

Hoyer • Vogel

# Verhaltensaktivierung

## Techniken der Verhaltenstherapie



E-BOOK INSIDE +  
ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

Hoyer • Vogel

## Verhaltensaktivierung



### **Hoyer • Vogel: Verhaltensaktivierung. Techniken der Verhaltenstherapie**

Mit dem untenstehenden Download-Code erhalten Sie die PDF-Version dieses Buches. Bitte beachten Sie den Hinweis auf die zusätzlichen Arbeitsmaterialien im Anhang.

So laden Sie Ihr E-Book inside herunter:

1. Öffnen Sie die Website: <http://www.beltz.de/ebookinside>
2. Geben Sie den untenstehenden Download-Code ein und füllen Sie das Formular aus
3. Mit dem Klick auf den Button am Ende des Formulars erhalten Sie Ihren persönlichen Download-Link [Für den Einsatz des E-Books in einer Institution fragen Sie bitte nach einem individuellen Angebot unseres Vertriebs: [vertrieb@beltz.de](mailto:vertrieb@beltz.de). Nennen Sie uns dazu die Zahl der Nutzer, für die das E-Book zur Verfügung gestellt werden soll.]
4. Beachten Sie bitte, dass der Code nur einmal gültig ist. Bitte speichern Sie die Datei auf Ihrem Computer

Download-Code

Jürgen Hoyer • Diana Vogel

# Verhaltensaktivierung

Techniken der Verhaltenstherapie.

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

**BELTZ**

*Anschrift der Autoren:*  
Professor Dr. Jürgen Hoyer  
Technische Universität Dresden  
Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie  
Hohe Str. 53  
01 187 Dresden

Dipl.-Psych. Diana Vogel  
Technische Universität Dresden  
Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie  
Hohe Str. 53  
01 187 Dresden

Reihe »Techniken der Verhaltenstherapie«  
Herausgeber:  
Dr. Peter Neudeck  
Praxis in der Salzgasse  
Psychotherapie, Supervision, Coaching  
Lehrpraxis der AVT Köln  
Salzgasse 7  
50 667 Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28509-4 Print  
ISBN 978-3-621-28510-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2018

© 2018 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Natalie Brecht  
Umschlagbild: iStock/cherezoff  
Herstellung: Uta Euler  
Gesamtherstellung: Beltz Bald Langensalza GmbH, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Vorwort	10
<b>1</b> Verhaltensaktivierung: Einführung in die Methode	12
<b>2</b> Indikation und Kontraindikation	42
<b>3</b> Behandlungsaufbau und Vorbereitung	46
<b>4</b> Durchführung und Anwendung der Technik	59
<b>5</b> Besonderheiten	125
<b>Anhang</b>	133
Arbeitsblätter	134
Prüfungsfragen	156
Hinweise zu den Arbeitsmaterialien	158
Literatur	160
Sachwortverzeichnis	166



# Inhalt

Vorwort	10
<b>1 Verhaltensaktivierung: Einführung in die Methode</b>	<b>12</b>
1.1 Hintergrund: das Verstärker-Verlust-Modell nach Lewinsohn (1974)	14
1.1.1 Empirische Evidenz zum Verstärker-Verlust-Modell	16
1.1.2 Erweiterung des Verstärker-Verlust-Modells: ein integratives Modell der Depression	21
1.1.3 Die Ableitung therapeutischer Interventionen aus dem Verstärker-Verlust-Modell	22
1.2 Neuere Ansätze der Verhaltensaktivierung	25
1.2.1 Ansatz nach Martell: Behavioral Activation for Depression	26
1.2.2 Ansatz nach Lejuez: Brief Behavioral Activation Treatments for Depression	27
1.2.3 Ansatz nach Alexopoulos: ENGAGE Therapy	29
1.3 Komponenten der Verhaltensaktivierung	31
1.3.1 Aktivitätenmonitoring	33
1.3.2 Aktivitätenplanung	34
1.4 Empirische Befunde zur Wirksamkeit der Verhaltensaktivierung	36
1.5 Angenommene Wirkmechanismen und ihre Prüfung	38
<b>2 Indikation und Kontraindikation</b>	<b>42</b>
2.1 Verhaltensaktivierung bei Depression	42
2.2 Verhaltensaktivierung bei anderen psychischen Störungen	43
2.3 Verhaltensaktivierung in der gesundheitspsychologischen Anwendung	44
2.4 Kontraindikation	45
<b>3 Behandlungsaufbau und Vorbereitung</b>	<b>46</b>
3.1 Konzeptioneller Handlungsrahmen	46
3.2 Die therapeutische Grundhaltung	47
3.3 Struktur und Inhalte der Sitzungen	50
3.4 Patientenunterlagen	51
3.5 Verlaufsmessung	53
3.6 Vorbereitung der Patienten auf das Gruppenformat	56
<b>4 Durchführung und Anwendung der Technik</b>	<b>59</b>
4.1 Sitzung 1: Psychoedukation über Depression und Aktivitätenmonitoring	60

4.1.1	Ziele der Sitzung	60
4.1.2	Sitzungsinhalt	60
4.1.3	Besonderheiten im Gruppensetting	73
4.2	Sitzung 2: Einführung in die Aktivitätenplanung	75
4.2.1	Ziele der Sitzung	75
4.2.2	Sitzungsinhalte	75
4.2.3	Besonderheiten im Gruppensetting	89
4.3	Sitzung 3: aktiver Umgang mit Grübelgedanken	91
4.3.1	Ziele der Sitzung	91
4.3.2	Sitzungsinhalte	91
4.3.3	Besonderheiten im Gruppensetting	96
4.4	Sitzung 4: aktives Problemlösen und Vermeidung überwinden	96
4.4.1	Ziele der Sitzung	96
4.4.2	Sitzungsinhalte	97
4.4.3	Besonderheiten im Gruppensetting	105
4.5	Sitzung 5: soziale Netzwerke	106
4.5.1	Ziele der Sitzung	106
4.5.2	Sitzungsinhalte	106
4.5.3	Besonderheiten im Gruppensetting	112
4.6	Sitzung 6: offene Sitzung mit Themenschwerpunkt nach Bedarf	113
4.6.1	Ziele der Sitzung	113
4.6.2	Sitzungsinhalte	114
4.6.3	Besonderheiten im Gruppensetting	117
4.7	Sitzung 7: Rückfallprophylaxe 1: individuelle Frühwarnzeichen und Hochrisikosituationen	117
4.7.1	Ziele der Sitzung	117
4.7.2	Sitzungsinhalte	118
4.7.3	Besonderheiten im Gruppensetting	120
4.8	Sitzung 8: Rückfallprophylaxe 2: Zusammenfassung und Planung eines mittelfristigen Zieles	121
4.8.1	Ziele der Sitzung	121
4.8.2	Sitzungsinhalte	121
4.8.3	Besonderheiten im Gruppensetting	123
<b>5</b>	<b>Besonderheiten</b>	125
5.1	Erfahrungen mit der Methode der Verhaltensaktivierung	125
5.2	Verhältnis zu anderen verhaltensbezogenen Interventionen bei der Depression	126
5.2.1	Schlafentzug	126
5.2.2	Lauftherapie/Sport	127
5.3	Ausblick	129

<b>Anhang</b>	133
AB 1.1 Leitfaden zur Auswertung der Aktivitätenprotokolle	134
AB 1.2 Übersicht über die Inhalte der Gruppenbeziehungen	135
AB 1.3 Depression – was ist das?	136
AB 1.4 Modell der Depression mit Fokus Verhaltensaktivierung (nach Martell et al, 2010)	137
AB 1.5 Stimmungsprotokoll für die Woche von____ bis____	138
AB 2.1 Lernen Sie, Ihr Verhalten besser zu verstehen	140
AB 2.2 Die Spirale sich bessernder/niedergeschlagener Stimmung	141
AB 2.3 Ziele und Werte – Aktivitäten, die ich aufgegeben habe	143
AB 2.4 Aktivitätsplanung	144
AB 3.1 Wann und worüber grübele ich?	145
AB 3.2 Was kann ich aktiv gegen das Grübeln tun?	146
AB 4.1 Aktives Problemlösen	147
AB 4.2 Aktives Problemlösen/eigenes Beispiel	148
AB 5.1 Soziale Beziehungen und Depression	149
AB 5.2 »Buddy« – Vertrag	151
AB 6.1 Meine Frühwarnzeichen	152
AB 6.2 Hochrisikosituationen	153
AB 7.1 Zusammenfassung der Therapieinhalte	154
AB 7.2 Mein nächstes Ziel	155
Prüfungsfragen	156
Hinweise zu den Arbeitsmaterialien	158
Literatur	160
Sachwortverzeichnis	166

## Vorwort

Unter einer Depression zu leiden ist, als würde man das Leben durch eine dunkle Brille sehen. Depressionen verzerren nicht nur Gedanken ins Negative, sie engen auch die Perspektive ein und nehmen den Mut zu neuen Lösungsversuchen. Die Energie scheint zu fehlen, Traurigkeit, Mutlosigkeit, Selbstzweifel, Schuldgefühle sind typisch. In den allermeisten Fällen ist es dennoch möglich, den Alltag allmählich wieder angenehmer zu machen, indem man das für die Verhaltenstherapie leitende Prinzip der kleinen Schritte befolgt: kleine Schritte in Richtung der eigenen Wünsche und Werte zu gehen.

Während einer Depression ist es also wenig heilsam, über ihre Ursachen und Auswirkungen nachzugrübeln. Besser ist es, die eigenen verbliebenen Möglichkeiten zu nutzen, sich aus ihr herauszubewegen. Dieser Grundsatz erschien uns gerade für akute Depressionen besonders geeignet. Seit Jahren behandeln wir deshalb Patienten, die sich für eine ambulante Verhaltenstherapie angemeldet haben und bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, mit der Methode der Verhaltensaktivierung. Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bieten wir zumeist Gruppentherapien an, die im Acht-Wochen-Zyklus stattfinden.

Die Erfolge haben uns selbst verblüfft, denn die Besserungsraten nach nur acht Wochen ähneln denen langwieriger und komplexer Depressionsbehandlungen. Patienten äußern sich oft deshalb besonders zufrieden, weil sie von Anfang an ein hoch strukturiertes Programm durchlaufen, das sich nicht scheut, konkrete Vorschläge zu machen, was man gegen die Depression tun kann; Vorschläge, die als leicht nachvollziehbar erlebt werden, da sie direkt an dem persönlichen Aktivitätenprofil der Patienten ansetzen. Allein diese (Wieder-)Verfügbarkeit von Handlungsmöglichkeiten wirkt der Hoffnungslosigkeit entgegen und ermöglicht früh erste Erfolgserlebnisse. Gegenüber früheren »klassischen« Ansätzen zur Verhaltensaktivierung nutzen wir dabei die moderneren Varianten, welche den Wertebezug des Verhaltens betonen. Es geht also nicht einfach nur um ein »Mehr« an Aktivitäten oder gar eine Rückkehr in alte und möglicherweise schädliche Routinen, sondern um eine bessere Ausrichtung des Verhaltens an den eigenen Werten und Zielsetzungen, an dem, was der Patientin oder dem Patienten wichtig ist. Auf diese Weise wird Verhalten wieder im positiven Sinne verstärkungswirksam.

Aufgrund der Erfahrungen mit inzwischen 150 Einzel- und Gruppenbehandlungen auf der Basis der wertebezogenen Verhaltensaktivierung, freuen wir uns, diesen Ansatz einschließlich seiner verstärkungstheoretisch begründeten Wurzeln nun in der Reihe »Techniken der Verhaltenstherapie« vorstellen zu dürfen. Unser erster Dank gilt dabei den Patienten, insbesondere denjenigen, die wir im Hinblick auf die Fallbeispiele im Buch zusätzlich interviewt haben und die ihre Einwilligung dazu gegeben haben, Teile ihrer Erlebnisse und Behandlungsgeschichte in diesem Buch anonymisiert wiederzufinden. Gleichzeitig danken wir dem Herausgeber, Dr. Peter Neudeck, und dem Beltz Verlag.

Beim Entstehen des Buches waren Vor-Versionen des hier zugrunde gelegten Manuals eine große Hilfe, für deren Erstellung wir Dipl.-Psych. Esther Nickerl und Dipl.-Psych. Nadine Furka (die auch Vorarbeiten zu diesem Manuskript einbrachte) herzlich danken möchten. Beim Übertrag des Manuals in die Praxis und bei der Organisation unserer Verhaltensaktivierungsgruppen danken wir Dipl.-Psych. Christin Thureau für ihre Unterstützung. Ferner gilt unsere Anerkennung dem Team der Institutsambulanz für Psychotherapie der TU Dresden und den vielen Kolleginnen und Kollegen, die neben uns die Gruppentherapien durchgeführt und evaluiert haben.

Abschließend folgt ein Leserhinweis: Zwar wissen wir, dass im deutschsprachigen Sprachraum die ambulante Verhaltenstherapie in aller Regel im Einzelsetting durchgeführt wird, dennoch stellen wir für die einzelnen Sitzungen unseres Manuals für die Verhaltensaktivierung immer auch Besonderheiten für das Gruppensetting heraus. Wir hoffen, dass dies dazu ermutigt, mehr Gruppentherapien durchzuführen, damit Wartezeiten reduziert werden und die Therapien in der gleichen Zeit einer größeren Anzahl an Menschen zugutekommen.

Dresden, im Herbst 2017

*Jürgen Hoyer und Diana Vogel*

# 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

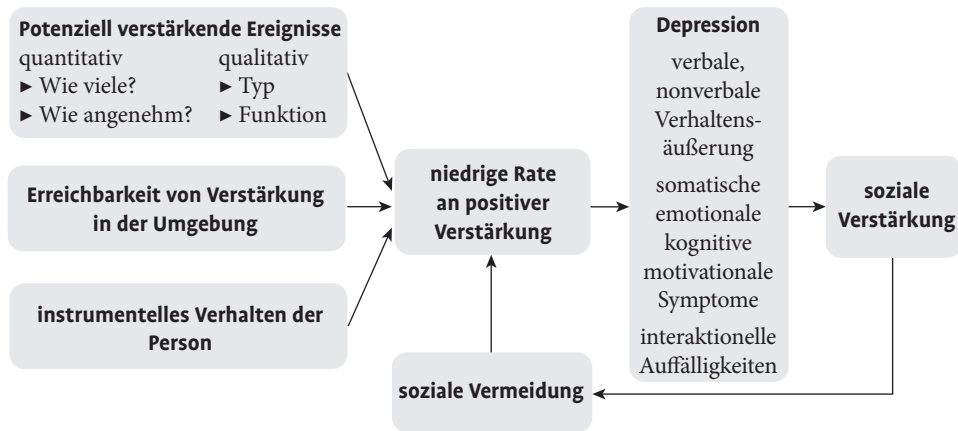
den Prinzipien der operanten Konditionierung, mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit wieder gezeigt, da dem Verhalten eine positive Konsequenz folgte.

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