlich fremde und distanzierte Interaktion;
6. Der Therapeut zeigt vorwurfsvolle Haltung und negative Reaktionen (vor allem bei den Hausaufgaben und der Kooperation).

Mag kognitive Therapie auf den ersten Blick wie eine Ansammlung von Techniken erscheinen, die in einem stark strukturierten Rahmen das Vorgehen bestimmen, so darf nicht übersehen werden, daß dieser kognitive, problemzentrierte Ansatz nur auf dem Hintergrund der Verwirklichung grundlegender therapeutischer Verhaltensweisen zur Wirkung kommen kann.

Grundlegend für einen kognitiven Therapeuten sind daher Echtheit und Aufrichtigkeit, Empathie und Verständnis, Akzeptanz und Wärme, doch auch fachliche Kompetenz und professionell-entspanntes Verhalten in der Interaktion. Therapeut und Patient arbeiten zusammen an der Lösung bestimmter Probleme. Dazu strukturiert der Therapeut den therapeutischen Rahmen und die Sitzungszeit. Wiederholt faßt er zusammen, lenkt das Gespräch auf zentrale Aspekte und Probleme, gibt Rückmeldungen und achtet darauf, daß Übungen, Hausaufgaben und konkrete Schritte in der Realität die Sitzung bzw. ein Thema beschließen. Beim Arbeiten an kognitiven Mustern verwirklicht der Therapeut den sogenannten "sokratischen Fragestil", eine Interaktionsform, die aus gelenkten, offenen Fragen besteht, um den Patienten selbst dazu zu bringen, Widersprüche und den Überzeugungen zuwiderlaufende Erfahrungen zu berichten, zu erkennen und zuzulassen. Ebenso werden dadurch Patienten dazu gebracht, selbständig alternative Sichtweisen und Lösungswege zu überlegen und für eine nachfolgende Prüfung, Erprobung und Einübung bereit zu haben.

Zu den Grundfertigkeiten eines Psychotherapeuten im Umgang mit depressiven Patienten gehört es auch, die aktuelle Lage, die Leistungs- und Belastungsfähigkeit eines Patienten einschätzen zu können und alle therapeutischen Schritte darauf abzustimmen. Zu Beginn der therapeutischen Arbeit, aber auch in Krisen und verstärkt depressiven Phasen während der Therapie haben die von Hoffmann, Frese & Hartmann-Zeilberger (1976) dargestellten Prinzipien "beruhigender Versicherungen" und der "ersten Phase" einer Depressionstherapie ihre Gültigkeit.

Verhaltenstherapeutische Elemente

Im Rahmen einer kognitiven Therapie der Depression kommen verschiedene verhaltenstherapeutische Elemente zum Einsatz, durch die eine direkte Verhaltensbeeinflussung, unmittelbare Hilfe, rasche Veränderungen und Erleichterungen, vermehrte positive Erfahrungen und die Behebung von Verhaltensdefiziten erreicht werden sollen. Ziele, die mit diesen Elementen verfolgt werden, sind:

1. Durchbrechen des Teufelskreises von Inaktivität, Passivität, Rückzug und depressiven Symptomen;
2. Überbrückung des Motivationsmangels durch klare Abmachungen bezüglich bestimmter Handlungen und Aktivitäten;
3. Unterbrechung und Ablenkung von Grübeleien und Gedankenkreisen;
4. Erwerb von neuen Fertigkeiten und Bewältigungsressourcen, um depressives Verhalten und Rückfälle weniger wahrscheinlich zu machen;
5. Rollenspiele, Aktivitätsaufbau und verhaltensorientierte Aufgaben liefern in Form von "Experimenten" und "Realitätsprüfungen" wichtige Informationen für die kognitiven Interventionen.

Aktivitätsaufbau

Mit zu den ersten therapeutischen Maßnahmen bei depressiven Patienten gehört es, auf der konkreten Handlungsebene erste Versuche der Aktivierung zu starten, um damit früh positive Erfahrungen und Verstärkung durch die Therapie zu errei-

chen. Beim Aktivitätsaufbau geht es einerseits um die Steigerung bzw. den Wiederaufbau positiver Erfahrungen und Aktivitäten, andererseits um die Reduktion eines Übermaßes an negativen, belastenden Erfahrungen. Wichtigstes Instrument dabei ist der Wochen- oder Tagesplan. Wird der Patient in einer Anfangsphase gebeten, in Form einer täglichen Selbstbeobachtung der Aktivitäten und Ereignisse dieses Protokoll auszufüllen, so dient es später auch dazu, die Tage zu strukturieren und Aktivitäten zu planen. Eine Liste persönlicher Verstärker und angenehmer Aktivitäten hilft in dieser Phase, genügend Ideen und Anregungen für diese allmähliche, sukzessive Steigerung der Aktivitäten verfügbar zu haben.

Aufbau von sozialen Fertigkeiten und Kommunikationsfähigkeit

Die sozialen Beziehungen sind bei depressiven Patienten immer belastet. Soziale Kontakte sind verkümmert, soziales Verhalten ist gehemmt und reduziert. Bei vielen Patienten reicht allein die Behebung der Depression nicht aus, um dieses Brachliegen der sozialen Interaktionen und Interaktionsfähigkeiten zu überwinden. Der Aufbau und die Verbesserung von sozialer Sicherheit, Kontaktverhalten, Kommunikationsfertigkeiten gehört daher mit zu einer erfolversprechenden kognitiven Therapie. Die wesentlichen Mittel dabei sind das Rollenspiel und die Verhaltensübung, die Einbeziehung des Partners und der Familie.

Kognitive Methoden

Vorbereitend hierfür ist eine verständliche und an den persönlichen Erfahrungen des Patienten ansetzende Information und Erklärung dessen, was Kognitionen sind, welche Rolle sie spielen und welche Auswirkungen sie für das emotionale Erleben und Verhalten haben. Grundsätzlich falsch ist es, dem Patienten zu unterstellen, daß er falsch oder irrational denkt. Stattdessen wird versucht, die Art und Weise des Denkens in ganz konkreten Zusammenhängen zu erkennen, die Verbindung des Denkens zu den Gefühlen und körperlichen Symptomen herauszufinden und immer wieder die Adäquatheit und den Realitätsgehalt der Gedanken zu hinterfragen bzw. zu testen.

Der erste Schritt zur Bearbeitung kognitiver Prozesse ist daher die Entdeckung, das Beobachten und Protokollieren von automatischen Gedanken in relevanten und zentralen Problembereichen. Ausgangspunkt dabei sind die Empfindungen, Gefühle und Stimmungen, auch Beschwerden in einem konkretem Zusammenhang, etwa einer Situation oder einer Sensation, also internen und externen Auslösern. Der Patient soll sich die auslösende Sache nochmals genau vorstellen und seine Gefühle zurückerinnern. Während dies geschieht, bittet der Therapeut den Patienten, alles zu äußern, was ihm/ihr zu dieser Vorstellung einfällt, durch den Kopf geht, bildhaft erscheint. Bevorzugt benützt der Therapeut für das Festhalten dieser Kognitionen das "Protokoll negativer Gedanken", das aus fünf Spalten besteht: Auslösender Reiz, Situation / Gefühle, Empfindungen / automatische Gedanken / alternative, angemessenere Gedanken / erneutes Gefühlsurteil aufgrund der alternativen, angemessenen automatischen Gedanken. Das anfängliche Beobachten und Protokollieren automatischer Gedanken füllt die ersten drei

Spalten dieses Arbeitsblattes. Patient und Therapeut lernen auf diese Weise zu erkennen und zu benennen, welche automatischen Gedanken, welche kognitiven Fehler und immer wiederkehrenden Themen im Zusammenhang mit bestimmten Auslösern auftreten.

Eine Vielzahl von kognitiven Techniken ist vorgeschlagen worden, um die so zutage tretenden automatischen Gedanken und Themen, später auch die Grundüberzeugungen zu beeinflussen. Grundlage all dieser Strategien ist immer das gelenkte Fragen des sokratischen Interaktionsstils. Wesentliche Methoden für die Änderung kognitiver Muster sind: Überprüfung und Realitätstesten, Experimentieren, Reattribuierung, kognitives Neubenennen, Alternativen finden, Rollentausch, Kriterien prüfen, Was-ist-wenn-Technik, Übertreiben usw. Der Prozeß der Änderung kognitiver Muster ist meist ein langsamer, mit vielen Rückschlägen. Die alten, gewohnten Denkmuster greifen, vor allem in belastenden, kritischen Situationen, rascher und determinieren das emotionale Erleben. Die neuen Einstellungen und Denkweisen müssen geübt und wiederholt angewandt werden, bevor daraus neue automatische Gedanken bzw. Grundüberzeugungen werden.

Forschungsergebnisse zur kognitiven Depressionstherapie

Inzwischen liegen über 30 empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der hier skizzierten kognitiven Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen vor (vgl. Beck et al., 1986; Hautzinger et al., 1987 für den aktuellsten Überblick). Zusammen mit anderen verhaltenstherapeutischen Arbeiten demonstrieren diese Resultate überzeugend, daß mit der kognitiven Therapie eine psychotherapeutische Behandlung unipolarer Depressionen vorliegt, die kurzfristig der traditionellen trizyklischen Antidepressivatherapie gleichwertig, langfristig der pharmakologischen Behandlung überlegen ist.

Die ersten Arbeiten in den Jahren 1973 bis 1977 ließen dies bereits erkennen. Studien von Shipley & Fazio (1973), Fuchs & Rehm (1976), Shaw (1976) und Rush, Beck, Beck, Kovacs & Hollon (1977) berichteten von Erfolgsquoten zwischen 63 und 83 Prozent. Die Abbrecherquote lag dabei immer deutlich niedriger als bei der medikamentösen Behandlung (zwischen 4% und 33% gegenüber 36% bis 57%). Neuere Vergleichsstudien bestätigten diesen Trend. Inzwischen wurde mehrfach gezeigt, daß bezogen auf verschiedene Erfolgsindikatoren zum Abschluß der meist dreimonatigen Behandlungszeit die kognitive Therapie der antidepressiven Therapie gleichrangig ist, die Kombination beider Verfahren (Medikamente und kognitive Therapie) raschere und tendenziell bessere Erfolge (d.h. Reduktion depressiver Symptome) bringt (Bellack et al., 1981; Blackburn et al., 1981; Roth et al., 1982; Murphy et al., 1984, Teasdale et al., 1984). Die Katamnesen über 6 bis 13 Monaten zeigen einheitlich, daß die kognitive Therapie dazu beiträgt, daß die posttreatment erzielten Erfolge gehalten, vereinzelt sogar gesteigert werden (z.B. Simons et al., 1985).

Hierzulande liegen inzwischen ebenfalls erste Ergebnisse zur Wirksamkeit der kognitiven Therapie bei Depressionen vor (de Jong et al., 1976; Rötzer-Zimmer, 1985; Hautzinger, 1984; Hautzinger et al., 1987). Im Vergleich mit medikamentö-

ser Antidepressivatherapie bewährte sich dabei auch hier das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen. Die Wirksamkeit dieses Ansatzes bei stationär behandelten Patienten konnte demonstriert werden. Wird der Veränderungsprozeß während der kognitiven Therapie näher analysiert, dann wird deutlich, mit welcher Variabilität und mit welcher Vielfalt an Einflüssen bei der Durchführung einer Behandlung gerechnet werden muß. Trotz dieser Einschränkung erscheint es berechtigt, von einer gewissen Überlegenheit der kognitiven Therapie bei unipolaren Depressionen zu sprechen, denn unspezifische Behandlungseinflüsse, die zu einer Symptomreduktion führen, wirken durch die Randomisierung auf alle Behandlungsarten gleich ein und sind möglicherweise auch Erfolge der Intervention (Teasdale et al., 1984).

Perspektiven

Trotz deutlicher Forschungsaktivität sind weitere empirische Arbeiten zur Wirksamkeit und zum Wirkverlauf der kognitiven Therapie unerlässlich. Dabei sind Einflüsse der Therapeuten, des Settings, der Behandlungsfrequenz, der Form und Tiefe der Depression, der prämorbid Merkmale des Patienten, sowie verschiedener Merkmale des Nachkontrollzeitraumes (weitere Therapiekontakte bzw. Medikation, soziales Umfeld, Bewältigungsressourcen usw.) zu kontrollieren. Studien zur breiten Anwendung der kognitiven Therapie sind zur Zeit im Gange. Wichtig erscheint außerdem die Ausweitung dieser Behandlungsform auf jüngere bzw. ältere Patientengruppen. Verschiedene Berichte und Erfahrungen deuten darauf hin, daß dieses kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen bei Depressionen im Jugendalter und bei älteren Menschen zumindest genauso erfolgsversprechend ist wie bei den bislang überprüften Altersgruppen (meist 20 bis 60 Jahre) (Hautzinger, 1986; DiGiuseppe, 1981; Emery, 1981).

Obgleich von der Konzeption her das kognitive Vorgehen eher für das individuelle Arbeiten mit einem Patienten ausgelegt ist, liegen vereinzelt Arbeiten über die gruppentherapeutische Anwendung dieser Psychotherapie bei Depression vor. Eigene Erfahrungen bestätigen, daß diese erfolgreich sein kann (Hollon, 1979). Ebenso erfährt gegenwärtig diese kognitive Therapie eine sinnvolle Ausweitung auf die Behandlung verschiedenster psychiatrischer Erkrankungen (wie z.B. Ängste, Panikattacken und Phobien, Suchtproblemen, sexuelle Störungen, Persönlichkeitsstörungen usw.) (vgl. Emery, Hollon & Bedrosian, 1981; Beck & Emery, 1985). Verstärkt betont und im therapeutischen Rahmen berücksichtigt werden muß noch die Einbeziehung der Sozialpartner depressiver Patienten. Ein zu enges, individualpsychologisches Verständnis von Depression wird der Signifikanz der engeren sozialen Umwelt für die Auslösung und Aufrechterhaltung einer Depression nicht gerecht (Hautzinger, Hoffmann & Linden, 1982). Hier sind weitere konzeptionelle Probleme zu lösen, obgleich Vorschläge vorliegen (vgl. Hautzinger et al., 1987).

Literatur

- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P. & TEASDALE, J. D. 1978. Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
BECK, A. T. 1974. A cognitive approach to depression. In: Friedman, R. J. & Katz, M. M. (Eds.): *The psychology of depression*, New York: Wiley & Sons.

BECK, A. T. 1976. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: University Press.

BECK, A. T. & EMERY, G. 1969. Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. 1986. Kognitive Therapie der Depression. München: Psychologie Verlags Union. (2. Auflage)

BELLACK, A. S., HERSEN, M. & HIMMELHOCH, J. 1981. Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. American Journal of Psychiatry, 138,1562-1567.

BLACKBURN, I. M., BISHOP, S., GLEN, A. I. M., WHALLEY, L. J. & CHRISTIE, J. E. 1981. The efficacy of cognitive therapy in depression. British Journal of Psychiatry, 138,181-189.

BREWIN, C. R. 1985. Depression and causal attributions: What is their relation. Psychological Bulletin, 98,297-309.

COYNE, J. C. & GOTLIEB, I. H. 1983. The role of cognition in depression: A critical appraisal. Psychological Bulletin, 94,472-505.

DEJONG, R., TREIBER, R. & HENRICH, G. 1986. Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with characterological depression. Cognitive Therapy and Research, 10,645-663.

DIGUISEPPE, R. A. 1981. Cognitive therapy with children. In: G. Emery et al. (Eds.): New directions in cognitive therapy, New York: Guilford Press.

EMERY, G. 1981. Cognitive therapy with the elderly. In: G. Emery et al. (Eds.): New directions in cognitive therapy, New York: Guilford Press.

EMERY, G., HOLLON, S. D. & BEDROSIAN, R. C. 1981. New directions in cognitive therapy. New York: Guilford Press.

FUCHS, C. & REHM, L. P. 1976. A self-control behavior therapy program for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,206-215.

HAUTZINGER, M. 1981. Kognition und Depression. In: Hautzinger, M. & Greif, S. (Hrsg.): Kognitionspsychologie der Depression, Stuttgart: Kohlhammer.

HAUTZINGER, M. 1984. Veränderungsverläufe depressiver Symptomatik unter kognitiver Verhaltenstherapie. In: Hautzinger, M. & Straub, R. (Hrsg.): Psychologische Aspekte depressiver Störungen, Regensburg: S. Roderer Verlag.

HAUTZINGER, M. 1986. Psychologische Therapieansätze bei Depressionen im Alter. In: M. Bergener (Hrsg.): Depressionen im Alter, Darmstadt: Steinkopff Verlag.

HAUTZINGER, M., BAUMGARTNER, P., NEHRHÖVER, W. & SCHMITZ, B. 1987. Zeitreihenanalysen kognitiver Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26,256-263.

HAUTZINGER, M. & GREIF, S. 1981. Kognitionspsychologie der Depression. Stuttgart: Kohlhammer.

HAUTZINGER, M., HOFFMANN, N. & LINDEN, M. 1982. Interaktionsanalysen depressiver und nichtdepressiver Patienten und ihrer Sozialpartner. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 29,246-263.

HAUTZINGER, M., STARK, W. & TREIBER, R. 1987. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. München: Psychologie Verlags Union.

HOFFMANN, N., FRESE, M. & HARTMANN-ZEILBERGER, J. 1976. Psychologische Therapie bei Depressionen. In: N. Hoffmann (Hrsg.): Depressives Verhalten, Salzburg: Otto Müller Verlag.

KAMMER, D. & HAUTZINGER, M. 1987. Kognitive Depressionsforschung. Bern: Huber.

LINDEN, M. & HAUTZINGER, M. 1981. Psychotherapie Manual. Berlin: Springer.

MURPHY, G. E., SIMONS, A. D., WETZEL, R. D. & LUSTMAN, P. J. 1984. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Archives of General Psychiatry, 41,33-41.

PETERSON, C. & SELIGMAN, M. E. P. 1984. Causal explanation as a risk factor for depression. Psychological Review, 91,347-374.

RÖTZER-ZIMMER, F. T. 1985. Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Patienten. Entwicklung und Perspektiven in der Therapieforchung. In: Heimann, H. & Gartner, H. J. (Hrsg.): Kongressbericht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, .

ROTH, P., BIESLKI, R., JONES, M., PARKER, W. & OSBORNE, F. 1982. A comparison of self-control therapy and combined self-control therapy and antidepressant medication in the treatment of depression. Behavior Therapy, 13,133-144.

RUSH, A. J., BECK, A. T., KOVACS, M. & HOLLON, S. D. 1977. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy and Research, 1,17-37.

SELIGMAN, M. E. P. 1975. Learned helplessness. San Francisco: Freeman & Comp.

SHAW, B. F. 1976. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,534-551.

SHIPLEY, C. R. & FAZIO, A. F. 1973. A pilot study of treatment for psychological depression. Journal of Abnormal Psychology, 82,372-376.

SIMONS, A. D., GARFIELD, S. L. & MURPHY, G. E. 1985. The process of change in cognitive

therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychiatry, 41,45-51.

TEASDALE, J. D., FENNEL, M., HIBBERT, G. A. & AMIES, P. L. 1984. Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. British Journal of Psychiatry, 144,400-406.

Keywords: cognitive therapy, depression

Summary: This paper summarizes the cognitive approaches to the understanding of depressive disorders. Both Beck's and Seligman's cognitive models and their empirical evaluations are described. Currently, there is only minimal support for the etiological role of cognition in depression. Several alternative hypotheses of the status and function of cognitive variables are presented. There is no doubt about the symptomatological role of cognitive disturbances in depression. Cognitive therapy focuses mainly on these thoughts, assumptions and believes. Together with more behaviorally oriented strategies like pleasant and unpleasant activities, social skill training and training in interactional behavior and communication, the cognitive interventions have good empirical support. The actual state of therapy research about cognitive therapy with depressed patients is discussed. Some future directions and perspectives in cognitive therapy are presented.

Anschrift des Autors:
 Dr. Martin Hautzinger
 Universität Konstanz
 Postfach 5560
 D 7750 Konstanz 1