

Verhaltensaufbau und -aktivierung

Jürgen Hoyer
Lena V. Krämer

Standards der
Psychotherapie

 hogrefe

Verhaltensaufbau und -aktivierung

Standards der Psychotherapie Band 8

Verhaltensaufbau und -aktivierung

Prof. Dr. Jürgen Hoyer, Dr. Lena V. Krämer

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf

Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Martin Hautzinger, Kurt Hahlweg, Jürgen Margraf, Winfried Rief

Jürgen Hoyer
Lena V. Krämer

Verhaltensaufbau und -aktivierung



Prof. Dr. Jürgen Hoyer, geb. 1958. 1977–1984 Studium der Psychologie in Göttingen. 1984–1987 Therapeutischer Mitarbeiter in der Forensischen Psychiatrie. Ausbildungen in Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. 1987–1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Hochschulassistent an der Universität Frankfurt. 1992 Promotion. 1999 Habilitation. Seit 1999 am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, dort Leiter der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie, und seit 2013 Inhaber der Professur für Behaviorale Psychotherapie.

Dr. Lena V. Krämer, geb. 1983. 2002–2008 Studium der Psychologie in Freiburg. 2008–2013 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie sowie der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. 2013 Promotion. Seit 2013 Akademische Rätin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg. 2019 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2984-7; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2984-8)
ISBN 978-3-8017-2984-4
<https://doi.org/10.1026/02984-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Einführung in die Interventionsmethode	3
1.1 Beschreibung der Methode	4
1.2 Allgemeine Interventionsprinzipien	6
1.3 Entwicklungsgeschichte und Varianten	8
1.4 Behandlungsvorbereitende Technik versus störungsspezifische Methode	12
1.5 Menschenbild und Krankheitskonzept	13
2 Theorien und Erklärungskonzepte	14
2.1 Aktivitätsminderung, Antriebsverlust und Anhedonie bei Depression	14
2.2 Verstärkerverlusttheorie	15
2.3 Health Action Process Approach (HAPA)	19
2.4 Persönlichkeit und Verhaltenskontrolle	21
2.5 Verwandte Konzepte: Ikigai	23
2.6 Verwandte Konzepte: Genusstraining	25
3 Diagnostik und Indikation	27
3.1 Indikationsstellung und selektive Indikation	27
3.2 Wann ist Verhaltensaktivierung indiziert – jenseits der Depression?	28
3.3 Spezielle Zielgruppen	30
3.3.1 Einsatz bei Älteren	30
3.3.2 Einsatz bei chronischer körperlicher Erkrankung	32
3.4 Diagnostische Verfahren	34
3.5 Kontraindikationen	36
4 Behandlungspraxis	37
4.1 Grundlegende Herangehensweise	37
4.1.1 Therapeutenverhalten	37
4.1.2 Kein Lernen ohne Üben	39
4.2 Die Therapiemethode im Überblick	41
4.3 Aufklärung und Aufbau von Therapiemotivation	42

VI Inhaltsverzeichnis

4.3.1	Psychoedukation, Benennung diagnostischer Ergebnisse und zentraler Probleme	42
4.3.2	Vermitteln des Therapierationals	42
4.3.3	Stimmungs-/Aktivitätsprotokolle	47
4.3.4	Steigerung der Selbstwirksamkeit	53
4.4	Zielaktivität bestimmen	55
4.4.1	Liste positiver Aktivitäten	55
4.4.2	Stimmungsprotokolle	56
4.4.3	Werteorientierte Aktivitäten	57
4.4.4	Aktivität statt Grübeln und Vermeiden	61
4.4.5	Aufbau sozialer Beziehungen	65
4.4.6	Körperliche Aktivierung	66
4.5	Aktivitätenplanung	69
4.5.1	Einen Verhaltensplan aufstellen	70
4.5.2	Wochenplan	74
4.5.3	Umsetzungsversuch	74
4.6	Umgang mit Barrieren	76
4.6.1	Identifikation von Barrieren	76
4.6.2	Strategien zum Umgang mit Barrieren	78
4.6.3	Umsetzungsversuche	81
4.7	Aufrechterhaltung der Aktivität	82
4.7.1	Umgang mit Misserfolg: Normalisierung und Blick nach vorne	82
4.7.2	Umgang mit Erfolg: Selbstverstärkung	84
4.7.3	Flexibilisierung der Zielaktivität	85
4.8	Kombination mit anderen Methoden und Techniken	86
5	Einsatzbereiche	88
5.1	Einzel- versus Gruppentherapie	88
5.2	Ambulantes versus stationäres Setting	88
5.3	Internet- und mobilebasierte Interventionen	89
6	Evidenzlage und wissenschaftliche Beurteilung	93
6.1	Wissenschaftliche Studien zur Verhaltensaktivierung	93
6.2	Wirkmechanismen der Verhaltensaktivierung	94
6.3	Ungeklärte Fragen	97
7	Anwendungsbeispiele	98
7.1	Behandlung einer Depression mit starkem Überforderungserleben	98
7.2	Behandlung einer Depression mit starken Rückzugstendenzen	100
7.3	Behandlung einer Depression bei körperlicher Erkrankung	102

8	Ausblick	105
9	Weiterführende Literatur	107
10	Literatur	108
11	Kompetenzziele und Lernkontrollfragen	119
12	Anhang	122
	Rückzugsspirale	122
	Aktivierungsspirale	123
	Aktivitäten- und Stimmungsprotokoll	124
	Liste positiver Aktivitäten	125
	Lebensbereiche und ihre Wichtigkeit	132
	Übung Werte sortieren	133
	Werte- und Aktivitäten-Kompass	134
	Mein Verhaltensplan	135
	Wochenplan	136
	Innere und äußere Barrieren	137

Vorwort

Viele Menschen leiden unter einem Mangel an Antrieb, an Interessenverlust oder Freudlosigkeit. Sie leiden unter Passivität, Entscheidungsschwierigkeiten oder fortgesetztem Grübeln. Jede neue Handlung scheint zu einer Last zu werden und sie ziehen sich auch aus sozialen Aktivitäten zurück. Man möchte ihnen zurufen „just do it!“ – aber Dinge einfach anzugehen und auszuprobieren, das fällt gerade Menschen mit depressiven Symptomen besonders schwer. Denn die Kompetenzen, sich auf eine Aufgabe zu fokussieren, sich realistische Ziele zu setzen und diese tatsächlich umsetzen, sind geschwächt.

Die psychotherapeutische Standardmethode, um diese Kompetenzen zu vermitteln oder „wiederzubeleben“, heißt „Verhaltensaktivierung“. Synonym werden auch die Begriffe „Verhaltensaufbau“ oder „Aktivitätenaufbau“ verwendet. Während Techniken der Verhaltensaktivierung lange Zeit nur als eine Teilkomponente der kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz kam (z. B. in Kombination mit kognitiver Umstrukturierung), hat sich die Verhaltensaktivierung heute als alleinstehende Behandlungsform etabliert, die weltweit eingesetzt und beforscht wird. Entgegen dem nachvollziehbaren Wunsch vieler Patienten, die bestehenden Probleme in der Therapie umfassend zu analysieren und zu lösen, wird in der Verhaltensaktivierung ein dem entgegengesetzter Ansatz gewählt, der nicht am Problem, sondern an der Lösung ansetzt: Dem „Prinzip der kleinen Schritte“ folgend, wird ein kleines Erfolgserlebnis an das nächste gereiht, bis Stimmung und Aktivitätsrate sich verbessert haben und die natürlichen psychologischen Ressourcen wieder verfügbar sind.

Wir sind den Herausgebern und der Herausgeberinnen der Reihe „Standards der Psychotherapie“ und namentlich Prof. Dr. Martin Hautzinger, der uns bei diesem Band tatkräftig unterstützt hat, dankbar für die Chance, den Ansatz der Verhaltensaktivierung hier vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur und gleichzeitig praxisnah darstellen zu können. Unsere Auffassung ist, dass gerade bei Depressionen und verwandten Syndromen möglichst einfache Hilfestellungen zu bevorzugen sind, die für Patienten leicht verständlich und umsetzbar sind. Dafür möchten wir mit dem vorliegenden Band zahlreiche Anregungen geben.

Unser Dank gilt auch Paula Frei, Lea Heinrich und Lena Keinhorst (Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg) für

ihre Unterstützung bei der Erstellung von Grafiken und dem Einpflegen von Referenzen sowie Dipl.-Psych. Christin Thureau (Institutsambulanz und Tagesklinik der TU Dresden) für das Bereitstellen eines klinischen Fallbeispiels.

Dresden und Freiburg im August 2020

Jürgen Hoyer
und Lena V. Krämer

1 Einführung in die Interventionsmethode

Der Aufbau verstärkungswirksamen Verhaltens bzw. die Verhaltensaktivierung ist eine klassische verhaltenstherapeutische Methode, die auf Theorien operanten Lernens beruht. Sie zielt auf die Erhöhung der Rate verstärkungswirksamer Verhaltensweisen im Alltag ab und wirkt damit typischen depressiven Symptomen wie Rückzug, Passivität, Antriebsminderung und Anhedonie auf komplementäre Weise entgegen.

Anwendung bei Passivität, Rückzug und Anhedonie

Sie ist im Bereich der Depressionsbehandlung zu den Standards der Psychotherapie zu zählen. Zahlreiche neuere Studien zeigen zudem, dass sich ihr Wirkspektrum auch für andere Störungen und Anwendungsbereiche erfolgreich nutzen lässt (vgl. z. B. Acierno et al., 2016). Hierzu zählen z. B. so verschiedene Störungsbilder und Indikationsbereiche wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Generalisierte Angststörungen, chronische Erschöpfung, demenzielle Entwicklungen, Raucherentwöhnung oder Adipositas. Zudem ist bei Störungen wie chronischen Schmerzsyndromen, Erschöpfungssyndromen oder somatischen Belastungsstörungen Verhaltensaktivierung ein häufiges Therapieziel.

Im Vergleich mit den kognitiven Methoden (Hautzinger & Pössel, 2017) wird die Verhaltensaktivierung – bei in etwa gleicher Wirksamkeit (vgl. Kapitel 6.1) – von vielen internationalen Autoren als einfacher lern- und lehrbar angesehen. Ihre Eignung auch für die Behandlung schwer depressiver Patientinnen und Patienten, auch in stationärer Psychotherapie, ist empirisch gut belegt. Gleichzeitig ist die stimmungsaufhellende und stabilisierende Wirkung von verstärkenden Aktivitäten durch psychologische Grundlagenforschung untermauert (vgl. z. B. Oertel & Matura, 2017). In der Lage zu sein, sich unabhängig von aktuellen Stimmungen für alltägliche Handlungen zu motivieren, kann als basale Kompetenz der Emotionsregulation angesehen werden (Magidson, Roberts, Collado-Rodriguez & Lejuez, 2014).

Aktivitäten wirken stimmungsaufhellend und stabilisierend

In Deutschland kann die Verhaltensaktivierung dennoch als unterrepräsentiert gelten. Ihr Wert für die Depressionsbehandlung und für die Psychotherapieausbildung wurde lange unterschätzt, das Stichwort „Verhaltensaktivierung“ fehlt in Fachwörterbüchern, und in den wichtigsten Lehrbüchern für Klinische Psychologie und Psychotherapie suchte man ein Kapitel zur Verhaltensaktivierung vergebens. Dies ändert sich in den letzten Jahren (Hoyer & Teismann, in Druck; Hoyer & Vogel, 2018) insbesondere wegen der überzeu-

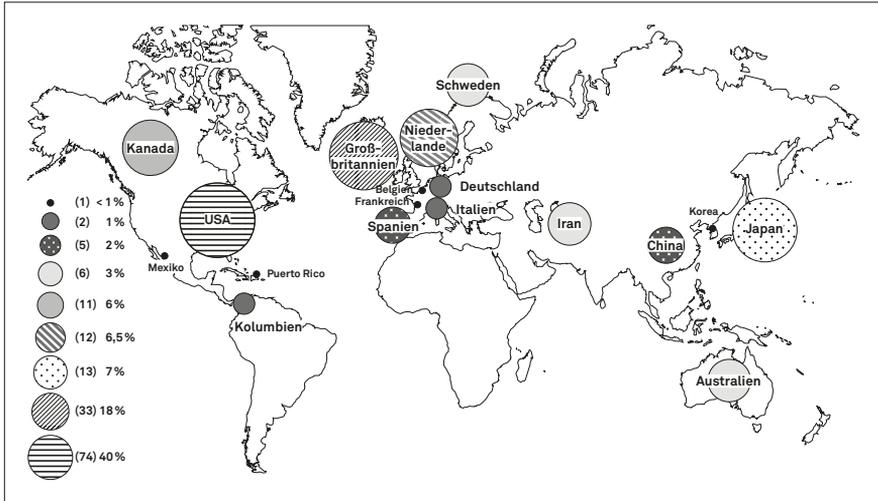


Abbildung 1: Publikationen zum Thema Verhaltensaktivierung von 2012 bis 2017¹

genden Erneuerung der Methode durch jüngere amerikanische Autoren (Kanter, Busch & Rusch, 2009; Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters & Pagoto, 2011; Martell, Addis & Jacobson, 2001; Martell, Dimidjian & Hermann-Dunn, 2010). In der internationalen Depressionsforschung wird die Verhaltensaktivierung (engl. Behavioral Activation) von vielen Autoren als eigenständige Therapieform (neben der kognitiven Verhaltenstherapie) betrachtet. Die Karte in Abbildung 1 zeigt, dass vor allem in anglo-amerikanischen Ländern zur Verhaltensaktivierung geforscht wird, aber auch, dass der Ansatz in Deutschland unterproportional aufgegriffen wird. Die relativ große Bedeutung in Japan sehen wir in Zusammenhang mit der japanischen Lebensphilosophie, die wir in Kapitel 2.5 vertiefen.

Wir freuen uns, wenn das vorliegende Buch einen Beitrag dazu liefern kann, die Interventionsmethode „Verhaltensaktivierung“ in der Praxis und Ausbildung der Psychotherapie noch bekannter und ihren großen Nutzen auch im deutschsprachigen Raum noch besser zugänglich zu machen.

1.1 Beschreibung der Methode

Verhaltensaktivierung ist neben kognitiver Umstrukturierung *die* klassische Methode zur Behandlung depressiver Erkrankungen. Sie setzt unmittelbar an

1 *PsycInfo-Suche:* TI („behavioral activation“ OR „behavioural activation“) NOT TI („behavioral activation system“ OR „behavioural activation system“), Januar 2012 bis August 2017.

den Symptomen der Depression an, die von den Betroffenen als besonders beeinträchtigend empfunden werden: sozialer Rückzug, Interessenverlust, Inaktivität und Anhedonie. Die Verhaltensaktivierung berücksichtigt damit die Stimmungslage von depressiven Patienten in besonderem Maße. Denn was brauchen depressive Patienten in der Therapie am meisten? Es sind – vor allem in der schweren Depression und am Anfang der Therapie – nicht die komplexen, kognitiv anspruchsvollen Methoden oder stark auf Reflexion und Einsicht basierende Interventionen, sondern einfache, klar nachvollziehbare Behandlungsschritte.

**Einfache, klare
Behandlungs-
schritte**

In schweren depressiven Episoden können kognitive Methoden den anhedonischen, konzentrationsgeschwächten Patienten schnell überfordern, wohingegen einfache, verhaltensorientierte Vorgehensweisen noch umgesetzt werden können. Nicht umsonst ist Aktivierung auf vielen psychiatrischen Depressionsstationen die Maßnahme der ersten Wahl. Hinzu kommt, dass eine initiale Reduktion der oben genannten Symptome eine wichtige Voraussetzung für die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen und Schemata im Rahmen der weiteren psychotherapeutischen Behandlung darstellt. Für viele Depressionsexperten ist deshalb die Verhaltensaktivierung der erste und wichtigste Schritt in der Depressionsbehandlung. Auch im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie spielt die Verhaltensaktivierung eine wichtige Rolle: Wie ausgeprägt diese ist, hängt aber stark von der Prioritätensetzung einzelner Autoren ab. In der ursprünglichen Konzeption der kognitiven Therapie der Depression nach Beck (A. T. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) wird betont, wie wichtig „mastery and pleasure“, also das Bewältigen und die Befriedigung dadurch, sind. In anderen grundlegenden Werken wird Verhaltensaktivierung jedoch nicht (mehr) erwähnt (J.S. Beck, 1999; A. T. Beck & Bredemeier, 2016).

**Überforderung
wird vermieden**

Verhaltensaktivierung bedeutet, wie der Name schon sagt, die Aktivitätsrate von Patienten zu erhöhen und gegen Symptome des Rückzugs und der Antriebslosigkeit anzugehen. Der Vollzug alltäglicher, gut zu bewältigender Verhaltensweisen und die damit einhergehenden Verstärkungswirkungen motivieren den Patienten und unterstützen beim Wiederaufbau eines gesunden Aktivitätsniveaus. Verhaltensweisen, die aufgebaut werden, können ganz unterschiedlicher Art sein. Angefangen beim Spaziergang um das Klinikgelände über ein Kaffeetrinken mit alten Bekannten bis hin zur Wiederbelebung früher ausgeübter Hobbys sind alle Aktivitäten, die den Patienten aus seinem aktuellen Rückzugs- und Vermeidungsverhalten befreien, als positiv zu bewerten. Sportliche und bewegungsbezogene Aktivitäten sind oft ein wesentlicher Baustein, sie sind aber mit der Verhaltensaktivierung keineswegs gleichzusetzen, und die Orientierung an der intrinsischen Motivation und seinen persönlichen Werten hat sich als wesentlich herausgestellt (vgl. Kapitel 4.3.4).

**Orientierung
an Motiven
und persönlichen
Werten**

Handeln ersetzt
Vermeidung und
Rückzug

Die Grundannahme der Verhaltensaktivierung besagt, dass die Aufnahme von verstärkenden Aktivitäten den Patienten wieder in Kontakt mit positiven, internen und externen Verstärkern bringt. Er erhält Bestätigung aus seinem Umfeld, ihm gelingen Aufgaben und seine Stimmung verbessert sich in der Folge der positiven Erfahrungen, während zuvor Vermeidung und Rückzug – als Ausdruck der psychopathologischen Belastung – im Vordergrund standen. Neuere Konzeptionen der Verhaltensaktivierung (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010) betonen dabei auch die Ziel- und Werteorientierung der Verhaltensaktivierung. Durch die Umsetzung von als wichtig erachteten Aktivitäten erleben die Patienten eine Verbindung zu ihren Werten und erleben ihr Handeln als sinnvoll. Durch die Betonung von Werten, ein Konstrukt, das zuvor in der Verhaltenstherapie nur bedingt gewürdigt worden war, erhielt die Methode in den letzten zwei Jahrzehnten vermehrt Aufmerksamkeit bei praktizierenden Therapeuten. Die moderne „werteorientierte Verhaltensaktivierung“ wird auch als Verfahren der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie diskutiert.

Das Verfahren ist ursprünglich zur Behandlung der Depression entwickelt worden. Rückzug, Resignation und Vermeidungsverhalten ist aber nicht nur bei Depressionen typisch, sondern auch Ausdruck zahlreicher anderer Störungsbilder. Die Ausrichtung auf Aktivierung und positive Verstärkung bewährt sich auch bei diesen, worauf wir weiter unten vertiefend eingehen.

1.2 Allgemeine Interventionsprinzipien

Die allgemeinen Interventionsprinzipien der Verhaltensaktivierung sind für Therapeuten einfach und schnell zu erlernen. Dies gilt für Psychotherapeuten, aber auch Vertreter anderer Berufsgruppen wie Krankenpfleger oder Laienberater.

Konsequente
Orientierung auf
Verhalten

Durch die strikte Verhaltensorientierung erfordert das Verfahren keine vertiefte Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsstrukturen und Schemata, was insbesondere Berufsanfängern einen niederschweligen Einstieg in die psychotherapeutische Tätigkeit erleichtert. Folgende Annahmen und Prinzipien der Verhaltensaktivierung können in Anlehnung an Martell und Kollegen (2010; siehe auch Hoyer & Vogel, 2018) beschrieben werden:

Allgemeine Annahmen und Prinzipien der Verhaltensaktivierung

- Rückzug aus Aktivitäten und Verstärkerverlust sind aufrechterhaltend für die Depression.
- Der Fokus der Therapie liegt auf dem (Wieder-)Aufbau von Aktivitäten.
- Die Therapie richtet sich nach den individuellen Zielen des Patienten.

- Konkrete Planungen und Selbstbeobachtungen ermöglichen die Verhaltensumsetzung.
- Es gilt das Prinzip der kleinen Schritte: Veränderungen sind einfacher, wenn man klein anfängt.
- Handeln nach Plan und nicht nach Stimmung: Aktivitäten sollen nach Plan, nicht nach Stimmung strukturiert und festgelegt werden.
- Mögliche Barrieren der Verhaltensänderung sollten antizipiert und überwunden werden.
- Probieren geht über Studieren: Bei einem empirischen Problemlöseansatz sind alle Arten von Ergebnissen wichtig.
- Der Therapeut übernimmt die Rolle des Coaches und „Cheerleaders“: Handle wie ein Coach, der ermutigt und stützt, aber auch fordert.

Entscheidend ist dabei, dass es nicht um ein „Mehr an allem“ geht, sondern um ein „Mehr des Richtigen und Wichtigen“. So kann Verhaltensaktivierung auch die geeignete Methode für den chronisch überarbeiteten Workaholic sein, der jeden Tag scheinbar zu 150 % aktiv ist. Denn es geht nicht um den ziellosen Aufbau irgendeiner Aktivität; es geht um den Aufbau jener Aktivitäten, die im Dienst der eigenen Werten stehen und deshalb depressionsmindernd wirken.

**Aufbau positiver
Aktivitäten**

Dies impliziert den Abbau depressionsfördernden, z. B. überfordernden oder vermeidenden Verhaltens. Auch überzogenem emotionsfokussiertem Verhalten, Perseverationen, Grübelketten und klagsamen Verhalten ist mit einem Blick auf die verbliebenen Möglichkeiten zur *aktiven* Gestaltung des eigenen Alltags oft gut zu begegnen.

**Abbau
depressions-
fördernder
Aktivitäten**

Bei den meisten depressiven Patienten geht es um den Abbau von Rückzugsverhalten, das oft als Reaktion auf initiale Stimmungsprobleme zu verstehen ist. Die Stimmungsprobleme selbst sind wiederum oft auf negative Ereignisse, wie z. B. Misserfolge, Trennungen oder Kränkungen, zurückzuführen.

Ähnlich ist es auch bei Frau Grün und Frau Peters, den beiden ersten Fallbeispielen aus Tabelle 1. Dieselben Prinzipien gelten aber auch für Herrn Kander, der statt eines offensichtlichen Rückzugsverhaltens ein (hier nur vermeintlich) produktives Verhalten (Arbeiten) abbauen muss, um wieder mehr Raum für positive, verstärkende Aktivitäten zu haben. Die aufgebauten Aktivitäten müssen nicht unbedingt „freudvoll“ oder per definitionem „positiv“ sein. Der entscheidende Punkt ist: Nachdem man (zum Beispiel) den Müll heruntergetragen hat, fühlt man sich besser (oder zumindest weniger schlecht) und gleichzeitig wurden depressogene Verhaltensweisen wie das negative repetitive Denken oder die Inaktivität zumindest für einen Moment unterbrochen. Damit sind die Voraussetzungen für weitere verstärkungswirksame Handlungen sofort besser!

Tabelle 1: Unterschiedliche Beispiele für zu aktivierendes Verhalten

Fallbeispiel	Derzeitiges Verhalten	Zielverhalten
<p><i>Frau Grün:</i></p> <p>65, verwitwet, wohnt allein auf dem Land, erwachsene Kinder, ehemals Lehrerin (pensioniert seit einem halben Jahr).</p>	<p>Ganztags Rückzug in die Wohnung; schlafen, lesen, warten auf das nächste Wochenende, an dem die Kinder zu Besuch kommen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Tagesstruktur • Aufbau von Hobbys und Kontakten • Engagement im Ehrenamt
<p><i>Frau Peters:</i></p> <p>37, Single, Bürokauffrau, ausgeheilte Brustkrebs-erkrankung (Zustand nach brusterhaltender Operation und Bestrahlungsbehandlung).</p>	<p>Nach Feierabend Rückzug in die Wohnung, Beschäftigung mit der Erkrankung und ihren Folgen, Flucht in Fernsehserien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von sozialen Kontakten • Aufbau körperlicher Aktivität
<p><i>Herr Kander:</i></p> <p>42, Familienvater, Abteilungsleiter, lebt in der Großstadt, Konflikte mit der Ehefrau.</p>	<p>Flucht in die Arbeit, 60-Stunden-Woche, „Samstag = Kindertag“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Regenerationszeiten • Aufbau von selbstfürsorglichen Aktivitäten

1.3 Entwicklungsgeschichte und Varianten

Anfänge in den 1970er Jahren

Die Therapiemethode der Verhaltensaktivierung wurde erstmals Anfang der 1970er Jahre durch Autoren wie Peter Lewinsohn und Charles Ferster beschrieben (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974). Die Wirksamkeit eines gezielten Aufbaus verstärkender Aktivitäten bei depressiven Patienten konnte bereits wenige Jahre darauf nachgewiesen werden (Taylor & Marshall, 1977; Zeiss, Lewinsohn & Muñoz, 1979).

Umbruch durch kognitive Wende

Im Rahmen der kognitiven Wende – prominent vertreten durch Aaron T. Beck (A. T. Beck et al., 1979) – wurden rein behaviorale Therapiekonzepte wie die Verhaltensaktivierung jedoch durch kognitiv-behaviorale Ansätze abgelöst, da diese als ganzheitlicher und wirksamer angesehen wurden (Kanter et al., 2010). Gleichwohl wurde die Annahme der schwächeren Wirksamkeit der reinen Verhaltensaktivierung nie mit Studien belegt.

„Jacobson-Studie“ verhilft zu erneutem Aufschwung

Mitte der 1990er Jahre erlebte die Verhaltensaktivierung einen erneuten Aufschwung. Eine wegweisende, methodisch aufwendige Dismantling-Studie (Jacobson et al., 1996) zeigte, dass die reine Verhaltensaktivierung bei depressiven Störungen ebenso wirksam ist wie die therapeutische Kombination von kognitiven und behavioralen Elementen (vgl. Tabelle 2). Seither steht die Ver-

haltensaktivierung insbesondere im US-amerikanischen Raum wieder verstärkt im Fokus der Forschung, wird beständig weiterentwickelt und gilt als empirisch bewährte Depressionsbehandlung mit der besten Bewertung, z. B. in den NICE Guidelines, den Leitlinien der britischen Gesundheitsbehörde.

Tabelle 2: Dismantling-Studie von Jacobson et al. (1996)

Studiendesign	Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT).
Vergleich von drei Therapiegruppen (jeweils 20 Sitzungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensaktivierung: z. B. Aktivitätenmonitoring, Aktivitätenplanung, Aufbau sozialer Kompetenzen. • Verhaltensaktivierung und Modifikation von automatischen Gedanken: zusätzlich z. B. Gedankenprotokoll, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensanalyse. • Verhaltensaktivierung und Modifikation von automatischen Gedanken sowie Schemamodifikation: zusätzlich z. B. Identifikation von Grundüberzeugungen und Schemata, Erarbeiten alternativer Überzeugungen und Schemata.
Stichprobe	150 ambulante Psychotherapiepatienten mit depressiver Störung.
Erfolgsmaße	Selbstrating und Expertenrating der Depression, strukturiertes klinisches Interview.
Ergebnisse	Keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen, weder nach Ende der Therapie noch im 6-Monats-Follow-Up.
Fazit	Verhaltensaktivierung ist ebenso wirksam wie die Kombination aus Verhaltensaktivierung und kognitiven Methoden.

Die therapeutischen Manuale wurden seither kontinuierlich weiterentwickelt, sodass sich verschiedene Ansätze mit unterschiedlichen Schwerpunkten herausbildeten, so beispielsweise das umfassende Behandlungsmanual der Behavioral Activation (BA) von Christopher Martell (Martell et al., 2001; Martell et al., 2010) sowie das Brief Behavioral Activation Treatment for Depression von Carl Lejuez (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001; Lejuez et al., 2011). Die Neuentwicklungen sind maßgeblich von Lewinsohns Arbeiten beeinflusst und tragen seine Grundgedanken und Studienerkenntnisse weiter. Im Gegensatz zum traditionellen Ansatz wird der Fokus in neueren Manualen aber nicht mehr nur auf Aktivitäten gelegt, die unmittelbar als positiv erlebt werden, sondern es werden darüber hinaus auch Aktivitäten aufgebaut, die langfristig verstärkend wirken oder den Patienten in Kontakt mit relevanten, seinem Wertesystem entsprechenden Verstärkern bringen. Das Manual von Martell basiert dabei auf der oben genannten Studie von Jacobson et al. (1996) und fokussiert zunächst das aktuelle Verhalten eines Patienten, seinen derzeitigen Status Quo. Gemeinsam mit dem Patienten wird das typische depressive Verhaltensmuster herausgearbeitet. Mithilfe des Akronyms TRAP (deutsch:

Bezug auf Werte ergänzt den Ansatz

Alternative Bewältigung

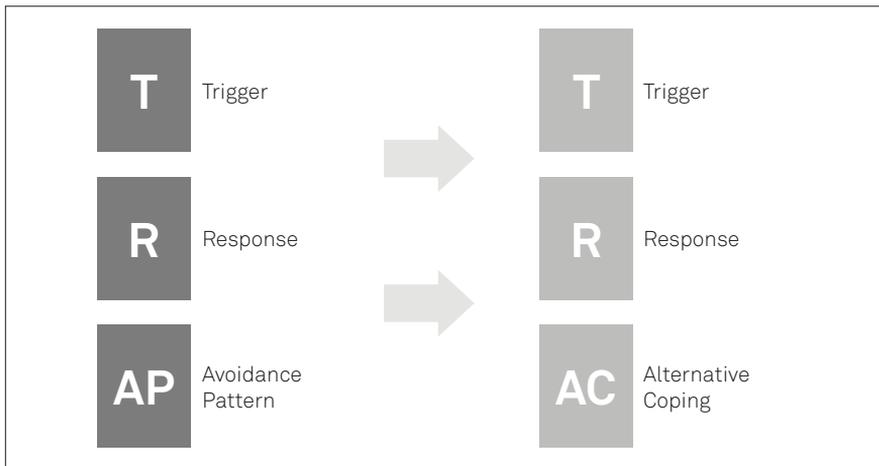


Abbildung 2: Die Therapie nach Martell folgt dem Motto „Get out of the trap, get back on trac[k]“ (Martell et al., 2001, S. 102).

„Falle“) werden Auslösesituation (T: Trigger, z.B. Konflikt mit dem Chef), emotionale Reaktion (R: Response, z.B. Niedergeschlagenheit, Selbstzweifel) und Vermeidungsverhalten (AP: Avoidance Pattern, z.B. Rückzug nach Hause vor den Fernseher) identifiziert. Dieses Vermeidungsmuster soll im Laufe der Therapie durch ein aktives Verhaltensmuster (TRAC) ersetzt werden: Nach Auslösesituation (T: Trigger) und damit verbundener emotionaler Reaktion (R: Response) soll ein neues, alternatives Verhalten folgen (AC: Alternative Coping, z.B. Verabredung mit einem Bekannten zum Feierabendgetränk; vgl. auch Kapitel 4.4.4).

Lejuez et al. (2001), mit Erweiterungen durch Lejuez et al. (2011), entwickelten ein Behandlungsprotokoll für zwölf Therapiesitzungen und betonen die kurze Dauer ihres Behandlungsansatzes, der direkt auf die Aktivierung positiven Verhaltens zusteuert. Der Behandlungsfokus ihres Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD) liegt auf einer werteorientierten Ausrichtung der Aktivitäten. Angelehnt an die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006) setzt sich das Finden von Aktivitätszielen aus zwei Schritten zusammen. Zunächst werden die persönlichen Werte des Patienten bestimmt, im Anschluss werden aus den Werten passende Aktivitäten abgeleitet, die im weiteren Verlauf der Therapie umgesetzt werden sollen (vgl. Kapitel 4.4.3). Neben den Ansätzen von Martell und Lejuez gibt es noch eine Reihe weiterer Manuale, die teils auf spezifische Stichproben (z. B. „Engage Therapy“ für Ältere; Alexopoulos et al., 2016) oder Anwendungsfelder fokussieren (z. B. Gruppentherapie; Hoyer & Vogel, 2018). Die verschiedenen Manuale setzen unterschiedliche Schwerpunkte. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über verschiedene Programme und fasst zusammen, welche verhaltenstherapeutischen Techniken zum Einsatz kommen.

**Aktivitäten-
planung und
-beobachtung**

Tabelle 3: Programme zur Verhaltensaktivierung samt ihrer verhaltenstherapeutischen Techniken

	Aktivitäten- monitoring	Aktivitäten- planung	Skills- Training	Entspannung	Kontingenz- management	Bezug auf Ver- bales Verhalten	Problemlösen und Vermeidung	Werte und Zielbezug
Lewinsohn (1974)	x	x	x	x	x	x		
Rehm (1977)	x	x			x	x		x
Martell, Addis & Jacobson (2001)	x	x	x		x	x	x	x
Lejuez et al. (2011)	x	x			x			x
Alexopoulos et al. (2016)	x	x	x	x				x
Hoyer & Vogel (2018)	x	x	x		x	x	x	x

Anmerkung: Aktivitätenmonitoring und Aktivitätenplanung sind die zentralen Elemente der Verhaltensaktivierung und in jedem Programm enthalten; sie werden durch weitere verhaltenstherapeutische Interventionen ergänzt. Erst die neueren Programme enthalten die Komponente des Wertebezugs des Verhaltens (gekürzt nach Hoyer & Teismann, im Druck; Kanter et al., 2010).

Hierbei fällt auf, dass Aktivitätenmonitoring und Aktivitätenplanung in jedem Programm behandelt werden und somit als Kernkomponenten der Verhaltensaktivierung verstanden werden können. Andere Komponenten wie die Bearbeitung von Vermeidungsverhalten oder der Wertebezug finden sich erst in neueren Ansätzen. Diese Erweiterungen der Kernintervention greifen neue Impulse der Psychotherapieforschung auf und erweitern das Anwendungsspektrum und das Rational der Verhaltensaktivierung. „Erweiterung“ meint an dieser Stelle, in der Therapie die Oberfläche eines einzelnen, beobachtbaren Verhaltens zu verlassen und auch die allgemeinen Verhaltensmuster und ihre psychologischen Verstärkungsbedingungen zu betrachten. So spielen insbesondere bei Martell et al. (2001) die oben genannten Situationsanalysen eine wichtige Rolle, in denen der Patienten ein Verständnis seiner automatischen Verhaltensmuster erlangen soll. Bei Lejuez et al. (2011) wird ein Verständnis für die eigenen Verstärkungsbedingungen fokussiert. Patienten setzen sich zu Beginn der Therapie mit ihrem eigenen Wertesystem auseinander und gelangen zu einem elaborierten Verständnis ihrer Erlebenswelt. Beide Ansätze zielen also darauf ab, dass der Patient sich selbst besser versteht und sein Verhalten insbesondere in Zeiten, in denen die Verhaltensaktivierung aufgrund depressionstypischer Symptome (wie Grübeln, Antriebslosigkeit, Anhedonie) schwerfällt, reflektieren und im Sinne des Selbstmanagements steuern kann.

Bezug auf
persönliche
Werte

1.4 Behandlungsvorbereitende Technik versus störungsspezifische Methode

Behandlungsvorbereitende Technik

Wie wir bereits betont haben, wird Verhaltensaktivierung auch in der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie regelmäßig eingesetzt. Ihr kommt dabei eher der Charakter einer behandlungsvorbereitenden Technik zu, die für die vertiefte Behandlung motiviert und im Hinblick auf Antrieb, Konzentration und Rückzugsverhalten erst die Voraussetzungen für die Bearbeitung der kognitiven Verzerrungen (irrationale Einstellungen, negative Grundannahmen) schafft. Die Grundüberlegung der kognitiven Therapie ist dabei, dass verzerrte Kognitionen ursächlich für die Störungsentstehung und – vor allem – Störungsaufrechterhaltung sind. Dementsprechend muss eine langfristig erfolgreiche Depressionstherapie eine Identifikation der verzerrten depressogenen Kognitionen und kognitiven Schemata einschließen und ihre Umstrukturierung durch didaktische (z. B. geleitetes Entdecken), dialogische (z. B. sokratischer Dialog) und übende Methoden (z. B. Verhaltensexperimente) verfolgen. Verhaltensaktivierung spielt damit nur eine untergeordnete Rolle, obwohl die Aktivitätsreduktion bei der Depression als ein wichtiges, evolutionär bedingtes Muster durchaus anerkannt wird (conservation of energy; A. T. Beck & Bredemeier, 2016).

Störungsspezifische Methode

Verhaltensaktivierung als störungsspezifische Methode verzichtet auf die grundlegende Annahme, dass den Kognitionen eine vorrangige Rolle bei der Störungssätiopathogenese zukommt. Dies bedeutet nicht, dass die Veränderung depressogener Kognitionen als irrelevant betrachtet wird. Kognitionen werden nur nicht in den Vordergrund gestellt, und das Vorgehen setzt darauf, dass aufgrund der engen Vernetzung von emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Prozessen ein verändertes (handelndes) Verhalten auch immer eine Veränderung in den Emotionen und Kognitionen zufolge hat. Zahlreiche Studien zeigen, dass Verhaltensaktivierung nicht nur in einer Veränderung verhaltensbezogener Depressionssymptome resultiert, sondern sich auch positiv auf die emotionalen und kognitiven Symptome auswirkt. Da menschlichen Handlungen immer (implizite oder explizite) Entscheidungen zugrunde liegen, müssen mit veränderten Aktivitäten auch veränderte „mindsets“ einhergehen; eine Position, die als *reziproker Determinismus* bezeichnet wird: Handeln, Denken und Fühlen beeinflussen sich gegenseitig (Craske, 2012; vgl. Abbildung 3).

Reziproker Determinismus

Hinzu kommt, dass aus Sicht der klassischen Verhaltenstherapie auch emotionale und kognitive Reaktionen letztlich „Verhalten“ sind, für oder gegen das sich die handelnde Person entscheiden kann: Jemand, der die Wahl hat, trotz leichten Nieselregens den Rasen zu mähen *oder* auf der Couch zu liegen und zu grübeln, entscheidet sich auch für oder gegen die Beschäftigung mit bestimmten (negativen oder unproduktiven) Gedanken.