

Christine Kühner / Iris Weber

Depressionen vorbeugen

Ein Gruppenprogramm
nach R. F. Muñoz



Hogrefe



Depressionen vorbeugen

Depressionen vorbeugen

Ein Gruppenprogramm nach R. F. Muñoz

von
Christine Kühner
und Iris Weber

unter Mitarbeit von
Marita Reichenbacher
und Dorothea Blomeyer



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Dr. sc. hum. Christine Kühner, geb. 1957. 1976-1983 Studium der Psychologie in Konstanz und Mannheim. 1994 Promotion. Seit 1986 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim sowie Psychologische Psychotherapeutin und Lehrbeauftragte der Universität Mannheim.

Dr. sc. hum. Iris Weber, geb. 1965. 1985-1991 Studium der Psychologie in Mainz und Mannheim. 1997 Promotion. 1991-2000 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Seit 2000 in freier Praxis als Psychologische Psychotherapeutin und Gruppentrainerin tätig.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen • Bern • Toronto • Seattle 2001
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gesamtherstellung: Dieterichsche Universitätsbuchdruckerei
W. Fr. Kaestner GmbH & Co.KG, D-37124 Göttingen/Rosdorf
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1422-5

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	7
Vorwort	9

Kapitel 1: Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde zum Kursprogramm „Depressionen vorbeugen“

1.1. Einführung	10
1.2 Theoretischer Hintergrund	10
1.2.1 Soziale Lerntheorie und Selbstkontroll-Modell	11
1.2.2 Behaviorales Verstärkerverlustmodell	11
1.2.3 Kognitive Modelle	12
1.3 Depression als Kontinuum – zur Relevanz frühzeitiger Intervention	13
1.4 Einordnung des Gruppenprogramms „Depressionen vorbeugen“	14
1.5 Empirische Untersuchungen zum Gruppenprogramm	15

Kapitel 2: Praxis des Kursprogramms

2.1 Hinweise zur Durchführung	19
2.1.1 Anwendungsbereiche	19
2.1.2 KursleiterInnen	20
2.1.3 Setting, Raum und Zeit	20
2.2 Aufbau und Ablauf des Kurses	20
2.2.1 Aufbau des Manuals	20
2.2.2 Folien	22
2.2.3 Übungsteil für KursteilnehmerInnen	23
2.2.4 Kurzentspannung	23
2.2.5 Pausen	23
2.2.6 Blitzlicht	23
2.3 Begleitdiagnostik	23

Kapitel 3: Manual für KursleiterInnen

Sitzung 1: Einführung	26
Sitzung 2: Wie unsere Gedanken die Stimmung beeinflussen/Lernen, die Gedanken zu verändern (I)	31
Sitzung 3: Lernen, die Gedanken zu verändern (II)	37
Sitzung 4: Wie unsere Aktivitäten die Stimmung beeinflussen	41
Sitzung 5: Angenehme Aktivitäten steigern	45
Sitzung 6: Wie Kontakte mit Anderen unsere Stimmung beeinflussen/Selbstsicheres Verhalten ..	49
Sitzung 7: Kontakte mit anderen Menschen verbessern	54
Sitzung 8: Für die Zukunft planen	58

Kapitel 4: Folien

Sitzung 1	63
Sitzung 2	72
Sitzung 3	88
Sitzung 4	97
Sitzung 5	105

Sitzung 6.....	114
Sitzung 7.....	129
Sitzung 8.....	140
Kapitel 5: Kurzentspannung	155
Kapitel 6: Übungsteil für KursteilnehmerInnen	157
Sitzung 1: Einführung.....	157
Sitzung 2: Wie unsere Gedanken die Stimmung beeinflussen/Lernen, die Gedanken zu verändern (I).....	168
Sitzung 3: Lernen, die Gedanken zu verändern (II).....	172
Sitzung 4: Wie unsere Aktivitäten die Stimmung beeinflussen	178
Sitzung 5: Angenehme Aktivitäten steigern	181
Sitzung 6: Wie Kontakte mit Anderen unsere Stimmung beeinflussen/Selbstsicheres Verhalten..	187
Sitzung 7: Kontakte mit anderen Menschen verbessern	192
Sitzung 8: Für die Zukunft planen	198
Literatur	202

Geleitwort

I am happy that Drs. Christine Kuehner and Iris Weber are making available the Depression Prevention Course to the German-speaking world. In the last half of the twentieth century, enormous advances have taken place in the diagnosis and treatment of depression. However, attempts to actually prevent the onset of depressive disorders have been lacking. It has been clear to me for many years that, in order to reduce the number of individuals who suffer from clinical depression, we need to go beyond treatment. There aren't, and we are unlikely to train, enough professionals to treat all cases of major depression. Moreover, once a person has developed an episode of major depression, the likelihood that that person will have another episode becomes very high, thus leading to a recurrent course of the disorder. What we need to do is to prevent the first episode. Only then will we be able to stem the great tide of depression that is affecting humanity.

Depression is a major public health problem. In its report on the global burden of disease (Murray & Lopez, 1996), the World Health Organization pointed out that unipolar major depression is the number one cause of disability worldwide. It is responsible for 11 % of all cases of disability. The next largest cause is anemia, which is responsible for just over 4 % of all cases of disability. Thus, the effect of depression on our communities is substantial. Efforts to prevent depression should be placed high on the priority lists of public health (not just mental health) organizations throughout the world.

Programs that prevent depression will have effects much beyond the reduction in depression itself. For example, depressed mood is related to substance abuse, including smoking, which is the most important cause of premature death. Most smokers become addicted to cigarettes before 18 years of age. This is also the time when the rates of depression rise. Many smokers use nicotine to help them regulate their mood. If we teach adolescents other methods to control their mood, such as those included in the Depression Prevention Course, we may be able to prevent some proportion of potential smokers from starting to smoke. We have also found that smokers with a past episode of major depression find it easier to quit when the smoking cessation program they are given includes the mood management methods found in the Depression Prevention Course. The Depression Prevention Course has wide applicability. We have adapted its methods for use

with primary care patients, pregnant women, smokers, patients in methadone maintenance programs, and psychiatric patients receiving inpatient care. The Depression Prevention Course is being used as one of the interventions in the Outcomes of Depression International Network (ODIN) project currently taking place in Finland, Ireland, Norway, Spain, and the United Kingdom (Dowrick et al., 1998). We hope the Course will be adapted to many more populations by our German-speaking colleagues.

The intellectual sources of this manual stem from the work of two of my mentors: Albert Bandura and Peter M. Lewinsohn. Bandura was my senior thesis advisor at Stanford University in 1971–1972. He had recently finished his encyclopedic *Principles of Behavior Modification* (Bandura, 1969) and soon thereafter wrote *Social Learning Theory* (Bandura, 1977). Both of these books contain many of the concepts that still influence the approach to cognition, behavior, and mood that is exemplified in this manual. These concepts include the ideas of symbolic learning, reciprocal determinism, the idea that freedom is a function of the alternatives that an individual has available in any one situation, and Bandura's perspective on self-control and self-efficacy. These ideas provided a source of hope for self-direction in human agency, and were powerful antidotes against the more deterministic views presented by radical behaviorism and psychodynamic approaches of the time.

Peter M. Lewinsohn is a pioneer in behavioral approaches to depression. He began experimenting with increasing levels of pleasant activities as a treatment for depression in the 1970's. In 1975–1977, he was dissertation chair at the University of Oregon for three doctoral students, Antonette Zeiss, Mary Ann Youngren, and me. We jointly conducted a randomized clinical trial to evaluate three approaches to treating depression: increasing pleasant activities, interpersonal skills training, and cognitive training. All three cognitive-behavioral therapy (CBT) approaches were significantly better than a waiting control condition, and the three were not significantly different from each other. The three approaches were combined into the book *Control Your Depression* (Lewinsohn, Muñoz, Youngren, & Zeiss, 1982). They continue to be the core of the manuals I have developed with my colleagues at San Francisco General Hospital (SFGH), one of the teaching hospitals of the University of California, San

Francisco (UCSF). SFGH is located in the Mission District, the Latino neighborhood, or *barrio*, of the City of San Francisco. Thus, the manuals have been developed in both Spanish and English, and appear to work well in both languages. I first adapted Control Your Depression in 1983 as the Depression Prevention Course, an 8-session manual for a randomized controlled depression prevention trial with Spanish- and English-speaking primary care patients at San Francisco General Hospital (Muñoz, 1998). Excerpts of the English version of the course can be found in Appendix A of *The Prevention of Depression: Research and Practice*, by Muñoz and Yu-Wen Ying (1993).

In 1985-1986, the Depression Prevention Course was expanded into a 12-session format for use at the University of California, San Francisco (UCSF)/San Francisco General Hospital (SFGH) Depression Clinic. I founded this bilingual (Spanish/English) clinic in 1985 with Jeanne Miranda and Sergio Aguilar-Gaxiola to provide treatment to low-income depressed patients referred by their primary care physicians. The clinic, which I directed for five years, was the first outpatient mental health clinic at SFGH.

The Depression Clinic manual, titled "Group Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression" was prepared in English (Muñoz & Miranda, 1986) and Spanish (Muñoz, Aguilar-Gaxiola, & Guzmán, 1986). Both the 8-session Depression Prevention Course and the 12-session Group CBT manual retained the three-pronged focus on activities, thoughts, and people from the manuals of the original study, because these are key areas that influence depressed mood, and thus can be used to treat it. Most depressed patients find one or more of these areas useful to gain greater control over their depressed mood. Jeanne Miranda, in work done in collaboration with Kenneth Wells at the University of California, Los Angeles, has demonstrated that the 12-session manual can be helpful in quality improvement programs to enhance the care for depression received by primary care patients (Wells et al., 2000).

In 1995, the Psychosocial Medicine Division at SFGH opened up an outpatient clinic which included the Depression Clinic under its larger umbrella. Now called the Cognitive-Behavioral Depression Clinic, it has continued to provide clinical services and training in cognitive-behavioral therapy. In 1999-2000, we decided to revise and expand this manual into a 16-session format, also prepared in Spanish and English (Muñoz, Ghosh Ippen, Rao, Le & Dwyer, 2000). In addi-

tion to the three modules on thoughts, activities, and people, we added a module on the relationship of health issues and depression. Our patients are referred to us by primary care physicians, and, therefore, most have medical problems which affect the course of their depression.

The original eight-session Depression Prevention Course, being made available in German in this volume, remains a practical, brief, and empirically-tested manual. Our research demonstrates that when we compare participants in the course to a control group that does not receive the course, participants change their thoughts and behavior significantly, show a reduction in depressive symptoms, and the reduction in these symptoms is related to the amount of change in thoughts and behavior. And our experiences with it over the years show that it can be adapted to many populations.

I wish my German-speaking colleagues success in using the Depression Prevention Course. I would be very happy to hear about the kinds of populations with whom you have worked, and the types of adaptations made to the program. I would be particularly interested in receiving copies of studies in which the course was empirically evaluated.

I am grateful to Drs. Kuehner and Weber for their efforts at translating and adapting our work to German.

Ricardo F. Muñoz, Ph.D.
Professor of Psychology
Department of Psychiatry at San Francisco General Hospital
University of California, San Francisco
June 23, 2000

Vorwort

Menschen fühlen sich manchmal niedergeschlagen, traurig, interesselos oder leiden unter Erschöpfung, Schlaf- oder Appetitlosigkeit. Wem sind solche Gefühle völlig unbekannt? Jeder erwachsene Mensch fühlt sich zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens depressiv. Im Allgemeinen sind diese Gefühle jedoch weder schwer ausgeprägt, noch sehr lange anhaltend. Aber was passiert, wenn solche Gefühle den Alltag beeinträchtigen oder zum Problem werden? Wie geht man damit um? Kann man seine Stimmung positiv beeinflussen oder ist man ihr hilflos ausgeliefert? Solche Fragen begegnen uns häufig im therapeutischen Alltag.

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Hinzu kommt ein beträchtlicher Anteil an Personen mit subklinisch depressiven Beschwerden, die im erhöhten Risiko stehen, ausgeprägtere depressive Episoden zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach geeigneten Vorbeugungs- und Frühinterventionsansätzen. Hier bietet sich eine psychoedukativ ausgerichtete kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenintervention an, die bewährte Standardmodule der Depressionsbehandlung mit dem Schwerpunkt auf präventive Strategien bereitstellt.

Das vorliegende Gruppenprogramm „Depressionen vorbeugen“ ist eine bearbeitete Version des „Depression Prevention Course“ von Ricardo F. Muñoz, der in den USA im Rahmen einer größeren Interventionsstudie mit PatientInnen aus Allgemeinarztpraxen untersucht wurde. Ausgehend von den positiven Ergebnissen dieser Studie fanden wir es lohnenswert, dieses Programm auch im deutschsprachigen Raum anzubieten. Das Programm wurde von uns im Rahmen einer Pilotstudie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, übersetzt und adaptiert. In 8 strukturierten Doppelstunden bietet es die folgenden Inhalte:

- Wissensvermittlung grundlegender Zusammenhänge von depressiven Gefühlen, Gedanken und Handeln
- Aufzeigen hilfreicher Selbstkontrollstrategien
- kognitive Techniken zur Verminderung negativer Gedanken und Steigerung positiver Gedanken
- Disputation irrationaler Überzeugungen
- Anleitung zu einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Pflichten und angenehmen Tätigkeiten

- Verbesserung und Stabilisierung sozialer Kontakte
- Einübung sozial kompetenter Verhaltensweisen
- Zukunftsplanung, persönliche Lebensziele und Umgang mit vorhersehbaren Lebensereignissen
- Kurzentspannungsübungen

Neben zwei einleitenden Kapiteln zu den theoretischen und empirischen Grundlagen sowie zur praktischen Durchführung des Programms besteht der Kern des vorliegenden Buchs aus dem KursleiterInnenmanual für die 8 Sitzungen, Folienvorlagen, Anweisungen für die Kurzentspannung und dem Übungsteil für KursteilnehmerInnen, der die wesentlichen Inhalte der einzelnen Sitzungen zusammenfasst und Materialien für die Hausaufgaben bereitstellt.

Durch konkrete Instruktionen wird die praktische Umsetzung des Programms erleichtert. Arbeits- und Übungsblätter sowie weitere didaktische Materialien zu den einzelnen Sitzungen runden das Manual ab.

Wir wünschen den AnwenderInnen Freude und Erfolg bei der praktischen Umsetzung des Programms. Selbstverständlich freuen wir uns über Rückmeldungen zu Ihren eigenen Erfahrungen bei der Durchführung.

Mannheim, im August 2000

Christine Kühner

Iris Weber

Kapitel 1

Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde zum Kursprogramm „Depressionen vorbeugen“

1.1 Einführung

Unipolare Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Wie die Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Studien nahelegen, liegt die Sechs-Monats-Prävalenz depressiver Episoden bei ca. 6,5 %, die für Dysthymien (leichtere, jedoch chronisch verlaufende depressive Störung) bei ca. 3,3 %. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer depressiven Störung zu erkranken, beträgt für depressive Episoden ca. 17 % und für Dysthymien ca. 3,6 % (Wittchen, 1994). Frauen sind von depressiven Erkrankungen wesentlich häufiger betroffen als Männer (vgl. Nolen-Hoeksema, 1990). Neuere Studien zeigen auch, dass Depressionen in den letzten Jahren insgesamt zugenommen haben, wobei zunehmend jüngere Altersgruppen betroffen sind (Weissman & Klerman, 1992). PatientInnen, die eine behandlungsbedürftige depressive Episode durchlebt haben, weisen ein hohes Risiko für Wiedererkrankungen auf (mehr als 40 % nach der ersten, ca. 70 % nach der zweiten, und ca. 90 % nach der dritten Episode, vgl. Angst, 1999; Muñoz et al., 1995). Darüber hinaus muss von einem beträchtlichen Chronifizierungsrisiko ausgegangen werden: bis zu 20 % depressiver Episoden remittieren im Zwei-Jahres-Zeitraum nicht oder nur unzureichend (Angst, 1999).

Ein weiterer Teil der Bevölkerung weist bedeutsame depressive Symptome auf, die zwar nicht die Schwere- oder Dauerkriterien depressiver Diagnosen erfüllen, jedoch ebenfalls beträchtliches Leiden und Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau verursachen (7–17 %, vgl. Angst & Merikangas, 1997; Sartorius et al., 1996; Wells et al., 1989). Solche *minoren* oder „Subthreshold“-Depressionen haben auch ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung behandlungsbedürftiger depressiver Episoden (Angst & Merikangas, 1997; Horwath et al., 1992; Wells et al., 1992). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach geeigneten Präventions- bzw. Frühinterventionsansätzen zunehmende Dringlichkeit. Diese sollten darauf abzielen, die Entwicklung ausgeprägter Depressionen mit entsprechend ungünstigen Krankheitsverläufen bereits im Vorfeld zu verhindern. Nicht zuletzt in diesem Bereich bieten sich psychoedu-

kative, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen im Gruppensetting an, die im Vergleich zu Einzelinterventionen ökonomischer sind und auch als weniger stigmatisierend erlebt werden (vgl. Kühner et al., 1994).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Behandlung und Vorbeugung depressiver Störungen gewinnen im deutschsprachigen Raum jedoch erst in jüngerer Zeit an Bedeutung. Ein Grund hierfür mag sein, dass – trotz widersprechender Ergebnisse aus der internationalen Literatur (z. B. Robinson et al., 1990) – das Einzeltherapie-Setting bei der Behandlung von Depressionen als erfolgreicher eingeschätzt wird (vgl. Fiedler, 1999). Hinzu kommt, dass aus traditioneller Sicht das Gruppensetting für Depressive aufgrund deren Passivität, Rückzugsverhalten und depressiver Klagsamkeit als nachteilig für die Interaktion in der Gruppe betrachtet wurde (vgl. Teri & Lewinsohn, 1986; Yalom, 1992). Erst in neuerer Zeit wurden zunehmend Verfahren, die sich im Rahmen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzeltherapien bewährt haben, auch systematisch in der Gruppenbehandlung depressiver Patienten eingesetzt (z. B. Bader, 1994; Hautzinger, 2000; Herrle & Kühner, 1994; Zielke, 1993a, 1993b). In diesen Programmen wird ein psychoedukatives Vorgehen bevorzugt, das durch themenzentrierte Bausteine, Strukturierung, Informationsvermittlung und gestufte Aufgaben gekennzeichnet ist. Als klassischer Vertreter dieses Ansatzes gilt das von Lewinsohn et al. (1984) entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm, der „Coping with Depression Course“ (deutsch: „Depression bewältigen“, Herrle & Kühner, 1994). Im amerikanischen Sprachraum liegen inzwischen verschiedene Varianten dieses Programms für unterschiedliche Zielgruppen vor. Zu diesen zählt auch das Depressions-Präventionsprogramm von Ricardo F. Muñoz (1998), das wir hier in der deutschen Bearbeitung präsentieren.

1.2 Theoretischer Hintergrund

Neueren Interventionsansätzen bei depressiven Störungen ist gemeinsam, dass sie sich aus *multi-*

faktoriellen Erklärungsansätzen ableiten, die ein Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen postulieren (vgl. Hautzinger, 1998; Fiedler, 1999). Nach Fiedler (1999) sind dabei zumindest die folgende Faktorenkomplexe zu berücksichtigen: biologische Faktoren einschließlich genetischer Vulnerabilität, dispositionelle Persönlichkeitsfaktoren wie Introversion und Neurotizismus, innerpsychische Regulatoren wie Selbstaufmerksamkeit und Attributionsstile, die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, sowie protektive Faktoren wie soziale Fertigkeiten und soziale Unterstützung. Die Annahmen zur multifaktoriellen Genese der Depression werden in den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionskonzepten im Rahmen multimodaler Strategien umgesetzt, wobei die Schwerpunkte auf solchen Faktoren liegen, die anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse *psychologische Erklärungs- und Veränderungsansätze* darstellen (Hautzinger, 1998). Im Folgenden wird der diesbezügliche theoretische Hintergrund des vorliegenden Gruppenprogramms beschrieben.

1.2.1 Soziale Lerntheorie und Selbstkontroll-Modell

Den theoretischen Handlungsrahmen des Muñozschen Gruppenprogramms bildet die *Soziale Lerntheorie* Banduras (vgl. Bandura, 1977), die dem Lernprozess im sozialen Kontext besondere Bedeutung beimisst und gleichzeitig die Rolle von *Selbst-Kontroll-Mechanismen* betont.

Danach unterliegen Gedanken, Verhalten und Gefühle *Lernprozessen* und werden durch vorausgehende Bedingungen und durch Verhaltenskonsequenzen gesteuert. Auch depressive Gedanken, Handlungen und Gefühle sind weitgehend erlernte Verhaltensweisen, die – vor dem Hintergrund der biologischen Disposition des Individuums – im Kontext der *Person-Umwelt-Interaktion* erworben werden. Zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten wird weiterhin ein *reziproker Prozess* angenommen: Spezifische Gedanken und Handlungen erhöhen bzw. erniedrigen die Wahrscheinlichkeit für depressive Stimmung, und umgekehrt erhöht die depressive Stimmung die Wahrscheinlichkeit für depressives Denken und Verhalten. Damit werden Gedanken und Verhaltensweisen sowohl Auslöse- als auch Aufrechterhaltungsfunktion im depressiven Prozess zugesprochen. Umgekehrt wird daraus abgeleitet, dass die Reduktion depressionstypischer Gedanken

und Verhaltensweisen auch eine Reduktion der depressiven Verstimmung bewirkt (Muñoz & Ying, 1993, p. 74). Während bei depressiven Personen häufig gemeinsame, übergeordnete Klassen von depressiogenen Gedanken und Verhaltensmustern identifizierbar sind, wird darüber hinaus die Rolle spezifischer *idiosynkratischer Gedanken und Verhaltensweisen* betont, die von Person zu Person variieren und im Einzelfall in besondere Art und Weise mit der depressiven Stimmung verbunden sind. Unter Bezug auf das *Selbst-Kontroll-Modell* von Rehm (1977) werden somit spezielle dysfunktionale *Selbstwahrnehmungs-, Selbstbewertungs- und Selbstverstärkungstendenzen* angenommen, die das Risiko einer Person erhöhen, depressiv zu werden. Dementsprechend muss eine geeignete Intervention die Person anleiten, ihre Stimmung wahrzunehmen, ihre depressionstypischen Gedanken und Handlungen zu identifizieren, und die individuellen Zusammenhänge zwischen depressivem Fühlen, Handeln und Denken herauszuarbeiten.

Während diese Überlegungen den allgemeinen Hintergrundrahmen skizzieren, leiten sich die spezifischen behavioralen und kognitiven Module des vorliegenden Gruppenprogramms insbesondere aus dem *verstärkungstheoretischen Modell* der Depression von Lewinsohn (1974, 1975, Lewinsohn et al., 1979) und den *kognitions-psychologischen Modellen* von Ellis (Ellis & Harper, 1961, Ellis, 1977) und Beck (Beck et al., 1981) ab, die im Folgenden beschrieben werden.

1.2.2 Behaviorales Verstärkerverlustmodell

Nach dem *Verstärkerverlustmodell* von Lewinsohn (1974, 1975; Lewinsohn et al., 1979) wird eine Depression durch eine geringe Rate verhaltenskontingenter positiver Verstärkung – insbesondere im Bereich sozialer Interaktionen – ausgelöst und aufrechterhalten. Ein ähnlicher Effekt wird für eine hohe Rate bestrafender Erfahrungen (aversive Person-Umwelt-Interaktionen) postuliert. Als Folge geringer positiver Verstärkung oder hoher aversiver Interaktion erfolgt operant zunehmend Passivität und Rückzug, respondent nehmen gleichzeitig die emotionalen und somatischen Symptome der Depression zu. Bestimmte Faktoren beeinflussen dabei das Ausmaß an positiver Verstärkung oder Bestrafung, dem ein Individuum ausgesetzt ist. So kann die *aktuelle Lebenssituation* oder deren Veränderung mit einem gravierenden Verlust an positiver Verstärkung