



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

Giovanni A. Fava

# Well-Being Therapie (WBT)

---



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM43291**



Oder scannen Sie direkt diesen QR-Code:

Giovanni A. Fava

# Well-Being Therapie (WBT)

---

Eine Kurzzeittherapie zur  
psychischen Stabilisierung  
Behandlungsmanual –  
Arbeitsmaterialien –  
Klinische Anwendungen

Deutsche Übersetzung und Ausarbeitung:  
Eva-Lotta Brakemeier, Isabel Schamong,  
Simon Bollmann

**Prof. Giovanni A. Fava**

Università di Bologna  
Dipartimento di Psicologia  
viale Berti Pichat 5  
IT – 40127 Bologna (Italy)  
giovanniandrea.fava@unibo.it

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besonderer Hinweis**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Authorized translation of the first English language edition

»Well-Being Therapy. Treatment Manual and Clinical Applications«

© 2016 by Giovanni A. Fava

Für die deutsche Ausgabe

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Klett-Cotta-Design

unter Verwendung eines Fotos von © 123RF / Vetre Antanaviciute-Meskauskiene

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Lektorat: Agnes Halski, Regensburg

ISBN 978-3-608-43291-6

Auch als E-Book erhältlich

## Vorwort von Giovanni A. Fava

Dieses Buch stellt der deutschen Leserschaft die erste vollständige Darstellung und das Behandlungsmanual einer spezifischen psychotherapeutischen Strategie zur Steigerung des psychologischen Wohlbefindens, der Well-Being-Therapie (WBT), bereit. Ich freue mich sehr über diese deutsche Ausgabe, welche die englische, italienische, chinesische, japanische, portugiesische und französische Version ergänzt.

Im ersten Teil wird die Entwicklung und Umsetzung der WBT beschrieben. Der zweite Teil beschreibt die Art der Diagnostik, die für die Durchführung notwendig ist, und stellt das Behandlungsmanual Sitzung für Sitzung mit genauen Strategien und Zielen vor. Der dritte Teil befasst sich mit den aktuellen Indikationen der WBT auf der Grundlage von kontrollierten Studien und anderen möglichen Anwendungen, wobei klinische Fälle zur Illustration stets integriert sind. Die WBT ist eine Kurzzeittherapie, welche die Selbstbeobachtung des psychischen Wohlbefindens mit Hilfe eines strukturierten Tagebuchs, der Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten und Therapieaufgaben («Selbsttherapie») in den Vordergrund stellt.

Ich bin Frau Prof. Eva-Lotta Brakemeier für die Ausarbeitung der deutschen Ausgabe des Buches und für die gemeinsame Übersetzung mit Isabel Schamong und Simon Bollman zu großem Dank verpflichtet. Ich arbeite seit vielen Jahren mit Professor Brakemeier zusammen, insbesondere im Rahmen der Entwicklung innovativer Strategien zur Behandlung von Depressionen. Der revolutionäre Ansatz der WBT kann auf Bereiche ausgedehnt werden, die durch dieses Buch noch nicht abgedeckt werden. Ich bin zuversichtlich, dass die Arbeit von Professor Brakemeier und ihrer Arbeitsgruppe zu wichtigen Entwicklungen in der WBT-Konzeptualisierung und ihren Anwendungen führen wird.

Mein Dank gilt zudem Dr. Wulf Bertram, der das Verlagsprojekt betreute und die besten Möglichkeiten bietet, WBT den Therapeuten und Klinikern in Deutschland zur Verfügung zu stellen.

**Bologna, im Juni 2018**

## Vorwort von Eva-Lotta Brakemeier

Durch seine *Well-Being Therapy* (WBT) fügt Prof. Dr. Giovanni Fava der in den letzten Jahrzehnten ohnehin schnell wachsenden Psychotherapielandschaft ein weiteres Verfahren hinzu. Hierbei kann man sich fragen, ob er damit zur sogenannten Verfahrensinflation beiträgt. Der Begriff *Well-Being* mag zudem bei einigen Leserinnen und Lesern mit Assoziationen wie Wohlfühlen oder gar *Wellness* verbunden sein. Daher halten Sie dieses Buch möglicherweise zunächst mit Vorbehalten in der Hand. Um dem entgegenzuwirken, möchte ich in meinem Vorwort im ersten Absatz auf die innovativen und besonderen Charakteristika der WBT eingehen, die meiner Ansicht nach dafür sprechen, dass die WBT ein sinn- und wertvoller sowie wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Ansatz ist. Im zweiten Absatz versuche ich die WBT in unsere Psychotherapielandschaft einzuordnen, indem ich verdeutliche, dass diese – gleichsam eines an Akut-Therapien anschließenden Weges – vielfältige und hilfreiche Einsatzmöglichkeiten eröffnet. Da die WBT in besonderem Maße durch eine einzelne Person entwickelt und geprägt wurde, werde ich Ihnen im dritten Absatz den Urheber – Giovanni Fava – als Wissenschaftler und WBT-Therapeuten näherbringen, wodurch Sie gleichzeitig eine Vorstellung der Beziehungsgestaltung in der WBT erhalten werden. Schließlich erfolgt eine Kurzübersicht über dieses Buch, woran sich abschließend eine kurze Danksagung sowie ein Ausblick über mögliche neue Wege anschließt, welche die WBT praktisch und wissenschaftlich in der (deutschsprachigen) Psychotherapielandschaft erschließen möge.

### Ist die WBT ein sinn- und wertvoller sowie wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Ansatz?

Auch wenn ich bezüglich der Psychotherapieforschung eine Verfechterin der evidenzbasierten Individualisierung bin und mit Sorge die (teilweise nicht-evidenzbasierte) Verfahrensinflation beobachte (vgl. Rubel & Lutz, 2016), so sehe ich in der WBT eine ernstzunehmende, therapeutisch wie wissenschaftlich sinn- und wertvolle Bereicherung unserer therapeutischen Landschaft, was ich durch folgende sieben Punkte begründen möchte:

1. **Therapiefokus auf Beobachtung und Maximierung eines ausbalancierten Wohlbefindens** (statt Minimierung des Leidensdrucks wie in den meisten anderen Psychotherapien). Durch diesen einfachen Kunstgriff bzw. Perspektivwechsel wird in der WBT das Ziel verändert: Die Fokusverschiebung von der Symptomreduktion zur Selbstbeobachtung und Förderung eines psychologischen ausgeglichenen Wohlbefindens und der *Euthymia* kann – nach ggf. erster Skepsis bzw. Reaktanz auf Seiten der Patienten (»Ich fühle mich doch nie wohl.«) – zu sehr positiven Effekten führen.

2. **Einbezug bewährter und evidenzbasierter Strategien der KVT.** Die WBT nutzt dabei bewährte und evidenzbasierte Strategien, da überwiegend ›klassische‹ Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zur Anwendung kommen (wie Mikro- & Makroanalysen, Situationsprotokolle als Hausaufgaben, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensaktivierung, Expositionsübungen). Auch die manualisierte Struktur und die vergleichsweise direktive Beziehungsgestaltung ähneln der KVT.
3. **Philosophische, wachstumsorientierte, existentielle Basis.** Die philosophische Basis der WBT bildet ein mehrdimensionales Modell des menschlichen Potenzials, welches sich auf die sechs Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens stützt. Diese wurden bereits 1958 von Marie Jahoda beschrieben und von Ryff 1989 aufgegriffen: Autonomie, Umweltbewältigung, positive Beziehungen, persönliche Entwicklung, Lebensziel und -sinn sowie Selbstakzeptanz. Hierdurch wird eine tiefgehende Auseinandersetzung mit existentiellen Themen angestoßen, wobei jedoch nicht ›nur‹ positives Denken gefördert wird (wie in einigen Therapieansätzen der Positiven Psychologie). Das übergeordnete Ziel der WBT besteht darin, den Patienten von einem beeinträchtigten zu einem ausbalancierten Niveau bezüglich der sechs Dimensionen zu führen. Dies bedeutet, dass in der Behandlung nicht einfach nur daran gearbeitet wird, dass die Patienten in allen Dimensionen das höchstmögliche Maß an psychologischem Wohlbefinden erreichen – es geht im Gegenteil vor allem darum, ein jeweils individuell ausgeglichenes psychisches Funktionieren (ausbalanciertes Funktionsniveau) zu erreichen und zeitgleich Resilienz zu fördern.
4. **Bereicherung durch Einbezug von flow-Erlebnissen und Lebensstil-Modifikationen.** Zudem bereichert der Einbezug von ›optimalen‹ bzw. ›flow Erfahrungen‹ (vgl. Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988) sowie Lebensstil-Modifikationen (*lifestyle modifications*) das therapeutische Repertoire. Die Patienten werden durch die Therapeuten vergleichsweise direktiv ermuntert, ›optimale‹ bzw. ›flow-Erfahrungen‹ möglichst häufig in ihren Alltag zu integrieren (z. B. sich die Arbeit und Arbeitsbedingungen zu suchen, bei denen flow-Erlebnisse möglich sind) sowie konkrete Lebensstil-Modifikationen vorzunehmen (z. B. morgens alleine walken zu gehen gegen Rückenschmerzen und zur Förderung der Autonomie). Dies kann auch von Therapeutenseite als vergleichsweise simple und dennoch wirkungsvolle Strategie erlebt werden.
5. **Transdiagnostischer Grundgedanke.** Auch wenn bisher insbesondere die Wirksamkeit der WBT bei den psychischen Erkrankungen Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Zylothymie beforscht wurde, legen die Kernmerkmale des Ansatzes nahe, dass dieses Verfahren transdiagnostisch auf eine Vielzahl psychischer und auch körperlicher Erkrankungen ausgeweitet werden kann. Wohlbefinden wird im Rahmen der WBT als ein allgemeines und nicht störungsspezifisches psychologisches Phänomen beschrieben.
6. **Hilfe zur Selbsthilfe als Kurzzeittherapie im Rahmen eines sequentiellen Ansatzes.** Die WBT wurde nicht als alleiniges Allheilmittel für psychische Störungen entwickelt, sondern als Sekundär- oder Tertiärtherapie für Patienten konzipiert, die auf traditionelle Verfahren nicht respondierten bzw. die nur

eine Teilremission (mit Residualsymptomatik) erreicht haben. So ist der Einsatz im Rahmen eines sequentiellen Ansatzes (gestuftes Behandlungsprogramm) sinnvoll (z. B. zunächst KVT oder Pharmakotherapie als Akuttherapie, anschließend WBT als Erhaltungstherapie). Als Selbsttherapie ist die WBT ein autonomie- und selbstwirksamkeitsfördernder Ansatz, in welchem dem Patienten die Haltung vermittelt wird, dass Wohlbefinden nicht nur das Ergebnis äußerer Bedingungen, sondern vielmehr das Ergebnis der Nutzung eigener aktiver Einflussmöglichkeiten ist – auch unabhängig von der Erkrankung. Durch ihre Kürze (4 oder 8 bis maximal 20 Sitzungen) stellt sie eine sehr einfach implementierbare und zeitgleich kostengünstige Form der Erhaltungstherapie dar.

- 7. Wissenschaftliche Fundierung.** Die WBT wurde von Beginn an wissenschaftlich beforscht, sodass eine wachsende Evidenz für die Effektivität der WBT spricht. Randomisiert-kontrollierte Studien der WBT weisen darauf hin, dass das psychologische Wohlbefinden durch spezifische psychotherapeutische Methoden gesteigert werden kann, und dass diese Veränderungen eng verknüpft sind mit einer Minderung des Leidensdrucks und einer Verbesserung der Zufriedenheit, der interpersonellen Beziehungen, Entspannung und körperlichem Wohlbefinden. Insbesondere scheint sie gerade langfristig zu einer deutlich verbesserten Resilienz und geringeren Rückfallraten zu führen.

## Wie kann die WBT in die bestehende Psychotherapielandschaft eingebettet werden?

Um bei der Metapher der Therapielandschaft zu bleiben: Die WBT wurde von Giovanni Fava und seinen Mitarbeiterinnen nicht als eine eigenständige Stadt erbaut – schon gar nicht als Metropole (wie in etwa die KVT oder die Psychoanalyse). Vielmehr gleicht sie einem Weg, auf dem man die Eindrücke der zuvor besuchten Stadt mit sich trägt. Der Therapeut schickt den Patienten ausgerüstet mit seinem Therapietagebuch des Wohlbefindens auf diesen Weg, wobei er immer wieder Teile des Weges mit ihm gemeinsam bestreitet, um insbesondere zu überprüfen, ob sein mit Leidensdruck gefüllter Rucksack durch den Fokus auf das Wohlbefinden immer leichter wird und die Phasen des Wohlbefindens zunehmend intensiver und häufiger werden bzw. länger andauern. Das Ziel des Weges besteht darin, dass der Gehende sein individuelles Potenzial und seine Balance bzw. Gleichgewicht in den für ihn relevanten Dimensionen des Wohlbefindens entdeckt, welche jedoch eher wie ein Leuchtturm seinen weiteren (Lebens-)Weg lenken sollten.

Dieser Weg kann nach einer Akuttherapie durch die KVT, einer anderen Psychotherapie, einer Pharmakotherapie oder auch einer anderen biologischen Therapie (wie Stimulationsverfahren) beginnen (vgl. oben Punkt 6). Wenig bis keine Evidenz gibt es für den Einsatz als alleinige ›first-line‹-Therapie bei schweren psychischen Störungen, wobei dies auch nicht die primäre Indikation der WBT ist. Positive Fallstudien existieren jedoch für den Einsatz der WBT bei therapieresis-

tenten Patienten: Der eindrucksvolle Fall des Philosophiestudenten Tom findet sich direkt im dritten Kapitel dieses Buches. Tom hat weder auf KVT noch auf Pharmakotherapie angesprochen, konnte jedoch mithilfe von Giovanni und seiner WBT seine resistente Zwangsstörung überwinden.

Um die WBT in die bestehende Psychotherapielandschaft einzubetten, erscheinen Vergleiche zwischen dieser Therapie und anderen Psychotherapien hilfreich, wobei die folgende Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Im Vergleich zwischen der WBT mit ...

- der KVT tauchen viele Gemeinsamkeiten auf (s. oben Punkt 2), jedoch ist die Zielsetzung diametral (s. oben Punkt 1), sodass die WBT durch die Fokussierung auf das Wohlbefinden bzw. die sechs Dimensionen psychologischen Wohlbefindens zu einem Tiefgang führt, der in der traditionellen KVT so nicht realisierbar ist.
- psychodynamischen Therapien fallen vor allem die Unterschiede auf: anderer Fokus (Wohlbefinden vs. Aufarbeitung unbewusster Konflikte aus der Kindheit), Kurzzeittherapie statt Langzeittherapie, Hausaufgaben, mehr Struktur und Direktivität. Die Auseinandersetzung mit den philosophisch-existentialen Themen mag in der TP allerdings mehr Raum finden als in der VT.
- der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) wird abgesehen von der Konzeption als Kurzzeittherapie der gemeinsame interpersonelle Fokus deutlich, welcher in der IPT durch den Aufbau und die Einbeziehung des sozialen Netzwerks sowie das Bearbeiten interpersoneller Problembereiche (Rollenwechsel, Konflikte, komplizierte Trauer, Einsamkeit) und in der WBT durch die therapeutische Arbeit zur Dimension der »positiven Beziehungen zu anderen« erreicht wird. Unterschiede ergeben sich dadurch, dass interpersonelle Beziehungen nur eine Dimension im Rahmen der WBT darstellen, diese allerdings nicht für das Bearbeiten des Trauerfokus geeignet erscheint (eine frühzeitige Betonung des Wohlbefindens könnte dabei sogar kontraproduktiv sein).
- bestimmten sog. »Dritte-Welle-Therapien« fallen Gemeinsamkeiten durch den Fokus auf wertorientierte Verhaltensaktivierung (wie in *Behavioral Activation/BA*, Verhaltensaktivierung oder der *Acceptance and Commitment Therapy/ACT*, Akzeptanz- und Commitmenttherapie) sowie die buddhistische Philosophie eines erfüllten Lebens (*Mindfulness-based Cognitive Therapy/MBCT*, Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie) auf. Allerdings gibt es teilweise erhebliche Unterschiede: So werden beispielsweise in der ACT die Versuche, störende bzw. dysfunktionale Gedanken zu verändern (wie in den Wohlbefinden-Protokollen der WBT), als kontraproduktiv angesehen; stattdessen fördert ACT die Wahrnehmung und Akzeptanz durch die Anwendung von Achtsamkeit. Zudem fehlen in der WBT im Vergleich mit dem *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)* oder der Schematherapie der Einbezug der Kindheit sowie eine auf heilsame Beziehungserfahrungen ausgerichtete intensive Beziehungsgestaltung.
- anderen Verfahren der Positiven Psychologie unterscheidet sich die WBT sowohl bezüglich der Entstehung, des Fokus als auch der angewandten Therapiemethoden. Während die WBT in einem klinischen bzw. therapeutischen

Kontext zur Behandlung schwerer und therapieresistenter Störungen entstanden ist, wurden Interventionen der Positiven Psychologie meist für sehr heterogene und nicht-klinische Gruppen in Selbsthilfeformaten (mit Face-to-Face-Unterstützung) entwickelt. Das Hauptziel der meisten Interventionen der Positiven Psychologie besteht in der Förderung von Glück, positiven Emotionen und Positivität im Allgemeinen, was in deutlichem Gegensatz zu dem innerhalb der WBT verfolgten Streben nach einem ausbalancierten Niveau bezüglich der Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens steht. Wie im zweiten Teil dieses Buches dargestellt, kann auch ein Übermaß an Positivität schädlich sein.

## Zur Person des Urhebers bzw. Entwicklers der WBT

Prof. Dr. med. Giovanni A. Fava, Psychiater und Psychotherapeut, ist Professor an der Università di Bologna. Er ist sowohl national als auch international bestens bekannt, was unter anderem auf seine zahlreichen herausragenden und einflussreichen, häufig innovativen (und teilweise auch als provokativ empfundenen) Publikationen und seiner Herausgeberschaft einer der meist zitierten Zeitschriften im Bereich Psychotherapie und Psychosomatik zurückzuführen ist. Wer Giovanni Fava näher kennt, weiß, mit wieviel therapeutischem und wissenschaftlichem Engagement und Herzblut er sich der Verbindung von Wissenschaft und (Psycho)Therapie und insb. der WBT über Jahrzehnte widmet. Als einer der wenigen wirklichen *Scientist Practitioner* in unserem Feld wurde er bei der Entwicklung der WBT in erster Linie durch die Psychotherapie seiner eigenen Patienten inspiriert. Zudem hat auch einer seiner ersten Mentoren – Georg Engel, welcher das ganzheitliche Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis eingeführt sowie das sogenannte biopsychosoziale Modell entwickelt hat (vgl. Engel 1960, 1977) – prägende Spuren bei Giovanni und somit auch der WBT hinterlassen. So ist es nicht überraschend, dass Giovanni die WBT auf der Annahme aufgebaut hat, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Leiden beinhaltet, sondern ebenso subjektives Wohlbefinden als eine weitere Dimension umfasst. Zudem hat er in der WBT gemäß eines modernen biopsychosozialen Modells in konsequenter Weise biologische, psychologische und soziale Faktoren sowie deren dynamische Interaktionen als ursächliche, auslösende und/oder aufrechterhaltende Bedingungen in der Diagnostik und Therapie beachtet (vgl. Fava & Sonino, 2017).

Durch das sehr anschauliche Beschreiben zahlreicher Fallbeispiele wird im Buch deutlich, wie Giovanni die WBT-Strategien konkret umsetzt. In dem Manual wird jedoch nicht explizit auf die Art der Beziehungsgestaltung eingegangen. Unsere Supervisionen, Workshops und Diskussionen mit Giovanni haben verdeutlicht, dass die Rolle des WBT-Therapeuten am ehesten vergleichbar ist mit der Rolle des »Advokaten«, welche in der ebenfalls als Kurzzeittherapie konzipierten IPT beschrieben wird. So tritt Giovanni in den wenigen Sitzungen, die in der WBT zur Verfügung stehen, aktiv, unterstützend, wertschätzend und direktiv

auf. Als Experte, welcher Sicherheit ausstrahlt und Hoffnung auf eine Verbesserung des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität vermittelt, führen WBT-Therapeuten nach der Diagnostik das Therapietagebuch ein, wobei Therapieaufgaben als selbstverständlicher und notwendiger Teil der Therapie klar herausgestellt werden. Giovanni empfiehlt, dass der WBT-Therapeut im Verlauf auch selbst aktiv und direktiv Einträge (z. B. Therapieaufgaben) in die Tagebücher schreibt. Von Beginn an gehört es zu den zentralen therapeutischen Aufgaben, die Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. oben Punkt 6) immer wieder zu betonen, weshalb wir stets Autonomie fördern. Wie durch viele Fallbeispiele im Buch ersichtlich, können WBT-Therapeuten auch gezielt Selbstöffnung (*Self disclosure*) einsetzen, um Patienten beispielsweise durch eine eigene Lebenserfahrung eine Lebensweisheit mitzugeben (vgl. z. B. Kap. 3). Die Beziehung wird – trotz der Kürze – nah und verbindlich, was Giovanni durch die wichtigen Booster-Sitzungen und die schöne Möglichkeit, auch nach Therapieende stets für ehemalige Patienten erreichbar zu sein, realisiert.

Die häufig verwendete persönliche Nennung der Mitglieder seiner Arbeitsgruppe in diesem Buch unterstreicht schließlich die Unterstützung, Wärme und Wertschätzung, welche Giovanni auch als Wissenschaftler und Mentor anderen Kolleginnen und Kollegen entgegenbringt.

## **Wie ist das Buch aufgebaut, an wen richtet es sich und was sind die Besonderheiten unserer Übersetzung?**

Ich kann Prof. Jesse H. Wright, welcher das Vorwort für die englischsprachige Fassung des WBT Manuals geschrieben hat, nur zustimmen: Laut Jesse gleicht die Publikation dieses Buches einem Meilenstein. Nachdem Giovanni bereits 1994 begonnen hat, diesen Ansatz zu entwickeln, und dieser im Laufe der Jahre in zahlreichen Publikationen evaluiert wurde (vgl. oben Punkt 7), erschien es dringend notwendig, endlich ein Manual dieser Therapie zu schreiben, in welchem die einzelnen Strategien und Sitzungen beschrieben werden.

Dieses Buch ist in drei Hauptteile gegliedert:

1. Im ersten Teil werden die Entwicklung sowie das Rational des Ansatzes erläutert. Insbesondere werden die sechs Dimensionen beschrieben, auf denen Wohlbefinden basiert: Autonomie, Umweltbewältigung, positive Beziehungen, persönliche Entwicklung, Lebensziel und -sinn sowie Selbstakzeptanz (vgl. oben Punkt 3).
2. Der zweite Teil stellt das Herzstück des Buches dar, da er sowohl ein ausführliches WBT-Behandlungsmanual (über 8 Sitzungen) als auch ein Kurzzeitbehandlungsmanual (über 4 Sitzungen) umfasst. Jede Sitzung wird in einem eigenen Kapitel beschrieben, welches durch übersichtliche Tabellen mit den jeweiligen Zielen Praxisnähe schafft sowie durch eigene Fallbeispiele illustriert wird. Der Autor gibt Anregungen, wie Momente des Wohlbefindens identifiziert werden und wie die Zeiten und Rahmenbedingungen dieser Momente aktiv geschaffen werden können. Dabei werden u. a. folgende Fragen adres-

siert: In welchen Situationen fühlt sich der Patient wohl? Welche Gedanken und Handlungen haben zum Erleben des Wohlbefindens beigetragen? Welche Faktoren (z. B. dysfunktionale Kognitionen, Verhaltensdefizite und Einstellungen) unterbrechen die Phase des Wohlbefindens? Was kann diesen entgegengesetzt werden, um die Phasen des Wohlbefindens zu verbessern bzw. zu verlängern? Welche der sechs Dimensionen des Wohlbefindens sind für den Patienten relevant?

3. Der dritte Teil widmet sich schließlich bestimmten Störungsbildern (Depression, Stimmungsschwankungen, generalisierter Angststörung, Panik und Agoraphobie und posttraumatischer Belastungsstörung) und Behandlungsbedingungen (wie der Behandlung von Kindern und Jugendlichen) im Rahmen der WBT.

Durch diese drei Teile erhält der Leser einen umfassenden, wissenschaftlich fundierten und insbesondere praxisnahen Einblick in die Therapie. Durch unsere ergänzten  Online-Materialien möchten wir den Therapeuten wertvolle Arbeitsmaterialien an die Hand geben, welche Diagnostik und Durchführung der Therapie in allen drei Phasen erleichtern mögen.

## **An wen richtet sich dieses Buch?**

Die Zielgruppe dieses Buches sind prinzipiell alle Menschen, die sich für die Klinische Psychologie bzw. Psychotherapie, Psychiatrie oder Psychosomatik interessieren. Auch sind natürlich Kollegen aus Nachbardisziplinen eingeladen, dieses Buch zu rezipieren. Zudem richtet es sich auch an Psychologiestudierende mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologen oder Ärzte in psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung sowie erfahrenere Praktiker, Supervisoren und Dozenten, welche praxisnah ein neues Verfahren durch Anregungen und Materialien kennenlernen möchten. Auch für Wissenschaftler sowie Interessenten aus dem Gesundheits- und Erziehungswesen, von Kostenträgern sowie aus der Verwaltung und der (Gesundheits-)Politik könnte dieser Ansatz interessant sein, da er vielfältige Forschungsmöglichkeiten (insb. auch unter Einbezug der Kosteneffektivität) bietet. Möglicherweise vermag ein solches Behandlungsmanual auch Betroffene über dieses Verfahren informieren und nützliche Hilfen für Entscheidungen bereitstellen, diesen Ansatz im Rahmen oder nach einer Therapie durchzuführen. Ansonsten stehen im deutschsprachigen Raum natürlich eine Vielzahl an Selbsthilfe-Büchern und Ratgebern unterschiedlicher Qualität (insb. auch zur Positiven Psychologie) zur Verfügung. In jedem Falle wird es für Betroffene in Therapie sinnvoll sein, diese schriftlichen Informationen noch einmal persönlich mit einem Therapeuten zu besprechen.

## Besonderheiten bezüglich unserer Übersetzung

Lassen Sie mich anbei noch ein paar Anmerkungen zur Übersetzung festhalten:

- **Gendersensibilität.** Sofern die Geschlechtszugehörigkeit keine spezielle Rolle spielt, werden im vorliegenden Buch der besseren Lesbarkeit zuliebe Begriffe wie »Patient« oder »Therapeut« grundsätzlich geschlechtsneutral verwendet, betreffen also stets beide Geschlechter. Die Fallbeispiele orientieren sich an realen Beispielen, die natürlich ausreichend anonymisiert wurden, sodass die Patienten nicht mehr erkannt werden können. In der Regel wurde jedoch hier das Geschlecht sowohl des Patienten als auch des Therapeuten (meist Giovanni) beibehalten.
- **Übersetzung.** Nach Rücksprache mit Giovanni haben wir die Übersetzung häufig nicht Wort für Wort vorgenommen, sondern an die deutsche Sprache, Kultur und Gepflogenheiten angepasst (z. B. Patienten nicht während der Therapie zu duzen, sondern diese zu siezen). Englische Zitate und Fachbegriffe haben wir übersetzt, wobei wir die relevanten Fachtermini bei mehreren Übersetzungsmöglichkeiten zudem in Klammern im Text belassen haben. Bei den folgenden Begriffen haben wir aufgrund wissenschaftlich-therapeutischer Gründe bzw. persönlicher Vorlieben nicht die – für manche Personen möglicherweise jeweils nächstgelegene – Übersetzung gewählt:
  - Well-being Therapy = Well-Being Therapie (statt Wohlbefinden-Therapie)
  - Well-being diary = Wohlbefinden-Tagebuch (statt Wohlfühltagbuch)
  - homework = Therapieaufgabe (statt Hausaufgabe)
  - self-therapy = Selbsttherapie (statt Therapie als Hilfe zur Selbsthilfe)
  - environmental mastery = Bewältigung (statt Kontrollierbarkeit) der Umwelt
  - Personal growth = Persönliche Entwicklung (statt persönliches Wachstum)
  - Purpose in life = Lebensziel und -sinn (statt Sinnhaftigkeit des Lebens)

## Dank und Ausblick

Meine beiden Mitarbeiter – Isabel Schamong und Simon Bollmann – und ich haben uns sehr gefreut, als Giovanni uns bat, sein erstes WBT-Buch zu übersetzen. Nach Vollendung dieser durchaus anspruchsvollen Aufgabe sowie wertvoller therapeutischer Erfahrungen als WBT-Therapeuten sind wir von diesem spezifischen Therapieansatz überzeugter und faszinierter als zuvor. Wir danken Giovanni daher von Herzen, dass er uns die Übersetzung des Manuals anvertraut hat und uns auch als Supervisor die Praxis der WBT vermittelt sowie uns als Mentor bei WBT-Forschungsprojekten berät.

Dem Verlag – insb. Wulf Bertram, Nadja Urbani und Agnes Halski – möchten wir für die positive Unterstützung, das sorgfältige Lektorat sowie die unkomplizierten Wege bei der Umsetzung (insb. bzgl. der neuen Online-Materialien) danken.

Zudem danke ich natürlich Isabel und Simon: Ihr beide habt dafür gesorgt, dass unser zumeist ausgeglichenes Wohlbefinden trotz teilweiser akribischer Suche

nach den optimalen deutschen Begriffen und Redewendungen nie ganz verloren ging. Ich freue mich auf weitere praktische und wissenschaftliche gemeinsame (WBT-)Projekte mit Euch!

Uns drei Übersetzern ist es ein wichtiges Anliegen, WBT auch im deutschsprachigen Raum bekannt(er) zu machen, (weiter) zu verbreiten und vor allem auch wissenschaftlich zu beforschen. Hier erscheinen uns vielfältige Möglichkeiten sinn- und wertvoll:

- Anwendung der als transdiagnostisch einzuordnenden WBT bei verschiedenen Störungsbildern (abgesehen von psychischen Erkrankungen auch bei körperlichen, insb. neurologischen Erkrankungen) zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Rückfallprävention
- Modifikation und Evaluation der WBT für ältere Patienten (gemäß der Modifikation für Kinder und Jugendliche), da insbesondere der Fokus auf das ausbalancierte Wohlbefinden unter Einbezug der sechs Dimensionen (v. a. Lebenssinn) für Hochbetagte als eine wertvolle Möglichkeit erscheint, Lebensqualität trotz möglicher altersbedingter Einschränkungen aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern
- Modifikation und Evaluation der WBT für ein gruppentherapeutisches Setting, da die Wirkfaktoren von Gruppentherapie sowie der Austausch über individuelle optimale bzw. flow-Erlebnisse und die persönliche Bedeutung von psychologischem Wohlbefinden möglicherweise die Effektivität der WBT erhöhen
- Modifikation und Evaluation der WBT als Paar- und Familieninterventionen, da es sehr hilfreich erscheint, auch bei Angehörigen von Patienten bzw. Paaren oder Familien, welche eine Psychotherapie aufsuchen, den Fokus auf das Maximieren von ausgeglichenem Wohlbefinden in den jeweiligen Beziehungen zu legen
- Entwicklung und Evaluation internet- und mobilbasierter WBT-Interventionen, was bei dieser auf Therapieaufgaben und Selbsthilfe ausgerichteten Therapieform in besonderem Maße leicht umsetzbar und wirksam erscheint
- Evaluation als Präventionsansatz in großen Studien, da die Förderung von Resilienz und psychologischem Wohlbefinden möglicherweise Inzidenzraten psychischer Störungen zu senken vermag

Um den Beginn aufzugreifen: Da die WBT nicht als alleiniges Allheilmittel für psychische Störungen entwickelt wurde, sondern sich als Verfahren versteht, welches in therapeutische sequentielle Behandlungspläne integriert werden sollte, erscheint der Einsatz im Rahmen einer individualisierten evidenzbasierten Psychotherapie wertvoll und vielfältig.

Möge dieses Buch dazu beitragen, dass die WBT im deutschsprachigen Raum das Interesse sowohl von Therapeuten als auch Wissenschaftlern erhält, sodass zukünftig noch mehr hilfreiche Wege in der Psychotherapielandschaft entstehen.

Marburg/Berlin, im Juli 2018

## Literatur

- Csikszentmihalyi, M (1988): The flow experience and its significance for human psychology. In M. Csikszentmihalyi, M, Csikszentmihalyi, I (eds.): Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness. New York, NY, US: Cambridge University Press, pp. 15 – 35.
- Engel, GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129 – 136.
- Engel, GL (1960): A unified concept of health and disease. *Perspectives in biology and medicine*, 3(4), 459 – 485.
- Fava, GA, Sonino, N (2017): From the lesson of george engel to current knowledge: the biopsychosocial model 40 years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 257-259.
- Jahoda, M (1958): *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York, Basic Books.
- Rubel, JA, Lutz, W (2016): »Personalisierung statt Verfahrensinflation« – Oder: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste? Teil 2. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(12), 463 – 464.
- Ryff, CD (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1069 – 1081.

# Abkürzungen

ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> , Akzeptanz- und Commitment-Therapie
AD	Antidepressiva
AM	Angst-Management-Programm
AP	<i>attention-placebo protocol</i> , Aufmerksamkeit-Placebo-Bedingung
BA	<i>Behavioral Activation</i> , Verhaltensaktivierung
cAMP	<i>Cyclisches Adenosinmonophosphat</i> , chemische Verbindung, die als <i>Second Messenger</i> bei der Übertragung von Nervenimpulsen dient
CBT	<i>Strengths-based Cognitive-Behavioural Therapy</i> , Ressourcenorientierte Kognitive Verhaltenstherapie
CID	<i>Clinical Interview for Depression</i> , Klinisches Interview für Depressionen
CM	<i>Clinical Management</i> , übliche klinische Behandlung
CPT	<i>Cognitive Processing Therapy</i> , Kognitive Prozesstherapie
CREB	<i>cAMP responsive element binding protein</i> , zellulärer Transkriptionsfaktor
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen
EBM	evidenzbasierte Medizin
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> , Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegungen
GAS	Generalisierte Angststörung
HPA	<i>Hypothalamic-pituitary-adrenal axis</i> , Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
IRT	<i>Imagery Rehearsal Therapy</i> , zur Reduktion von Alpträumen sowie zur Verringerung von Angst beim Traumerleben
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MAS	Manieskala
MBCT	<i>Mindfulness-based Cognitive Therapy</i> , Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie
MPQ	<i>Mental Pain Questionnaire</i> , Fragebogen zu mentalen Schmerzen
NMDA-Rezeptor	N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptor aus der Gruppe der Glutamat-Rezeptoren
PPT	<i>Positive psychotherapy</i> , Positive Psychotherapie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

PWB	<i>Psychological Well-Being Scale</i> , Skala für psychisches Wohlbefinden
RCT	<i>randomized controlled trial</i> , randomisierte kontrollierte Studie
SQ	<i>Symptom Questionnaire</i> , Symptomfragebogen
SSRI	<i>selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i> , selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSNRI	<i>selective Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitors</i> , selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SFT	<i>Schema-focused Therapy</i> , Schematherapie
STAR*D	<i>Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression</i>
TZA	Trizyklische Antidepressiva



# Inhalt

<b>I</b>	<b>Die Entwicklung der Well-Being Therapie .....</b>	<b>1</b>
1	Hintergrund der Well-Being Therapie .....	3
2	Der Philosophiestudent Tom und die Suche nach einer Strategie zur Steigerung des Wohlbefindens .....	10
3	Der Validierungsprozess der Well-Being Therapie .....	21
<b>II</b>	<b>Das acht Sitzungen umfassende Programm der Well-Being Therapie .....</b>	<b>29</b>
4	Eingangsdagnostik .....	31
5	Erste Sitzung der Well-Being Therapie .....	37
6	Zweite Sitzung der Well-Being Therapie .....	41
7	Dritte Sitzung der Well-Being Therapie .....	47
8	Vierte Sitzung der Well-Being Therapie .....	52
9	Fünfte Sitzung der Well-Being Therapie .....	58
10	Sechste Sitzung der Well-Being Therapie .....	63
11	Siebte Sitzung der Well-Being Therapie .....	67
12	Achte Sitzung der Well-Being Therapie .....	72
13	Das Vier-Sitzungen-Programm .....	76

<b>III</b>	<b>Anwendungen der Well-Being Therapie .....</b>	<b>81</b>
14	Depression .....	83
15	Stimmungsschwankungen .....	100
16	Generalisierte Angststörung .....	108
17	Panik und Agoraphobie .....	116
18	Posttraumatische Belastungsstörung .....	133
19	Kinder und Jugendliche .....	139
20	Neue Wege .....	146
21	Ausblick .....	152
	Sachverzeichnis .....	153

# I Die Entwicklung der Well-Being Therapie

---

# 1 Hintergrund der Well-Being Therapie

Als ich mich damals entschieden hatte, Medizin zu studieren, war ich zunächst nicht sonderlich überzeugt von dieser Wahl. Die Anfangsjahre waren auch entsprechend hart: Ich mochte die Themen nicht, die ich an meiner medizinischen Fakultät in Padova (Italien) studieren musste. Mir war durchaus bewusst, dass ich mich aufgrund der so verheißungsvollen Zukunft als Mediziner eigentlich hätte glücklich schätzen sollen, ich jedoch hinterfragte meine Studienwahl immer wieder – bis eines Tages etwas Entscheidendes passierte.

Zu jener Zeit (den frühen 1970ern) erhielten Medizinstudierende jährliche Röntgenuntersuchungen des Brustkorbs. Zu Beginn meines dritten Jahres – das Medizinstudium in Italien umfasst sechs Jahre – hatte ich wieder meine alljährliche Untersuchung. Ein paar Tage später erhielt ich einen Brief mit der Nachricht, dass irgendetwas bei mir nicht stimmte und ich in den nächsten Tagen für weitere Untersuchungen wiederkommen sollte. Mein erster Gedanke war: »Ich habe Tuberkulose.« Als ich den Brief bekam, las ich nämlich gerade Thomas Manns »Der Zauberberg«, sodass ich dachte, dies könne kein Zufall sein. Meine Gedanken waren wie folgt: »Ich habe mich in den letzten Tagen doch auch nicht gut gefühlt. Ich bin viel müder als ich es normalerweise bin.« Ich sah mich in meiner Fantasie in einem Sanatorium fernab von meiner Familie, Freunden und Seminaren. Als ich schließlich für die erneute Untersuchung in der Klinik erschien, war ich tatsächlich ein Wrack. Doch mir wurde dort gesagt: »Das alles muss ein Fehler sein: Ihr Brustkorb ist völlig in Ordnung.« Innerhalb weniger Sekunden fühlte ich mich wieder wohl. Als ich kurz darauf die Klinik verließ, erschien mir der Himmel so wunderbar blau und es kam mir so vor, dass es auf der Welt keinen anderen Medizinstudierenden hätte geben können, der glücklicher war als ich. Ich realisierte, welch wundervolle Erfahrung es ist, sich plötzlich wieder gesund zu fühlen. Allerdings war ich ja unter medizinischen Gesichtspunkten betrachtet noch nicht einmal krank gewesen.

Nach dieser Erfahrung wuchs mein Interesse an der psychosomatischen Medizin als umfassendes Modell zur Prüfung der Rolle von psychosozialen Faktoren in der Entstehung, dem Verlauf und den Auswirkungen von Krankheiten (Fava & Sonino, 2010). Niemand in Padova oder an anderen italienischen Universitäten schien damals jedoch an psychosomatischer Medizin interessiert. Einige glückliche Umstände führten dazu, dass ich den Sommer 1975 in Rochester, New York, verbrachte, um bei jemandem zu studieren, der als der möglicherweise bedeutendste Lehrer im Feld der Psychosomatik angesehen wurde – George Engel.

## Meine Erfahrung(en) in Rochester

George Engel war Professor für Medizin und Professor für Psychiatrie an der medizinischen und zahnmedizinischen Fakultät der Universität Rochester. Ausgebildet als Internist, hatte er das traditionelle Konzept von Krankheiten kritisiert, welches lediglich auf dem Verständnis bzw. der Wahrnehmung des Arztes basierte (Engel, 1960). Anders ausgedrückt: Nur das, was der Arzt erlaubt, kann auch als Krankheit anerkannt werden und somit die Krankenrolle durch den Patienten verdienen. Engel erarbeitete hingegen ein einheitliches Konzept von Gesundheit und Krankheit (Engel, 1960): Es gibt nicht *die* Gesundheit und *die* Krankheit, sondern vielmehr einen kontinuierlichen dynamischen und fließenden Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit.

Dieses Konzept – bereits im Jahr 1960 formuliert – wurde später im Rahmen des Biopsychosozialen Modells weiter ausgearbeitet (Engel, 1977). Psychosoziale Faktoren stellen eine Untergruppe ätiologischer Faktoren bei jeder Art von Krankheit dar, wenngleich ihr relatives Gewicht sich von einer Störung zur anderen, von einem Patienten zum anderen und sogar von einer Episode zur anderen bei derselben Erkrankung in demselben Patienten ändern kann (Lipowski, 1974). Es ist nicht so, dass es für bestimmte, als »funktional« definierte Erkrankungen an Erklärungen mangelt, sondern es sind vielmehr unsere Beurteilungen, die bei den meisten klinischen Begegnungen inadäquat sind (Fava et al., 2012).

Ich konnte den Sommer in seiner medizinisch-psychiatrischen Abteilung verbringen, wobei mir die Erfahrungen, welche ich dort sammeln durfte, als unendliche Quelle von Wissen und Inspiration erschienen. Eines Tages wurde eine psychosomatische Konsultation durch eine andere medizinische Station angefragt. Ich ging mit Sam, einem anderen Medizinstudenten, los, um die Patientin zu sehen. Diese war eine Dame in den Fünfzigern, die über Symptome eines augenscheinlich unerträglichen abdominalen Schmerzes berichtete. Allerdings ließ sich durch die medizinische Abklärung keine potenzielle Ursache ausmachen. Ihr Zustand schien sich zu verschlechtern, sodass in ein paar Tagen zur Abklärung eine Operation angesetzt worden war (1975 standen die heutigen minimal-invasiven explorativen Eingriffe noch nicht zur Verfügung). Unsere Aufgabe bestand darin, sie zu befragen und anamnestische Informationen bzgl. ihrer Vorgeschichte zu erfahren. Dr. Engel hatte sich an diesem Tag verspätet. Wir begannen mit ein paar Fragen, allerdings schien sie große Schmerzen zu haben. Sam und ich beschlossen daher, dass dies möglicherweise nicht der richtige Zeitpunkt für unsere Exploration war. Wir entschieden uns, später mit Dr. Engel zurückzukehren, was wir auch taten. Dr. Engel konnte sie sofort für sich gewinnen, sodass sie seine Fragen beantwortete. An einem bestimmten Punkt während des Gesprächs interessierte er sich plötzlich für eine Narbe der Patientin. Mit einem Mal hellte sich ihre Stimmung auf. Sie beschrieb eine chirurgische Operation, der sie sich in der Vergangenheit hatte unterziehen müssen. Dr. Engel fragte sie, ob sie sich noch anderen chirurgischen Eingriffen unterzogen hatte. Daraufhin zeigte die Dame andere Narben, wobei sie detaillierte Beschreibungen jeder ein-

zelenen Operation lieferte. Sie schien dabei ihren Schmerz vergessen zu haben. Sam und ich konnten nicht glauben, was wir sahen. Sie sah plötzlich so gut aus, obwohl sie doch Stunden zuvor so starke Schmerzen gehabt hatte. Dr. Engel fragte sie, wie die Dinge in ihrem Leben liefen und sie antwortete, dass es ihr eigentlich ganz gut gehe, nach einer schwierigen Zeit mit vielen Problemen in ihrer Familie. Als wir den Raum verlassen hatten, erklärte uns Dr. Engel, dass die Dame eine »Schmerzpersönlichkeit« (*pain-prone personality*) hätte und süchtig nach Operationen sei (Engel, 1959). Wenn das Leben diese Patienten am härtesten trifft, wenn die Umstände am schwierigsten sind, dann ist ihre physische Gesundheit vermutlich in der besten Verfassung und die Individuen sind frei von Schmerzen. Wenn sich die Dinge allerdings bessern, wenn Erfolg sichtbar wird, dann treten schmerzhaft Symptome auf (Engel, 1959). Sam fragte, was für diese Patienten getan werden könne. Dr. Engel antwortete: »Leider nicht sehr viel. Ich werde mit ihrem Arzt sprechen, um wenigstens dieses Mal die Operation zu vermeiden.« Sam und ich waren, bedingt durch unser junges Bedürfnis zu helfen, sehr unzufrieden mit dieser Antwort. Ich dachte heimlich: »Vielleicht wird eines Tages irgendjemand den Weg finden.«

Als der Sommer vorbei war und ich nach Padova zurückkehrte, beschloss ich, zunächst meinem Vorbild Dr. Engel zu folgen, indem ich mir sowohl Wissen und Kompetenzen im Bereich der inneren Medizin als auch der Psychiatrie aneignen wollte. Rechtzeitig realisierte ich jedoch, dass dies für mich bereits ein Spezialgebiet zu viel war. Daher entschied ich mich für die Psychiatrie, die Fachrichtung, aus welcher die meisten psychosomatischen Forscher kommen.

## Behandlung von Depressionen

Ich begann meine Facharztausbildung in einer Psychiatrie in Padova, aber mein Ziel bestand darin, zurück nach Rochester zu ziehen, um dort meine Ausbildung abzuschließen. Bedingt durch gewisse Umstände, die ich damals zunächst als ungünstig empfand, landete ich jedoch in Albuquerque, New Mexico, anstatt in Rochester. Mein Lehrer und Mentor dort war Robert Kellner, den ich Jahre zuvor während einer psychosomatischen Konferenz kennen gelernt hatte. Nachdem er zunächst einige Jahre als Hausarzt gearbeitet hatte, war er Psychiater geworden und teilte dementsprechend eine Gemeinsamkeit mit George Engel. Er zeigte mir eindrucksvoll, wie der psychosomatische Ansatz pharmakologische und psychologische Therapien in der psychiatrischen Praxis zu verbinden vermag. Die Depression war dabei jene psychiatrische Erkrankung, welche mein größtes Interesse weckte.

Nach einem Jahr im Südwesten der USA zog ich nach Buffalo, New York, da ich dort ein Angebot erhalten hatte, eine Depressionsabteilung aufzubauen. Ich war damals überzeugt, dass die Depression im Wesentlichen eine episodische Erkrankung ist, dass es wirksame Heilmittel dagegen gibt (Antidepressiva) und Chronizität eigentlich nur die Konsequenz einer inadäquaten Diagnosestellung und Behandlung war. Wenn ich heute über meine Überzeugungen von damals

nachdenke, überraschen mich meine Naivität und klinische Blindheit. Heute sind sich die Fachleute weitgehend darüber einig, dass die Depression im Wesentlichen eine chronische Erkrankung ist, mit vielen akuten Episoden im Verlauf (Fava et al., 2007). Meine damalige Überzeugung wurde jedoch zu jenem Zeitpunkt von fast allen Experten in dem Bereich geteilt. Während ich in den USA arbeitete, hatte ich im Grunde nur eine Querschnittssicht auf die Erkrankung, da ich die Patienten fast ausschließlich in der Klinik (und nur selten nachstationär) sah und behandelte.

Als ich jedoch entschied, zurück nach Italien zu gehen und an der Universität Bologna eine Ambulanz mit der Möglichkeit zu nachstationären Sitzungen aufzubauen, wurde mir deutlich, dass auch Patienten, die ich persönlich mit Antidepressiva behandelt und welche ich als komplett remittiert eingeschätzt hatte, nach einiger Zeit einen Rückfall in die Depression erlitten. – Was übersah ich?

## Das Konzept der Genesung

Ich wurde immer skeptischer in Bezug auf die langfristige Effektivität antidepressiver Medikation, bis ich schließlich 1994 in einer wissenschaftlichen Publikation die Hypothese aufstellte, dass diese Medikamente eine Ursache für Chronizität darstellen könnten (Fava, 1994). Ich wurde inspiriert durch das sogenannte »antibiotische Paradoxon«: Die besten Wirkstoffe zur Behandlung bakterieller Infektionen bilden jedoch gleichzeitig auch den Nährboden für die Selektion und Vermehrung resistenter Stämme, welche in der Umgebung sogar dann noch bestehen bleiben, wenn das Medikament nicht mehr verabreicht wird (Levy, 1992). Ausgehend von der vorhandenen Datenlage postulierte ich, dass die langfristige Einnahme von Antidepressiva die langfristige Wirksamkeit (*Outcome*) und die somatischen Begleiterkrankungen (*Komorbiditäten*) der Depression möglicherweise verschlechtert und sowohl die Wahrscheinlichkeit eines nachfolgenden Ansprechens auf die pharmakologische Behandlung wie auch die Dauer der symptomfreien Perioden verringert (Fava, 1994). Zwei Jahrzehnte später ist die Evidenz für diese Hypothese ziemlich beeindruckend (Andrews et al., 2011). Damals hingegen war es nicht einfach, gegen den Strom der pharmazeutischen Propaganda zu schwimmen.

In Albuquerque hatte ich unter der Anleitung von Robert Kellner die *Kognitive Verhaltenstherapie* (KVT) erlernt. Ich wendete diese bei meinen depressiven Patienten an – ob sie nun Antidepressiva einnahmen oder nicht. Jedoch schien die KVT das langfristige Outcome nicht so positiv zu beeinflussen wie in Studien berichtet (Fava et al., 2007). Dies stand in bemerkenswertem Gegensatz zur Anwendung der KVT bei Angsterkrankungen, wo positive und langfristige Effekte beobachtet werden konnten (Fava, 1994). In der Zwischenzeit wurde durch eine wachsende Anzahl an Studien deutlich, dass die pharmakologische Behandlung der Depression nicht alle Probleme lösen konnte und trotz bedeutsamer Verbesserungen wesentliche Residualsymptome bestehen blieben (Fava & Kellner, 1991). Diese Symptome beinhalteten insbesondere Ängstlichkeit und Reizbarkeit, wobei

sie mit einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einhergehen. Die meisten Residualsymptome zeigten sich darüber hinaus in der Prodromalphase der Erkrankung, wobei sich diese möglicherweise zu Prodromalsymptomen des Rezidivs entwickeln<sup>1</sup> (Fava & Kellner, 1991). Daher kann das Konzept der Genesung nicht auf das Abklingen bestimmter Symptome beschränkt werden (Fava, 1996).

Wie bereits Engel (1960, 1977) formulierte, bedeutet Gesundheit nicht einfach nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern bedarf zusätzlich des Vorhandenseins von Wohlbefinden. Wir wussten, wie wir die Menschen aus der negativen Funktionalität herausholen konnten. Das psychologische Wohlbefinden zurückzuerlangen, schien jedoch etwas komplett anderes zu sein und wir waren zunächst ratlos, wie wir dies erreichen konnten.

## Psychologisches Wohlbefinden

Mitte der 1990er Jahre nahm ich an einer internationalen psychiatrischen Konferenz in Kopenhagen teil, welche von meinem Freund Per Bech organisiert wurde, einem der bedeutendsten und innovativsten Forscher der psychologischen Diagnostik affektiver Störungen (Bech, 2012). Als ich ihn traf, empfahl er mir die Teilnahme an einem Symposium zur Lebensqualität.

Er erzählte mir, dass eine der Referentinnen eine amerikanische Entwicklungspsychologin mit interessanten Ideen sei. Ich besuchte das Symposium und – wie auch in vielen anderen Fällen – hatte er Recht. Die Referentin war Carol Ryff, die über ihr Modell zum psychologischen Wohlbefinden berichtete, welches eine Synthese aus verschiedenen Forschungsarbeiten war (Ryff, 1989). Sie postulierte, dass Wohlbefinden nicht gleichgesetzt werden könne mit Glück oder Lebenszufriedenheit. Um die verschiedenen Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens zu erfassen, hatte sie einen Fragebogen entwickelt, die *Psychological Well-Being Scale* (PWB), welche sie in Längsschnittstudien bei nicht-klinischen Populationen eingesetzt hatte (Ryff, 1989). Sie gab eine kurze Beschreibung jeder der sechs Dimensionen. Ich muss an dieser Stelle festhalten, dass ich zu der bedrohten Spezies der klinischen Wissenschaftler gehöre, die sowohl klinische Forschung betreibt, jedoch auch Einzelpatienten diagnostiziert und behandelt. Wenn ich Forschungskonstrukte überprüfe, so ist mein Ausgangspunkt daher immer, ob diese Konstrukte so auch für meine eigenen Patienten Sinn ergeben. Und dies taten diese Dimensionen: Autonomie (ein Gefühl der Selbstbestimmung; *autonomy*), Bewältigung der Umwelt (die Fähigkeit, sein Leben effektiv zu gestalten; *environmental mastery*), positive Beziehungen zu anderen (*positive interpersonal*

---

1 Anmerkung der Übersetzer: Bezugnahme auf das *Rollback-Phänomen* (siehe auch Kap. 17, S. 124, Abschnitt: Dritte bis siebte Sitzung; Detre & Jarecki, 1971).

Nach dem Rollback-Phänomen tritt die psychische Störung erneut auf, wenn eine subklinische Restsymptomatik bestehen bleibt. Diese Residualsymptomatik entspricht dabei den Symptomen im frühen subklinischen Stadium der Erkrankung, was die Beziehung zwischen Prodromal- und Residualsymptomatik erklärt.

*relationships*), persönliche Entwicklung (ein Gefühl des kontinuierlichen Wachstums und der Entwicklung; *personal growth*), Lebensziel und -sinn (der Glaube, dass das Leben sinnvoll und bedeutsam ist; *purpose in life*) und Selbstakzeptanz (eine positive Einstellung gegenüber sich selbst; *self-acceptance*). Nach der Präsentation begann ich, an die vielen Patienten zu denken, denen ich im Laufe meines Berufslebens begegnet bin und die eine beeinträchtigte oder erhöhte Ausprägung dieser Dimensionen – mit dem Resultat alltäglicher Konflikte – aufzuweisen schienen. Ich war überrascht, dass eine Entwicklungspsychologin solch tiefgründige klinische Konzepte hatte formulieren können.

Einige Jahre später entdeckte ich in einem fantastischen Buch über positive psychische Gesundheit, welches bereits im Jahr 1958 publiziert worden war, dass diese Dimensionen tatsächlich einen klinischen Ursprung hatten und von Marie Jahoda, Professorin für Sozialpsychologie an der Universität von New York, entwickelt worden waren (Jahoda, 1958). Dieses Buch, welches auf mich in einer amerikanischen Bibliothek wie gewartet zu haben schien, wurde zu einer weiteren bedeutsamen Quelle für Reflektion und Inspiration. Marie Jahoda hat sechs Kriterien für positive psychische Gesundheit aufgestellt. In fünf Fällen unterscheiden sich diese Kriterien nur leicht von denen, welche später von Carol Ryff skizziert wurden: Autonomie (Regulierung des Verhaltens von innen); Bewältigung der Umwelt; befriedigende Interaktionen mit anderen Menschen und dem Milieu; adäquater individueller Stil sowie adäquater Grad an Wachstum, Entwicklung und Selbstverwirklichung (diese wurden von Ryff in die Dimensionen persönliches Wachstum und Lebensziele und -sinn aufgeteilt); adäquate Einstellung zu sich selbst (Selbstakzeptanz).

Es existierte jedoch eine sechste wichtige Dimension, deren Ausformulierung für mich zu einem späteren Zeitpunkt besonders wichtig werden sollte: Das Gleichgewicht des Individuums und die Integration der psychischen Kräfte, die sowohl die Einstellung zum Leben als auch die Stressresistenz beinhaltet. Wie eine psychologische Therapie implementiert werden könnte, die darauf abzielt, das psychologische Wohlbefinden zu verbessern, schien ziemlich schwierig zu sein. Zunächst wusste ich nicht, wie ich dies umsetzen könnte.

1954 schlugen Parloff et al. vor, dass die Ziele von Psychotherapie nicht notwendigerweise die Reduktion der Symptome seien, sondern die Steigerung des persönlichen Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit. Allerdings gab es in den darauffolgenden Jahren sehr begrenzte Resonanz in Bezug auf diese Forderungen. Bemerkenswerte Ausnahmen waren Ellis' und Beckers *Guide to Personal Happiness* (Leitfaden zur Erreichung persönlichen Glücks; Ellis & Becker, 1982), eine Modifikation der *Rational-Emotive Therapy* (Rational-Emotive Therapie), um die größten Barrieren bezüglich der Erreichung persönlichen Glücks zu überwinden (u. a. Schüchternheit, Gefühl von Unzulänglichkeit, Schuldgefühle, etc.), Fordyce' *Program to Increase Happiness* (Programm zur Steigerung des Glücks; Fordyce, 1983), Padeskys Arbeit an den *Schema Change Processes in Cognitive Therapy* (Veränderungsprozesse von Schemata im Rahmen der Kognitiven Therapie; Padesky, 1994), Frischs *Quality of Life Therapy* (Lebensqualitätstherapie; Frisch, 1998) und Horowitz' und Kaltreiders Arbeit zu *Positive States of Mind*

(positive Gemütsverfassungen; Horowitz & Kaltreider, 1979). Leider waren diese Ansätze jedoch keiner ausreichenden klinischen Validierung unterzogen worden und schienen nicht auf das abzielen, was ich bezüglich des psychologischen Wohlbefindens im Sinn hatte.

## Literatur

- Andrews, PW, Kornstein, SG, Halberstadt, LJ, Gardner, CO, Neale, MC (2011): Blue again: perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. *Frontiers in Psychology*; 2: 159.
- Bech, P (2012): *Clinical Psychometrics*. Chichester, West Sussex, Wiley.
- Detre, P, Jarecki, H (1971): *Modern Psychiatric Treatment*. Philadelphia, Lippincott.
- Ellis, A, Becker, I (1982): *A guide to personal happiness*. Hollywood, CA, Melvin Powers Wilshire Book Company.
- Engel, GL (1977): The need for a new medical model. *Science*; 196: 129–136.
- Engel, GL (1960): A unified concept of health and disease. *Perspectives in Biology and Medicine*; 3: 459–485.
- Engel, GL (1959): »Psychogenic« pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*; 26: 899–918.
- Fava, GA (1996): The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 65: 2–13.
- Fava, GA (1994): Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychotherapy and Psychosomatics*; 61: 125–131.
- Fava, GA, Kellner, R (1991): Prodromal symptoms in affective disorders. *American Journal of Psychiatry*; 148: 823–830.
- Fava, GA, Sonino, N (2010): Psychosomatic medicine. *International Journal of Clinical Practice*; 64: 999–1001.
- Fava, GA, Sonino, N, Wise, TN (2012): *The Psychosomatic Assessment*. Basel, Karger.
- Fava, GA, Tomba, E, Grandi, S (2007): The road to recovery from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 76: 260–265.
- Fordyce, MW (1983): A program to increase happiness. *Journal of Counseling Psychology*; 30: 483–498.
- Frisch, MB (1998): Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 5: 19–40.
- Horowitz, MJ, Kaltreider, NB (1979): Brief therapy of stress response syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*; 2: 365–377.
- Jahoda, M (1958): *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York, Basic Books.
- Levy, SB (1992): *The Antibiotic Paradox: How Miracle Drugs are Destroying the Miracle*. New York, Plenum.
- Lipowski, ZJ (1974): Physical illness and psychopathology. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 5: 483–497.
- Padesky, CA (1994): Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*; 1: 267–278.
- Parloff, MB, Kelman, HC, Frank, JD (1954): Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*; 11: 343–351.
- Ryff, CD (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 6: 1069–1081.

## 2 Der Philosophiestudent Tom und die Suche nach einer Strategie zur Steigerung des Wohlbefindens

### Erste Sitzung mit Tom

Ich hatte schon lange mit dem Gedanken gespielt, eine Form der Psychotherapie zu entwickeln, die auf dem Konzept des psychologischen Wohlbefindens basiert. Allerdings ließ sich diese Idee zunächst nicht konkret umsetzen. Eines Tages explorierte ich im Rahmen eines Erstgespräches Tom, einen 23-jährigen Philosophiestudenten, der unter einer schweren Form der Zwangsstörung litt. Die Erkrankung war bei ihm vor allem durch Zwangsgedanken charakterisiert, welche sich auf seine Freundin Laura bezogen und ca. ein Jahr zuvor begonnen hatten. Seitdem sah sich Tom nicht mehr in der Lage zu studieren, er legte keine einzige Prüfung mehr ab und ging schließlich gar nicht mehr zur Universität. Auch sein soziales Leben war betroffen. Abgesehen von Laura, der er mit Fragen bezüglich ihrer Vergangenheit auf die Nerven ging, traf er sich nicht mehr mit Freunden. Tom hatte bereits einen Psychiater aufgesucht, der ihm Fluvoxamin verschrieben hatte, einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Dieses Antidepressivum bewirkte jedoch keine Linderung. Daher stellte ihn der Psychiater auf Clomipramin um, ein trizyklisches Antidepressivum (TZA), auf das er jedoch erneut nicht ansprach. In Anbetracht der damaligen wissenschaftlichen Studienlage waren die beiden verschriebenen Medikamente evidenzbasiert. Tom begann danach eine Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), brach diese jedoch nach sechs Sitzungen ab, weil er erneut keine Besserung, sondern sogar eine Verschlechterung seiner Symptomatik wahrnahm. Letzteres erregte meine Aufmerksamkeit.

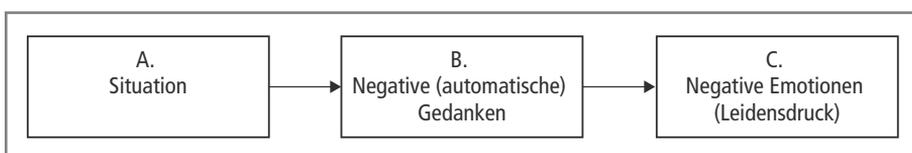
Für gewöhnlich wird in der klinischen Literatur ein Nicht-Ansprechen meist mit einer Verschlechterung gleichgesetzt. Tatsächlich handelt es sich hierbei um zwei unterschiedliche Konstrukte. In den 1990er Jahren untersuchte eine Gruppe von Yale-Forschern unter der Leitung von Ralph Horwitz die Gabe eines Beta-Blockers nach einem Herzinfarkt in einer größeren randomisiert-kontrollierten Studie (Horwitz et al., 1996). Da randomisiert-kontrollierte Studien nicht darauf abzielen, Fragen bzgl. der individuellen Behandlung von Patienten zu beantworten, sondern die Effektivität von Behandlungen für den durchschnittlichen Patienten vergleichen, der per Zufall einer der Gruppen zugeteilt wurde, werteten Horwitz et al. (1996) die erhobenen Daten auf andere Art und Weise aus: Sie verglichen Subgruppen, die durch spezifische klinische Krankheitsgeschichten charakterisiert waren. Es stellte sich heraus, dass der untersuchte Beta-Blocker für den ›Durchschnittspatienten‹, der einen akuten Herzinfarkt überlebt hatte,

hilfreich war, wohingegen er für eine bestimmte Subgruppe von Patienten, die in der Vergangenheit spezifische Ergänzungsbehandlungen erhalten hatte, schädlich wirkte.

Wenn wir den Fall berücksichtigen, dass eine Behandlung, die im Durchschnitt hilfreich ist, in bestimmten Fällen möglicherweise nicht effektiv oder sogar schädlich sein kann, können wir gegebenenfalls erkennen, dass die jeweilige Therapie für bestimmte Personen oder eine Subgruppe von Personen, die gewisse klinische Charakteristika aufweist, nicht hilfreich ist (Horwitz et al., 1996). Große Pharmakonzerne, die – zusammen mit biotechnologischen Unternehmen – medizinische Publikationen und Informationen substanziell kontrollieren (Abramson, 2005), hören nicht gern von dieser sich verschlechternden Subgruppe, – wahrscheinlich, weil dies potenzielle Kunden abschrecken könnte. Allerdings treten diese Ereignisse bei jedem Medikament auf. Ich habe die paradoxen Reaktionen (die Verstärkung der depressiven Stimmung durch Medikamente) untersucht, die bei der Einnahme von Antidepressiva auftreten können (Fava, 1994). Eine klinische Verschlechterung kann jedoch auch während einer Psychotherapie auftreten. Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen mögen es allerdings nicht besonders über negative Effekte zu sprechen (Linden, 2013). Bei der pharmakologischen Behandlung können negative Ereignisse dadurch ausgelöst werden, dass der Arzt das Medikament nicht adäquat verschreibt (z. B. in einer Dosis, die überdosiert oder inadäquat ist). Allerdings war die Behandlung in unserem Fall korrekt durchgeführt worden. Auch in der Psychotherapie können negative Effekte daraus resultieren, dass eine Psychotherapie nicht *lege artis* durchgeführt wurde (Linden, 2013). In Toms Fall kannte ich allerdings den Psychologen, der die KVT durchgeführt hatte sehr gut; ich schätzte ihn insbesondere wegen seiner Kompetenzen und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Zwangsstörungen.

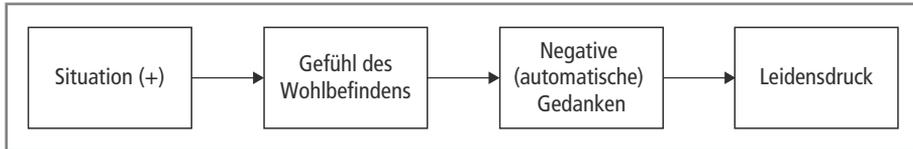
Daher hatte ich das Gefühl, dass jeder sinnvolle Behandlungsansatz bereits ausprobiert worden war. Was könnte ich denn noch anders machen? Beim Nachdenken über Tom stieß ich auf den substanziellen Unterschied, den Tom ja selbst entdeckt hatte: Während Medikamente ihm nicht halfen, führte die Psychotherapie sogar zu einer Verschlechterung.

Ich formulierte die Hypothese, dass der grundlegende Mechanismus der Kognitiven Therapie darauf basiert, die Symptome bzw. die Belastung zu beobachten. Die Identifikation einer Situation, in der ein Symptom bzw. das Belastungserleben auftaucht, führt zum Aufdecken des negativen Denkens (automatische Gedanken), das mit negativen Emotionen assoziiert ist bzw. diesen vorausgeht (Abb. 2-1).



**Abbildung 2-1:** Grundlegende Mechanismen der Kognitiven Therapie

Allerdings führte dieser Mechanismus im Fall von Tom womöglich zu einer Zunahme der Symptomatik bzw. einem stärkeren Belastungserleben. Warum also nicht das Gegenteil tun und Phasen des Wohlbefindens beobachten und untersuchen, was diese unterbricht (Abb. 2-2)?



**Abbildung 2-2:** Grundlegende Mechanismen der Well-Being Therapie

Daher forderte ich Tom auf, ein Wohlbefinden-Tagebuch zu führen, in das er Phasen des Wohlbefindens eintragen sollte.

Ich habe ihm keine Definition von Wohlbefinden gegeben, sondern ihn lediglich gebeten, die Situationen festzuhalten, in denen er sich gut fühlte, und aufzuschreiben, was er dabei genau erlebt hatte und mit welcher Intensität. Sein Kommentar dazu war allerdings nicht gerade aufbauend: »Das Tagebuch wird leer sein.«

## Zweite Sitzung mit Tom

Als Tom zur zweiten Sitzung kam, zeigte er mir sein Tagebuch, in das er tatsächlich ein paar Situationen aufgeschrieben hatte, in denen er Phasen des Wohlbefindens erlebt hatte. Er gab zu, dass diese Situationen tatsächlich passiert seien, fügte aber hinzu, dass »diese extrem kurz waren und nur einige Minuten andauerten.« In Tabelle 2-1 ist eine dieser Situationen illustriert. Ich war überrascht zu sehen, dass er in der Tat inmitten von Verzweiflung und Leid einige gute Phasen erlebt hatte – auch wenn diese nur kurze Zeit anhielten.

Anschließend instruierte ich Tom auch die Gedanken aufzuschreiben, die zu den frühzeitigen Unterbrechungen des Wohlbefindens führten. Erneut gab ich ihm keine Informationen über die Art der für unsere Therapie entscheidenden Gedanken (automatische Gedanken) oder Erklärungen, warum ich ihm diese Aufgabe stellte. Ich wollte, dass er sein Gegenmittel selbst entdeckt.

**Tabelle 2-1:** Zweite Sitzung mit Tom

Situation	Wohlbefinden	Intensität* (0–100)
Später Nachmittag Ich bin daheim und lerne. Laura wird bald kommen.	Ich bin glücklich, sie zu sehen.	40

\* 0 bedeutet die vollständige Abwesenheit von Wohlbefinden, während 100 auf die intensivste Form des Wohlbefindens hinweist, die ein Patient erleben kann.

Allerdings ergänzte ich ein paar Kommentare in sein Therapie-Tagebuch (ich schreibe nämlich immer in die Tagebücher meiner Patienten z. B. Instruktionen zur Medikamenteneinnahme, Verhaltensübungen, Dinge, die wir während der Sitzung diskutierten und die mir relevant erscheinen). Ich forderte ihn auf, ab und zu zur Uni zu gehen und eine Prüfung auszuwählen, an der er versuchen sollte teilzunehmen. Daraufhin beschwerte er sich: »Das macht doch keinen Sinn. Ich schaff es einfach nicht mehr, zu studieren.« Ich antwortete hingegen, dass wir Schritt für Schritt wieder dahin kommen würden.

In diesem Zusammenhang erzählte ich ihm die Geschichte, als ich mir beim Skifahren mit elf Jahren mein Bein gebrochen hatte. Es war ein schwieriger Bruch, sodass mein Orthopäde, der gleichzeitig auch Unfallchirurg war, das Bein eingipsen musste. Ich sollte es für dreieinhalb Monate stillhalten, ohne auch nur einmal aufzustehen. Als schließlich der Tag kam, an dem mir der Gips abgenommen wurde, ging ich davon aus, dass meine Qualen endlich vorbei seien. Meine Eltern hatten mir nichts Gegenteiliges erzählt; ich dachte, meine Knochen seien nun heil und ich könne einfach aufstehen und laufen. Als der Chirurg meinen Gips abgenommen hatte, musste ich allerdings schmerzhaft entdecken, dass das alles nicht stimmte: Mein Bein hatte keine Muskelmasse mehr, ich konnte mein Knie nicht beugen und als ich versuchte aufzustehen, musste ich realisieren, dass ich das nicht konnte. Ich begann zu weinen und schluchzte, dass mein Leben nun ruiniert sei und ich nie wieder würde laufen können. Ich kann nicht beurteilen, ob die Reaktion des Chirurgen die beste zu dieser Zeit war, jedenfalls antwortete er wie folgt:

*»Hör auf zu weinen Giovanni. Alles ist so wie es sein sollte. Nun musst du beginnen, ein paar Übungen zu machen.« (Er instruierte mich durch wenige und sehr einfache Empfehlungen, wie ich einige Übungen ausführen sollte, da es in meinem Heimatort keine Physiotherapie gab.) »Aber vergiss nie: Eines Tages wirst du spüren, dass du Fortschritte machst, dass du dein Knie etwas mehr beugen kannst als den Tag zuvor. An anderen Tagen hingegen wirst du denken, dass es schlechter wird, dass du dein Knie weniger beugen kannst. Mach' dir da nichts draus. Mach' einfach weiter mit dem, was ich dir mit auf den Weg gegeben habe. Du wirst wieder laufen können.«*

Genau das geschah, weshalb ich meinen Patienten diese Geschichte im Sinne der Selbstöffnung oft erzähle. Studien innerhalb der Psychotherapie-Forschung legen nahe, dass die Selbstöffnung von Psychotherapeuten das Leiden der Patienten vermindert (Barrett & Berman, 2001). Entsprechend ging ich immer schon davon aus, dass es für einen Arzt wichtig ist, sowohl technisches als auch emotionales Wissen zu vermitteln.

## Dritte Sitzung mit Tom

Tom kam zwei Wochen später zur dritten Sitzung mit seinem Tagebuch. In Tabelle 2-2 ist eine Situation wiedergegeben, die er in der Zwischenzeit aufgeschrieben hatte.

**Tabelle 2-2:** Dritte Sitzung mit Tom

Situation	Wohlbefinden	Störende Gedanken und/oder Verhaltensweisen
Morgens. Ich bin daheim, lerne.	Ich habe es geschafft, eine volle Stunde gut zu lernen.	Jetzt wird irgendetwas passieren, was meinen Vormittag zerstört → Zwänge

Ich muss gestehen, dass ich Tom schwer einschätzen konnte. Tom war ein kluger, gut gebildeter und sensibler, junger Mann. Ich wollte schauen, ob er – mithilfe von wenigen einfachen Empfehlungen (wie mein Orthopäde damals) – seinen eigenen Weg der Heilung finden würde. Und tatsächlich hatte er nicht nur Phasen des Wohlbefindens identifizieren können, sondern vielmehr auch Gedanken, die diese unterbrachen.

Basierend auf den Theorien der Rational-Emotiven und Kognitiven Therapien entschied ich mich, kognitive Schemata in meinen Therapieansatz miteinzubeziehen. Daher erläuterte ich Tom anhand Aaron Becks Beschreibung (1976), was automatische Gedanken sind: Sie erscheinen oft in bestimmten Situationen, sind kein Ergebnis des Schlussfolgerns oder Reflektierens, sondern entstehen reflexhaft. Automatische Gedanken sind zudem relativ autonom: Sie werden nicht bewusst initiiert und können nur schwer gestoppt werden (Beck, 1976). Ich erläuterte Tom, warum einige der Gedanken, die er aufgeschrieben hatte, zu Becks Modell passten. Ich bat ihn danach, seinem Therapie-Tagebuch eine weitere Spalte hinzuzufügen (zusätzlich zur Situation, dem Wohlbefinden und störenden Gedanken bzw. Verhaltensweisen), nämlich die ›Perspektive eines Beobachters‹, also was ein Beobachter (genauer gesagt die betreffende Person, die sich jedoch von der Situation distanziert) mit hoher Wahrscheinlichkeit denken würde. Zur selben Zeit fuhr auch ich damit fort, Verhaltensübungen in sein Tagebuch einzutragen. Zusätzlich zum Wiedereinstieg in sein Studium an der Uni hatte er einen Kurs ausgewählt, den er zuvor bereits für eine potenzielle Prüfung besucht hatte. Ich forderte ihn auf zu versuchen, wieder richtig zu studieren mit zeitlich zunehmend längeren Phasen des Lernens (zunächst 15 Minuten, dann 30 Minuten, dann 1 Stunde und so weiter). Abschließend vereinbarten wir, dass er in zwei Wochen wiederkommen sollte.

## Vierte Sitzung mit Tom

Zu Beginn der vierten Sitzung zeigte Tom mir wieder sein Tagebuch. Er hatte einige Situationen aufgeschrieben, in denen es ihm gelungen war, die Selbstbeobachtung von Wohlbefinden zu üben, eine Verbindung zwischen Störungen des Wohlbefindens und Gedanken herzustellen sowie seine Annahmen in der Art zu hinterfragen, dass er nachweisen konnte, dass diese nicht korrekt waren. Zwei derartige Beispiele sind in Tabelle 2-3 wiedergegeben.

Tabelle 2-3: Vierte Sitzung mit Tom

Situation	Wohlbefinden	Störende Gedanken und/oder Verhaltensweisen	Perspektive des Beobachters
Nachmittags. Ich gehe zum Supermarkt.	Ich fühle mich ruhig und entspannt. Es ist ein schöner Tag.	Ich habe diese positiven Gefühle nicht verdient. Mir darf es nicht gut gehen. Mein Leben ist eine einzige Misere. → Zwänge	Es liegt auf der Hand, dass es dir gut geht. Was du machst, ist nichts Besonderes.
Morgens. Ich lerne.	Ich habe heute früh sehr gut gearbeitet.	Ich mache das nur, damit ich meinen inneren Kampf vergessen kann.	Da ist kein wirklicher Kampf in dir, nur Gedanken. Du brauchst dir keine Sorgen über einen Kampf zu machen, du suchst nur das Leid.

Besonders beeindruckte mich, dass er bei der zweiten Situation aus der Beobachtersperspektive heraus beschrieb, dass er das Leid suche. Ich erkannte, dass Menschen wie er, eine geringe Toleranz für Gefühle des Wohlbefindens haben und sofort Gedanken entwickeln, die sie womöglich zu ihrem Leiden bzw. ihren Symptomen und zu ihrer Erkrankung – von der sie kompromisslos annehmen, diese verdient zu haben – zurückbringen.

Ich erinnerte mich an einen anderen Patienten, den ich gemeinsam mit George Engel therapiert hatte und an dessen Beschreibung der »Schmerzpersönlichkeit« (*pain-prone personality*) (Engel, 1959). Ich dachte an meine Studienzeit auf dem Gymnasium in Italien. Ich hatte – genau wie Tom – ein »klassisches Gymnasium« besucht, auf welchem Latein, Altgriechisch und Philosophie die Hauptfächer waren (warum haben wir bloß kein Englisch gelernt?), allerdings muss ich anerkennen, dass diese Fächer für eine einzigartige Allgemeinbildung sorgten.

Eine griechische Weisheit besagt, dass, wenn Dinge sehr gut laufen, die Götter neidisch werden und Dich bestrafen. An vielen Stellen in der Literatur wird ersichtlich, dass Erfolg dazu führen kann, dass wir Menschen Situationen unterschätzen und uns unverwundbar fühlen, was zwangsläufig darin mündet, dass

wir bedeutsame Fehler machen. Mit anderen Worten: Jemand kann folgeschwere Fehler auf der Spitze seines Erfolges begehen, die er nicht gemacht hätte bevor er die Erfolgsleiter bestieg (es gibt fast täglich Beispiele dieses Phänomens von Politikern, Schauspielern, usw.). Andere Menschen hingegen lassen sich nicht so sehr durch diese Gefühle des Wohlbefindens beeinflussen und sind tatsächlich der festen Überzeugung, dass der Erfolg nicht von Dauer sein kann. Ich dachte auch an den lateinischen Philosophen Seneca und seine Idee, dass der Zustand des Wohlbefindens ein Lernprozess ist, wobei das Schreiben hierbei hilfreich sein kann.

An diesem Punkt war ich neugierig zu sehen, was Tom wohl das nächste Mal entdeckt haben würde. Ich würdigte seine Arbeit und ermutigte ihn, zur nächsten Stunde mit mehr niedergeschriebenen Situationen zu kommen. Ich motivierte ihn zudem, seine Zeit noch mehr dem Studium und sozialen Aktivitäten zu widmen. Zu diesem Zeitpunkt bildeten sich die Zwänge bereits deutlich zurück, sie erschienen weniger häufig und weniger intensiv.

## Fünfte bis siebte Sitzung mit Tom

Die fünfte Sitzung wurde wieder ausgefüllt durch die Diskussion der neu aufgeschriebenen Situationen in seinem Tagebuch, welches er mitgebracht hatte. In manchen Situationen gelang es ihm nicht, eine valide Interpretation aus der Beobachterperspektive zu finden, sodass ich diese selbst hinzufügte. In anderen Fällen war es hingegen faszinierend zu sehen, was er aufgeschrieben hatte.

Die Zeiten, in denen es ihm gelang, sich zu konzentrieren, nahmen kontinuierlich zu, sodass er probeweise einen Plan für die nächste Prüfung gemacht hatte. Beim gemeinsamen Analysieren seiner Situationen wurden mir bei ihm zudem noch einige Defizite bezüglich der psychologischen Dimensionen des Wohlbefindens, die Marie Jahoda (1958) und Carol Ryff (1989) entwickelt hatten, bewusst. Daher begann ich, diese mit ihm zu diskutieren. Ich entschied mich ihn erst in einem Monat wiederzusehen, um ihm mehr Zeit zu geben, sich alleine weiterzuentwickeln.

Die sechste Sitzung wurde erneut gefüllt durch Situationen, die er in seinem Therapie-Tagebuch festgehalten hatte (exemplarisch in Tab.2-4 wiedergegeben).

Seine Interpretationen aus der Beobachterperspektive wurden immer besser und zudem reich an philosophischen Zitaten. Ich erklärte ihm allerdings, dass das Niederschreiben von Situationen in sein Tagebuch nicht eine rein intellektuelle Aufgabe sein sollte. Vielmehr sollte er lernen, diese Beobachterinterpretationen ›in vivo‹ – also während der Phasen des Wohlbefindens – zu nutzen, um Zwängen vorzubeugen.

Die Zwänge nahmen bezüglich ihrer Häufigkeit, Intensität und ihrem invalidierenden Einfluss weiter ab. Interessanterweise hatte ich keine einzige kognitive Umstrukturierung für seine Zwangsgedanken angewandt, sondern lediglich für die Gedanken, die sein Wohlbefinden unterbrachen. Ich gab Tom einen Monat

Tabelle 2-4: Sechste Sitzung mit Tom

Situation	Wohlbefinden	Störende Gedanken und/oder Verhaltensweisen	Perspektive des Beobachters
Morgens. Ich lerne daheim.	Ich habe es geschafft, einen sehr schwierigen Teil der Prüfung zu verstehen. Ich fühle mich sehr wohl.	Jetzt werde ich mich wieder in irgendetwas anderes verrennen und meine Zwänge werden beginnen.	Du kannst deine Zwänge kontrollieren. Das Problem ist, dass du dich so sehr an die Zwänge gewöhnt hast. Du bist ein ängstlicher Mensch; wenn du die Zwänge nicht ausübst, dann machst dich das ängstlich. Daher suchst du nach ihnen. Aber mit der Zeit wird es leichter und leichter werden, diesen Druck auszuhalten.
Abends, daheim. Es klingelt an der Tür. Laura ist da.	Endlich! Ich habe mich so auf sie gefreut!	Jetzt werden meine Zwänge beginnen und unseren Abend verderben.	Du bist so verdammt ängstlich, dass etwas dein Wohlbefinden zerstört, dass du es geradezu herbeirufst. Gewöhn dich endlich daran, dich wohlzufühlen.

später unseren nächsten Termin. In der Zwischenzeit bestand er eine Prüfung sehr gut und plante sofort danach die nächste.

Nach der siebten Sitzung entschied ich, dass das Ende unserer Therapie absehbar sein sollte – auch wenn ich etwas skeptisch blieb bezüglich der Stabilität seiner Erfolge. Daher war ich zurückhaltend festzulegen, was den therapeutischen Erfolg ausgelöst hatte: Meine griechischen Studien?

## Achte und letzte Sitzung mit Tom

Einen Monat später kam Tom zurück. Es fiel mir schwer, den Philosophiestudenten wiederzuerkennen, der mich Monate zuvor das erste Mal aufgesucht hatte. Er zeigte mir sein Tagebuch (einige Beispiele daraus sind in Tab. 2-5 wiedergegeben).

Wir diskutierten, wie er es geschafft hatte, sich von den meisten seiner Zwänge zu lösen. Sein Leben veränderte sich, er hatte seinen Abschluss in Philosophie mit

Tabelle 2-5: Letzte Sitzung mit Tom

Situation	Wohlbefinden	Störende Gedanken und/oder Verhaltensweisen	Perspektive des Beobachters
Am Morgen in der Universität.	Ich blicke meiner Zukunft und meiner Beziehung mit Laura optimistisch entgegen.	So schnell hat sich alles verbessert; irgendwo muss doch der Haken sein.	Glück tut nicht weh. Es ist dumm, sich darüber Sorgen zu machen. Wenn du die richtige Einstellung hast, kannst du glücklich werden. Und du näherst dich immer mehr dieser richtigen Einstellung.
Nachmittags. Ich bekam eine sehr gute Note in der Uni.	Es läuft wirklich gut.	Meine Zwänge werden zurückkommen und ich werde dahin zurückfallen, wo ich begonnen habe.	Ängste sorgen dafür, dass du Dinge siehst, die gar nicht existieren. Du siehst sie jedoch nur, weil du vor ihnen Angst hast. Je mehr Angst du vor der Angst und ihren Erscheinungsformen hast, desto mehr Macht bekommen die Ängste über dich. Aber du hast gelernt, wie du diese besiegen kannst.

sehr guten Noten absolviert und plante bereits, seine Studien fortzusetzen – allerdings außerhalb des Bereichs der Philosophie. In der siebten Sitzung hatte ich meinen Gedanken die Therapie zeitnah zu beenden erstmals mit ihm besprochen (ich muss gestehen, wir hatten uns wegen der Neuheit meines Ansatzes beim Beginn unserer Gespräche nicht auf eine Anzahl von Sitzungen festgelegt).

Ich fragte ihn, ob er sich nun bereit fühle, allein weiter zu gehen. Er stimmte zu, äußerte dabei allerdings viele Bedenken. Ich klärte ihn – wie jeden meiner Patienten – darüber auf, dass ich jeder Zeit aus welchem Grund auch immer für ihn da sei. Er könne mich anrufen oder mich direkt aufsuchen. Was auch immer passieren möge, ich wolle ihn in einem Jahr wiedersehen, um seinen Fortschritt zu überprüfen. Abschließend drückte ich ihm meine aufrichtige Wertschätzung für seine Veränderung aus, aber auch für die Dinge, die ich selbst durch unsere Gespräche gelernt hatte.

Ein Jahr später ging es ihm weiter gut. Er hatte gerade einen Master in Marketing begonnen und war zu folgendem Schluss gekommen: »Zu viel Philosophie

ist nicht gut für mich.« Ich bin sehr stolz auf ihn und seine weiteren Erfolge im Leben.

## Reflexionen nach der Therapie

Kurz nach dem Ende dieser Therapie begann ich zu überlegen, was genau eigentlich währenddessen passiert war. Ich erinnerte mich an einen Tag in Albuquerque, an dem ich einen Fall während der wöchentlichen Teambesprechung unserer Station mit einem Assistenzarzt der Psychiatrie und meinem Mentor Robert Kellner diskutierte.

Eine Patientin hatte nicht auf die Behandlung angesprochen, weshalb ich entschieden hatte, sie auf ein anderes Medikament umzustellen. Daraufhin hatte sich ihr Zustand sehr deutlich und schnell verbessert, sodass ich einen möglichen Neurotransmitter-Mechanismus als Ursache dafür annahm. Der Assistenzarzt war jedoch anderer Meinung bezüglich der rezeptorischen Veränderungen, weshalb wir lebhaft zu diskutieren begannen. Dabei bemerkten wir nicht, dass eine Krankenschwester erfolglos versuchte, uns zu unterbrechen. Während einer kurzen Pause in unserer Diskussion warf sie jedoch Folgendes ein: »Ich weiß nicht genau, wie ich es Ihnen erklären soll, liebe Docs. Aber die Wahrheit ist Folgende: Wir haben vergessen, die Medikation bei dieser Patientin zu verändern. Sie nimmt immer noch ihr erstes Medikament.« Am liebsten wäre ich sofort im Erdboden versunken. Mir waren mein Verhalten und unsere lächerliche Diskussion äußerst peinlich. Aber Robert Kellner entgegnete Folgendes, wie immer sehr nett und unterstützend: »Durch diesen Fall können wir sehr viel lernen. Wenn es einem Patienten besser geht, ist die wahrscheinlichste Erklärung dafür – und dies sollten wir niemals vergessen –, dass dies nichts mit dem zu tun hat, was wir gemacht, verschrieben oder gesagt haben. Es gibt dafür so viele verschiedene potenzielle Erklärungen – die meisten davon sind uns gar nicht bewusst. Nur kontrollierte Studien können herausfinden, ob das, was wir machen, therapeutisch wirkt.« Daher war – bezogen auf unseren Fall Tom – meine erste Reaktion: Wer weiß schon, warum es Tom besser geht? Vielleicht liegt es in der Tat an der Qualität unserer Beziehung, meinen Geschichten oder aber an etwas, was mit ihm während des Verlaufs unserer Therapie geschehen ist.

Ich hatte zwar eine Art der Psychotherapie bzw. Heilung entwickelt, die nicht den gewöhnlichen bzw. traditionellen Ansätzen entsprach, aber nun galt es, diese durch wissenschaftliche Studien zu erforschen.

## Literatur

- Abramson, J (2005): *Overdosed America*. New York, Harper.
- Barrett, MS, Berman, J (2001): Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69: 597–603.
- Beck, AT (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, International Universities Press.

- Engel, GL (1959): »Psychogenic« pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*; 26: 899–918.
- Fava, GA (1994): Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychotherapy and Psychosomatics*; 61: 125–131.
- Horwitz, RI, Singer, BH, Makuch, RW, Viscoli, CM (1996): Can treatment that is helpful on average be harmful to some patients? *Journal of Clinical Epidemiology*; 49: 395–400.
- Jahoda, M (1958): *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York, Basic Books.
- Linden, M (2013): How to define, find and classify side effects in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*; 20: 286–296.
- Ryff, CD (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 6: 1069–1081.