

Giovanni A. Fava

Well-Being Therapie (WBT)

Eine Kurzzeittherapie zur psychischen Stabilisierung
Behandlungsmanual – Arbeitsmaterialien – Klinische Anwendungen



Übersetzt und bearbeitet von
Eva-Lotta Brakemeier, Isabel Schamong, Simon Bollmann



Download-
Material

 **Schattauer**

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 Fünfigern, 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 jungendliches 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 entwickeln¹ (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*