

SANDRA MIETHE-KOLKENBROCK

**Entwicklung und Evaluation eines metakognitiven
Bibliotherapie-Manuals gegen Depression**

2014

I. Institut für Psychologie

**Entwicklung und Evaluation eines metakognitiven
Bibliotherapie-Manuals gegen Depression**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

im Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft

der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster

Vorgelegt von

Sandra Mieth-Kolkenbrock, geb. Mieth

aus Rheine

2014

Dekan:	Prof. Dr. Manfred Holodynski
Erste Gutachterin:	Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer
Zweite Gutachterin:	Prof. Dr. Anya Pedersen
Tag der mündlichen Prüfung:	23.05.2014
Tag der Promotion:	23.05.2014

DANKSAGUNG

Viele Menschen haben mich auf meinem Weg zum Abschluss dieser Arbeit begleitet und unterstützt. Dafür möchte ich mich bedanken.

Ich danke herzlich meiner Betreuerin Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer und den weiteren Mitgliedern meines Promotionskomitees, Prof. Dr. Anya Pedersen und Prof. Dr. Thomas Ehring, aber auch Prof. Dr. Fred Rist, Dr. Antje Hunger und Dr. Anna Vossbeck-Elsebusch, die mir mit Rat, Tat und Ermutigungen zur Seite gestanden haben.

Für die Unterstützung bei der Datenanalyse möchte ich Herrn Prof. Dr. Herbert Hoijtink danken.

Den Mitarbeitern der Psychotherapie-Ambulanz Münster danke ich für die wertvolle Hilfe bei der Rekrutierung von Probanden im Rahmen der Sprechstunde der Ambulanz. Auch möchte ich insbesondere Katharina Alt für die Unterstützung bei der Datenerhebung danken.

Bei Dr. Tanja Wimmer möchte ich mich für die Zusammenarbeit bei der Konstruktion des Fragebogens zu positiven und negativen Metakognitionen über Rumination bedanken, den ich in meiner Studie eingesetzt habe.

Ich danke auch meinen Freunden und Arbeitskollegen für geduldige, offene Ohren und motivierende Worte.

Letztlich möchte ich meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Bärbel und Manfred Miethe, meiner Schwester Kathrin Miethe und meinem Ehemann Dr. Stephan Kolkenbrock danken. Ihr seid mein sicherer Hafen.

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	ii
Abbildungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	vi
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Volkskrankheit Depression	3
2.1.1 Häufigkeit depressiver Erkrankungen	3
2.1.2 Direkte und indirekte Kosten depressiver Erkrankungen.....	4
2.1.3 Krankheitslast durch Depressionen	5
2.1.4 Evidenzbasierte Behandlung von Depressionen	7
2.1.5 Neue Entwicklungen in der Therapie von Depressionen	9
2.2 Rumination	10
2.2.1 Bedeutung von Rumination und ihre Theorien – Ein Überblick.....	10
2.2.2 Das S-REF-Modell	16
2.2.3 Vergleich des S-REF-Modells mit anderen Theorien zu Rumination.....	25
2.2.4 Befunde zum S-REF-Modell	26
2.2.5 Implikationen des S-REF-Modells für die Therapie	31
2.3 Rumination im Fokus – Die metakognitive Therapie der Depression	33
2.3.1 Metakognitive Therapie bei Depression	37
2.3.2 Wirksamkeit der metakognitiven Therapie	50
2.3.3 Ressourcenknappheit in der Psychotherapie	56
2.4 Bibliothherapie	58
2.4.1 Entwicklung, Definition und Kategorisierung von Bibliothherapie.....	58
2.4.2 Wirksamkeit von Bibliothherapie allgemein	69
2.4.3 Wirksamkeit von Bibliothherapie spezifisch bei Depressionen.....	77
2.4.4 Faktoren, die die Wirksamkeit von Bibliothherapie beeinflussen.....	78
2.4.5 Therapieforschung mit Bibliothherapie.....	85
3 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes und Ableitung der Fragestellungen	87
3.1 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes	87

3.2	Hauptfragestellungen: Wirksamkeit der metakognitiven Therapie als Bibliothherapie und Prädiktoren für den Therapieerfolg	93
3.2.1	Ableitung der Hauptfragestellungen.....	93
3.2.2	Hypothesen zu den Hauptfragestellungen	95
3.3	Nebenfragestellung: Spezifische Veränderung kognitiver Variablen.....	96
3.3.1	Ableitung der Nebenfragestellung.....	96
3.3.2	Hypothesen zur Nebenfragestellung.....	96
4	Hauptfragestellungen: Wirksamkeit der metakognitiven Therapie als Bibliothherapie und Prädiktoren für den Therapieerfolg.....	98
4.1	Methode	98
4.1.1	Stichprobe.....	98
4.1.2	Entwicklung des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals	99
4.1.3	Messinstrumente.....	101
4.1.4	Studienablauf und -design	102
4.1.5	Umgang mit fehlenden Werten	105
4.2	Ergebnisse.....	106
4.2.1	Unterschiede zwischen den Gruppen und zwischen Completern und Drop-outs	106
4.2.2	Ergebnisse zu den Hypothesen I.A. – Veränderung der Depressivität.....	106
4.2.3	Ergebnisse zu den Hypothesen I.B. Weitere Prädiktoren für Depressivität in beiden Gruppen	110
4.3	Diskussion	121
4.3.1	Wirksamkeit des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals	121
4.3.2	Weitere Prädiktoren für Depressivität in beiden Gruppen	124
5	Nebenfragestellung: Ergebnisse zur Veränderung spezifischer kognitiver Variablen	129
5.1	Methode	129
5.1.1	Stichprobe.....	129
5.1.2	Entwicklung des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals	130
5.1.3	Messinstrumente.....	131
5.1.4	Studienablauf und -design	135
5.1.5	Umgang mit fehlenden Werten	137
5.1.6	Statistische Analysen.....	138
5.2	Ergebnisse.....	139
5.2.1	Unterschiede zwischen den Gruppen und zwischen Completern und Drop-outs	139
5.2.2	Ergebnisse zur Hypothese II.A. zur Veränderung von Rumination.....	140
5.2.3	Ergebnisse den Hypothesen II.B. zur Veränderung von Metakognitionen.....	142
5.2.4	Explorative Analysen zur Veränderung von Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit	145

5.3	Diskussion	147
5.3.1	Veränderung von Rumination	147
5.3.2	Veränderung von Metakognitionen	148
5.3.3	Explorative Analysen zu weiteren Variablen	151
6	Zusammenfassung der Ergebnisse, Limitationen und Perspektiven	152
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussion	152
6.1.1	Wirksamkeit der metakognitiven Therapie als Bibliotherapie und Prädiktoren für den Therapieerfolg	152
6.1.2	Spezifische Veränderung kognitiver Variablen	153
6.2	Zusammenfassung der Limitationen und Perspektiven für weitere Forschungsarbeiten	154
6.3	Implikationen für die Praxis	156
6.3.1	Implikationen für die metakognitive Therapie	156
6.3.2	Implikationen für die Anwendung von Bibliotherapie	156
7	Zusammenfassung	158
8	Literaturverzeichnis	160
9	Anhang	181
9.1	Zusätzliche Ergebnisse zu den Hauptfragestellungen	181
9.1.1	Zusätzliche Berechnungen zu den Hypothesen I.A.1 und I.A.2	181
9.1.2	Zusätzliche Berechnungen zu den Hypothesen I.B.1. und I.B.2.	183
9.1.3	Zusätzliche Berechnungen zu den Hypothesen I.B.3. und I.B.4.	184
9.2	Zusätzliche Ergebnisse zur Nebenfragestellung	185
9.2.1	Zusätzliche deskriptive Ergebnisse	185
9.2.2	Zusätzliche Berechnungen zu Hypothese II.A.1.	186
9.2.3	Zusätzliche Berechnungen zu Hypothese II.B.	186
9.2.4	Zusätzliche Berechnungen zu explorativen Analysen	187
	Curriculum Vitae	188

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Ablaufdiagramm der Studie.....	104
Abbildung 2: Mittelwerte des BDI-V über die Zeit für Completer getrennt nach Gruppe....	107
Abbildung 3: Mittelwerte von BDI-V sowie der Variablen gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben in Prozent von der Gesamtseiten- bzw. Gesamtaufgabenzahl für Imputationsmethode 0.	113
Abbildung 4: BDI-V-Mittelwerte getrennt für vier Ersterkrankungsalter-Gruppen.....	115
Abbildung 5: BDI-V-Mittelwerte über die Zeit für Gruppen mit und ohne Komorbidität. ..	116
Abbildung 6: ROC-Kurven für die Reduktion des BDI-V zu vier Zeitpunkten für zwei Kriterien.	119
Abbildung 7: Ablaufdiagramm der Studie.....	136
Abbildung 8: Mittelwerte der Variable Rumination zum Prä- und Post-Zeitpunkt für die Completer.	141
Abbildung 9: Mittelwerte der Variable negative Metakognitionen über Sorgen zum Prä- und Post-Zeitpunkt für die Completer.	144

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht von Ruminationsmodellen in ihrem Forschungskontext nach Smith und Alloy (2009)	12
Tabelle 2: Stichprobencharakteristika getrennt nach Gruppe	99
Tabelle 3: BDI-V-Werte der Completer zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten.....	107
Tabelle 4: Schätzungen für die festen Parameter	109
Tabelle 5: Durchschnittlich gelesene Seiten/bearbeitete Aufgaben in Prozent	111
Tabelle 6: Ergebnisse der HLM mit den zusätzlichen Prädiktoren gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben für zwei Imputationsmethoden	112
Tabelle 7: Ergebnisse der HLM mit den zusätzlichen Prädiktoren Ersterkrankungsalter und Komorbidität	114
Tabelle 8: Prozentualer Anteil der Versuchspersonen mit gültigen Werten, die folgende Bedingungen für die Prädiktoren bzw. Kriterien erfüllten	117
Tabelle 9: Sensitivität, Spezifität und korrekt klassifizierte Fälle für Prädiktoren mit unterschiedlichen Cut-offs getrennt nach zwei Kriterien	118
Tabelle 10: Areas under curve der ROC-Kurven für unterschiedliche Zeitpunkte getrennt nach zwei Kriterien	120
Tabelle 11: Stichprobencharakteristika getrennt nach Gruppe	130
Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Rumination getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe	140
Tabelle 13: Ergebnisse einer Varianzanalyse mit Messwiederholung der Variable Rumination für Completer und intention-to-treat (ITT)	140
Tabelle 14: Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Metakognitionen getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe	142
Tabelle 15: Ergebnisse einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung für positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen getrennt nach Completern und intention-to-treat (ITT)	143
Tabelle 16: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen zu den Variablen positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen	144
Tabelle 17: Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe	145
Tabelle 18: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zu den Variablen von Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit	146
Tabelle 19: Vergleich der BDI-V-Werte von Completern und Drop-outs bis Post für den Zeitraum Prä bis Post	181
Tabelle 20: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen zu der Variable BDI-V-Reduktion getrennt nach Analyse für Completer und intention-to-treat (ITT)...	182
Tabelle 21: Ergebnisse des <i>t</i> -Tests mit multipel imputierten Daten für BDI-V	182

Tabelle 22: Gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben zu allen Messzeitpunkten.....	183
Tabelle 23: Varianzen und Kovarianzen der zufälligen Effekte zu Hypothesen I.B.1 und I.B.2.....	183
Tabelle 24: Varianzen und Kovarianzen der zufälligen Effekte zu Hypothesen I.B.3 und I.B.4.....	184
Tabelle 25: Mittelwerte und Standardabweichungen zu den kognitiven Variablen getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe sowie nach Completern und Drop-outs	185
Tabelle 26: Ergebnisse des t-Tests zur abhängigen Variable Rumination mit multipel imputierten Daten.....	186
Tabelle 27: Ergebnisse der <i>t</i> -Tests zu den abhängigen Variablen positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen mit multipel imputierten Daten.	186
Tabelle 28: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse zu den Variablen von Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit	187

1 EINLEITUNG

*“Thoughts don’t matter, but your response to them does.”
(Wells, 2009, S. 1)*



*“Perhaps a sound book is better than a subpar therapist.”
(McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003, S. 282)*

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Andrade et al., 2000; Jacobi, Wittchen et al., 2004) und verursachen sowohl hohe Kosten (König & Friemel, 2006) als auch viel Leid (Murray et al., 2012). In der Forschung zu Depressionen ist Rumination ein wichtiges Konstrukt, da Rumination mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen in Verbindung gebracht wird (Brotman & DeRubeis, 2004; Lyubomirsky & Tkach, 2004; Papageorgiou & Wells, 2004; Smith & Alloy, 2009; Watkins, 2008). Das macht neuere Weiterentwicklungen der kognitiven Verhaltenstherapie interessant, die auf die Veränderung von Rumination abzielen. Ein Beispiel ist die metakognitive Therapie der Depression (MKT, Wells, 2009), die auf der Konzeptionalisierung von Rumination im Rahmen des Self-Regulatory Executive Function (S-REF)-Modells (Wells & Matthews, 1994, 1996) basiert. Die Wirksamkeit der MKT bei Depression ist jedoch bisher nicht hinreichend untersucht. Vor allem fehlen Befunde aus randomisierten, kontrollierten Studien.

Doch auch die Entwicklung neuer Depressionstherapien löst nicht das Problem, dass die Versorgung depressiver Patienten häufig nicht zufriedenstellend ist (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011; Jacobi, Klose & Wittchen, 2004). Diese Versorgungslücke macht Bibliothherapie in Form von didaktischen Selbsthilfebüchern attraktiv, die einfach und kostengünstig anwendbar ist und potenziell viele Menschen erreichen kann (Cuijpers, 1997; Gregory, Schwer Canning, Lee & Wise, 2004; Norcross, 2000). Die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtetem Bibliotherapiematerial bei Depressionen ist bereits gut belegt (siehe z.B. Anderson et al., 2005; Bower, Richards & Lovell, 2001; Cuijpers, 1997; Jorm, Christensen, Griffiths & Rodgers, 2002; Mains & Scogin, 2003; Marrs, 1995; McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003). Gleichzeitig kann Bibliothherapie auch nützlich sein, um die spezifische Wirksamkeit neuer oder weiterentwickelter kognitiv-

verhaltenstherapeutischer Interventionen zu überprüfen, da diese in der Regel gut in ein Selbsthilfebuchformat „übersetzt“ werden können (Richardson & Richards, 2006) und der Aufwand einer Bibliothherapie-Studie deutlich unter dem einer Studie mit face-to-face-Psychotherapie liegt.

Mit der Entwicklung und Evaluation eines metakognitiven Bibliothherapie-Manuals bei Depression wurden in der vorliegenden Arbeit die Forschungsgebiete der MKT und der Bibliothherapie verbunden. Untersucht werden sollen damit als Hauptfragestellungen die Wirksamkeit der MKT sowie Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Bibliothherapie und als Nebenfragestellung das Eintreten einer spezifischen Reduktion von Rumination und Metakognitionen bei der Behandlung mit MKT, die nach dem S-REF-Modell zu erwarten ist.

Das folgende **Kapitel 2** gibt hierzu zunächst einen ausführlichen Überblick über den theoretischen Hintergrund zu Depression und Rumination, der MKT und Bibliothherapie. In **Kapitel 3** werden die wichtigsten Aspekte des theoretischen Hintergrundes nochmals zusammengefasst und die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Studie abgeleitet. In den beiden darauf folgenden Kapiteln werden Methode, Ergebnisse und Diskussion der vorliegenden Studie getrennt nach Hauptfragestellungen zur Wirksamkeit der MKT und zu Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Bibliothherapie (**Kapitel 4**) und der Nebenfragestellung zur spezifischen Veränderung von Rumination und Metakognitionen (**Kapitel 5**) berichtet. **Kapitel 6** fasst die Ergebnisse der Diskussion zu Haupt- und Nebenfragestellungen zusammen und diskutiert Limitationen sowie Perspektiven für die Forschung und Praxis. Schließlich wird in **Kapitel 7** die gesamte vorliegende Arbeit knapp zusammengefasst. Nach dem Literaturverzeichnis in **Kapitel 8** finden sich im Anhang in **Kapitel 9** ergänzende Berechnungen.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Volkskrankheit Depression

Depressionen sind eine Volkskrankheit mit gravierenden Auswirkungen sowohl in Bezug auf die Kosten der Erkrankung als auch für die Betroffenen selbst. Im Folgenden werden Häufigkeit, Kosten und Leid durch die Erkrankung diskutiert und evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen sowie deren Weiterentwicklungen gegenübergestellt.

2.1.1 Häufigkeit depressiver Erkrankungen

Depressionen zählen sowohl in Deutschland als auch weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Für Deutschland fanden Jacobi, Wittchen et al. (2004) in einer repräsentativen, landesweiten Studie in der Altersgruppe der 18-65-Jährigen eine 4-Wochen-Prävalenz von 5.6%, eine 12-Monats-Prävalenz von 10.7% und eine Lebenszeitprävalenz von 17.1% von unipolaren depressiven Störungen basierend auf den Kriterien nach DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Damit gehören depressive Störungen zusammen mit Angststörungen und somatoformen Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Jacobi, Wittchen et al., 2004).

Laut Jacobi, Wittchen et al. (2004) stimmen diese Prävalenzen gut mit vergleichbaren Studien aus anderen Ländern, wie den Niederlanden (Bijl, Ravelli & Van Zessen, 1998), Australien (Andrews, Henderson & Hall, 2001) und den USA (Kessler et al., 1994), sowie auch mit weltweiten Daten der Weltgesundheitsorganisation (Andrade et al., 2000) überein:

So fanden Andrade et al. (2000) in den USA, Kanada, Brasilien, Mexiko, Deutschland, den Niederlanden und der Türkei 12-Monats-Prävalenzen depressiver Störungen von 4.2% bis 10.7% und Lebenszeitprävalenzen von 7.3% bis 19.4% nach DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). In der niederländischen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren lag nach den Kriterien des DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) die 12-Monats-Prävalenz der Major Depression bei 4.1% und die Lebenszeitprävalenz bei 10.9% (Bijl et al., 1998). In Australien fanden Andrews et al. (2001) bei Erwachsenen über 18 Jahren eine 12-Monats-Prävalenz der Major Depression von 6.3% nach DSM-IV. In den USA lag beim National Comorbidity Survey (NCS) die 12-Monats-Prävalenz für Major

Depression in der Altersgruppe der 15-54-Jährigen bei 10.3% die Lebenszeitprävalenz bei 17.1% nach dem DSM-III (Kessler et al., 1994). Dies stimmt auch mit neueren Daten aus der Replikation des National Comorbidity Survey (NCS-R) in den USA überein, in dem für Major Depression eine 12-Monats-Prävalenz von 6.7% und eine Lebenszeitprävalenz von 16.6% (Kessler, Wai, Demler & Walters, 2005) nach dem DSM-IV gefunden wurde.

2.1.2 Direkte und indirekte Kosten depressiver Erkrankungen

Unter anderem aufgrund der oben dargestellten großen Häufigkeit verursachen Depressionen immense Kosten, sowohl für das Gesundheitssystem (direkte Kosten) als auch für die Wirtschaft durch reduzierte Produktivität (indirekte Kosten).

Direkte Kosten von Depressionen

Die direkten Kosten von Depressionen für das deutsche Gesundheitssystem durch spezifische Angebote und Therapien berechnen beispielsweise Friemel, Bernert, Angermeyer und König (2005) für das Jahr 2002 mit 686 € pro Patient über alle depressiven Patienten hinweg und mit 1246 € für diejenigen depressiven Patienten, die Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben. Ungefähr doppelt so hoch fällt die Schätzung von Salize et al. (2004) aus mit Kosten von 2541 € im Jahr 2001 pro depressivem Patienten, der Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hat. Die großen Unterschiede in den Schätzungen führen Friemel et al. (2005) hierbei auf Unterschiede in der Methodik der Studien bezüglich Stichprobe, Beobachtungszeitraum und Diagnosesystem zurück. Insgesamt betragen die Kosten von Depressionen für das deutsche Gesundheitssystem laut Daten des statistischen Bundesamtes im Jahr 2002 knapp vier Milliarden €. Über die folgenden Jahre stiegen die Kosten immer weiter, bis die Kosten im Jahr 2008 für Depressionen insgesamt 5.2 Milliarden € betragen (König & Friemel, 2006; Statistisches Bundesamt Destatis, 2010).

Zudem muss berücksichtigt werden, dass psychische Erkrankungen nicht nur mit Kosten für spezifische Behandlungsangebote, sondern auch mit einer erhöhten Inanspruchnahme allgemeiner Gesundheitsleistungen und erhöhten Ausfalltagen verbunden sind. So fanden Jacobi, Klose und Wittchen (2004) im Rahmen des Bundesgesundheits surveys in Deutschland, dass Personen, die in den vorangegangenen 12 Monaten an einer psychischen Erkrankung gelitten hatten, in diesem Jahr Hausarzt und Fachärzte signifikant häufiger aufsuchten als Personen, die nie eine psychische Erkrankung hatten oder remittiert waren. Diese Unter-

schiede zeigten sich auch dann noch, wenn Besuche von Psychiatern und Psychotherapeuten nicht in die Berechnung eingingen.

Auch für den Eintritt in die Erwerbsunfähigkeitsrente sind affektive Störungen die häufigste Diagnose. Von 178497 Zugängen zur Erwerbsminderungsrente im Jahr 2011 traten 73273 (41%) aufgrund von psychischen Erkrankungen in die Rente ein bzw. 30151 (17%) aufgrund von affektiven Störungen. Aufgrund von Krebserkrankungen waren es nur 22764 (13%), aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nur 17319 (10%), aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nur 25432 (14%) Fälle (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011).

Indirekte Kosten von Depressionen

Wie ausländische Studien zeigen, scheinen die indirekten Kosten, d.h. die Kosten von Depressionen durch Produktivitätsausfall, noch höher als die direkten Kosten zu sein (Bramesfeld & Schwartz, 2007). Beispielsweise berechneten Kessler et al. (2006) in einer US-amerikanischen Studie basierend auf dem NCS-R, dass Personen, die an einer Major Depression erkrankt waren, durchschnittlich 27.2 Arbeitstage im Erkrankungsjahr verloren. In die Berechnung gingen sowohl Krankentage als auch geschätzte verlorene Arbeitstage durch geringere Arbeitsleistung ein. Unter Einbezug des Gehalts der Erkrankten wurden die Kosten von Depression am Arbeitsplatz durch diese verlorenen Arbeitstage auf mindestens 36.6 Milliarden Dollar geschätzt. Für Australien fanden Andrews et al. (2001), dass Menschen mit einer affektiven Störung an 11.7 Tagen des Vormonats so beeinträchtigt waren, dass sie nicht arbeiten oder ihren anderen normalen Tätigkeiten nachgehen konnten.

Aus Deutschland liegen dazu weniger Daten vor. Zahlen aus dem Bundesgesundheits-survey zeigen jedoch, dass aktuell psychisch Erkrankte mit im Mittel 19.8 Tagen doppelt so viele Fehltag hatten wie nie Erkrankte und Remittierte (Jacobi, Klose et al., 2004).

2.1.3 Krankheitslast durch Depressionen

Neben den hohen direkten und indirekten Kosten von Depressionen für die Gesellschaft muss auch die Krankheitslast, d.h. die Beeinträchtigung für die Betroffenen durch Depressionen, betrachtet werden (Günther et al., 2007), die sehr unterschiedlich operationalisiert werden kann.

So wurde von der Weltgesundheitsorganisation zur Bestimmung dieser Krankheitslast in der ersten Global Burden of Disease (GBD) Studie im Jahr 1990 das Maß der disability-adjusted life years (DALYs) eingeführt (Murray & Lopez, 1996). Ein DALY steht dabei für ein verlorenes Lebensjahr in Gesundheit. Dabei bezieht ein DALY sowohl verlorene Lebensjahre durch einen in Vergleich zur Lebenserwartung verfrühten Tod mit ein (years of life lost, YLL) als auch verlorene Lebensjahre durch Beeinträchtigung gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung (years lived with disability, YLD). Da die GDB Studien regelmäßig aktualisiert werden, können Entwicklungen der Krankheitslast beobachtet werden wie beispielsweise in der Studie von Murray et al. (2012), die Veränderungen der DALYs zwischen 1990 und 2010 zusammenfasst. Diese zeigt, dass Major Depression auf der Rangliste der Erkrankungen, die global für die meisten DALYs verantwortlich sind, von Platz 15 im Jahr 1990 auf Platz elf im Jahr 2010 vorgerückt ist. Betrachtet man diese Rangliste nur für West-Europa, nimmt die Major Depression im Jahr 2010 Platz vier ein, hinter Kreuzschmerzen, ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten. Dabei gibt es aus methodischen Gründen über Publikationen hinweg leichte Unterschiede in den Ranglisten, die verschiedenen Kategorienbildungen für die Erkrankungen und verschiedenen Berechnungen von DALYs geschuldet sind (Murray et al., 2012). Betrachtet man nur die YLD, so liegt die Major Depression weltweit und auch in Westeuropa auf Rang zwei direkt hinter Kreuzschmerzen (Vos et al., 2012).

Eine andere Größe zur Messung der Krankheitslast ist das Konzept des Verlustes an qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs; Günther et al., 2007). Bei diesem Konzept werden die Lebensjahre mit einer Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gewichtet. Günther et al. (2007) schätzten die QALY-Verluste durch Depression pro Jahr in Deutschland auf bis zu 403373 QALYs, wobei die genaue Berechnung abhängig ist von den zugrunde gelegten Prävalenz-Daten und dem verwendeten Maß zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Autoren schlussfolgern, dass Depressionen aufgrund der Einschränkung der Lebensqualität eine große Krankheitslast verursachen.

Jenseits dieser eher abstrakten Maße wird in weiteren Studien die Beeinträchtigung durch Depressionen im Alltag der Betroffenen verdeutlicht. So erleben Menschen mit einer Major Depression nicht nur im Arbeitsbereich Beeinträchtigung (siehe oben), sondern auch in den Bereichen Haushaltsführung, Beziehungen sowie insbesondere im Bereich des Ausfüllens sozialer Rollen (Kessler et al., 2003). Auch ziehen depressive Störungen für die Betroffenen je nach Ersterkrankungsalter viele negative Konsequenzen nach sich: So erreichen Erkrankte

einen schlechteren Schulabschluss, haben eine schlechtere Ehequalität und lassen sich häufiger scheiden, sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und haben ein schlechteres Familieneinkommen (Kessler & Wang, 2009).

Des Weiteren darf nicht vergessen werden, dass die Krankheit Depression ein erheblich erhöhtes Suizidrisiko mit sich bringt. So waren im Jahr 2004 weltweit und über alle Altersgruppen und beide Geschlechter hinweg 1.4% aller Todesfälle auf selbstzugefügte Verletzungen bzw. Suizid zurückzuführen (Mathers, Fat & Boerma, 2008). In Deutschland gab es im Jahr 2006 laut Todesursachenstatistik des statistischen Bundesamtes insgesamt 9765 Sterbefälle durch Suizid. Bei Männern war Suizid in 1.9% und bei Frauen in 0.6% aller Sterbefälle die Todesursache (Rübenach, 2007). Dabei kann man davon ausgehen, dass Depressionen bei vielen Suiziden eine Rolle spielen. So zeigten Alberdi-Sudupe et al. (2011) in einer Längsschnittstudie über 10 Jahre, dass psychiatrische Diagnosen mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suizidversuche einhergehen. In einer Meta-Analyse wurde gefunden, dass bei 87.3% aller Suizide die Verstorbenen eine psychiatrische Diagnose aufwiesen, wobei affektive Störungen mit dem höchsten Suizidrisiko einhergingen (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004).

2.1.4 Evidenzbasierte Behandlung von Depressionen

Obwohl wie oben dargestellt die Depressionen hohe Kosten für Gesundheitssystem und Wirtschaft sowie große Beeinträchtigungen für die Betroffenen nach sich ziehen, ist die Versorgung der Patienten wenig zufriedenstellend (Kessler & Wang, 2009). So fanden Jacobi, Wittchen et al. (2004), dass Menschen mit depressiver Störung in Deutschland nur in 53.5% der Fälle jemals eine zumindest minimale Behandlung aufgrund ihrer psychischen Probleme gesucht oder eine entsprechende Empfehlung von ihrem Arzt erhalten haben. In den USA und Australien sind die Raten ähnlich oder noch niedriger, wobei die Vergleichbarkeit durch die unterschiedlichen Kriterien für die Definition einer Behandlung eingeschränkt ist. Daten aus dem National Comorbidity Survey der USA zeigen, dass nur 20.9% der Patienten, die im Vorjahr eine psychische Erkrankung hatten, und nur 42% der Patienten, die irgendwann in ihrem Leben schon psychisch erkrankt waren, deswegen auch einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht hatten (Kessler et al., 1994). In Bezug auf Major Depression berichten Kessler et al. (2003) aus der Replikation des Surveys etwas höhere Zahlen; von allen Patienten, die in einem Jahr an einer Major Depression erkrankt waren, hatten 51.6% eine Behandlung erhalten. Die Autoren stellen jedoch fest, dass nur 21.7% der Patienten auch

adäquat behandelt worden waren, wobei als adäquate Behandlung entweder mindestens vier Arztbesuche und eine mindestens 30tägige Behandlung mit Antidepressiva bzw. Stimmungsstabilisierern oder mindestens acht 30minütige Psychotherapiesitzungen definiert waren. Für Australien fanden Andrews et al. (2001), dass nur 34.6% der Probanden, die im Vorjahr an einer psychischen Erkrankung gelitten hatten, sich in demselben Jahr deswegen auch bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung begeben hatten.

Diese geringe Behandlungshäufigkeit von Depressionen ist erschreckend, da wirksame Behandlungen prinzipiell zur Verfügung stehen. Dies zeigen Leitlinien der Depressionsbehandlung, in denen Therapieformen aufgrund von empirischer Evidenz hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt werden. So erhalten in Leitlinien zur Depressionsbehandlung von de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner und Schramm (2007) in Bezug auf Einzeltherapie die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie und die psychodynamische Kurzzeittherapie den höchsten Evidenzgrad. Für diesen Evidenzgrad definieren die Autoren das Vorliegen von mindestens einer Meta-Analyse über mehrere randomisierte, kontrollierte Studien oder mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien aus unterschiedlichen Forschungsgruppen, die die Wirksamkeit der Therapieform belegen. Mit ähnlichen Kriterien bewerten Parikh et al. (2009) in ihren kanadischen Leitlinien die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie mit dem höchsten Evidenzgrad. Dies zeigt, dass Depressionen mit den bekannten Depressionstherapien wirksam behandelt werden können.

Zusätzlich zu dem Leid der Betroffenen reduziert die Therapie von Depressionen auch die indirekten Kosten der Erkrankung. So wurde gefunden, dass sich die Arbeitsleistung wieder verbessert, wenn depressive Erkrankungen behandelt werden (Rost, Smith & Dickinson, 2004; Wells et al., 2000). Eine Simulationsstudie von Wang et al. (2006) zeigt, dass sich eine solche durch Behandlung der Erkrankung verbesserte Arbeitsleistung selbst dann auszahlt, wenn die Kosten für die Behandlung mit eingerechnet werden. Nach Remission der Depression ist der Unterschied in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den Ausfalltagen zwischen Remittierten und Personen, die nie psychisch erkrankt sind, nur noch gering (Jacobi, Klose, et al., 2004).

2.1.5 Neue Entwicklungen in der Therapie von Depressionen

Basierend auf diesen bestehenden wirksamen Depressionstherapien werden psychotherapeutische Behandlungsformen fortwährend weiterentwickelt, um Therapieeffekte und Response-Raten insbesondere bei bestimmten Patientengruppen weiter zu erhöhen und die Rezidivwahrscheinlichkeit zu verringern.

So wurde beispielsweise auf der Basis einer Integration kognitiver, behavioraler, interpersoneller und psychodynamischer Strategien das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2000) entwickelt, um spezifisch chronisch Depressive zu behandeln. Ein weiteres Beispiel ist die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), die kognitive Verhaltenstherapie mit meditativer Aufmerksamkeitslenkung verbindet und speziell zur Rückfallprophylaxe beitragen soll. Beide erwähnten Therapieformen sind bereits in aktuelleren Leitlinien vertreten (de Jong-Meyer et al., 2007; Parikh et al., 2009).

Viel Aufmerksamkeit hat in den vergangenen Jahren auch die metakognitive Therapie (MKT; Wells, 2009) erfahren, die auf der kognitiven Therapie aufbaut. Die MKT ist besonders interessant, weil sie auf einer komplexen Theorie der Informationsverarbeitung bei emotionalen Störungen basiert, dem Self-Regulatory Executive Function (S-REF)-Modell (Wells & Matthews, 1994, 1996, siehe auch Abschnitt 2.2.2). Die wichtigste aus diesem Modell abgeleitete Implikation ist, dass der Fokus in der MKT nicht auf dem Inhalt dysfunktionaler Kognitionen, sondern auf dem Prozess negativer, selbstbezogener Verarbeitung wie z.B. Rumination oder Sich-Sorgen liegt (Wells, 2009, siehe auch Abschnitt 2.3). In der MKT der Depression ist insbesondere das Konstrukt der Rumination zentral, das im Rahmen des S-REF-Modells betrachtet wird. Das Konstrukt Rumination sowie das S-REF-Modell sollen hier zunächst näher erläutert werden, im darauf folgenden Abschnitt wird die MKT beschrieben.

2.2 Rumination

In diesem Kapitel wird dargestellt, warum Rumination für die Depressionsforschung ein wichtiges und interessantes Konstrukt ist und wie Rumination in verschiedenen Theorien definiert und konzeptionalisiert wird. Von diesen Theorien wird das S-REF-Modell, die die Grundlage für die metakognitive Therapie bildet, umfassender dargestellt und im Kontext der anderen Ruminationstheorien verortet. Abschließend werden Befunde zum S-REF-Modell und erste Implikationen des S-REF-Modells für die Therapie diskutiert.

2.2.1 Bedeutung von Rumination und ihre Theorien – Ein Überblick

In der großen Vielfalt von Theorien zu Rumination existiert keine einheitliche Definition zu diesem Konstrukt (Smith & Alloy, 2009). Die verschiedenen Ruminationstheorien stimmen lediglich darin überein, dass Rumination eine Form von repetitivem bzw. rekursivem Denken ist (Brotman & DeRubeis, 2004), die im Wesentlichen maladaptiv ist und zu Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beiträgt (Matthews & Wells, 2004). Eine erste Orientierung soll hier die Ruminationsdefinition der Response Styles Theorie (Nolen-Hoeksema, 1991) geben, die eine der einflussreichsten Ruminationstheorien ist (Smith & Alloy, 2009). Diese definiert Rumination als “repetitively focusing on the fact that one is depressed; on one’s symptoms of depression; and on the causes, meanings, and consequences of depressive symptoms” (Nolen-Hoeksema, 1991, S. 569). Beispiele für Rumination sind gemäß dieser Definition Gedanken wie “Why can’t I get going? What’s wrong with me? I don’t feel I’ll ever get over this“ (Nolen-Hoeksema, 2004, S. 107).

Bedeutung von Rumination in der Depressionsforschung

Rumination ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem wichtigen Konstrukt in der Depressionsforschung geworden, da sie zum Verständnis von Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Stimmung beiträgt (Papageorgiou & Wells, 2004; Smith & Alloy, 2009).

Zwar gehen einige Ruminationstheorien davon aus, dass Rumination zunächst funktional genutzt wird (Papageorgiou & Wells, 2004), z.B. als Mittel im Prozess der Zielerreichung (Martin, Tesser & McIntosh, 1993), um Einsicht bezüglich sich selbst und seiner Probleme zu erhalten (Nolen-Hoeksema, 1991), oder als Coping-Strategie angesichts von Ist-Soll-Diskrepanzen in Bezug auf für das Selbst relevante Ziele (Wells & Matthews, 1994). Lang-

fristig ist Rumination jedoch assoziiert mit vielen negativen Folgen im Zusammenhang mit Depression.

So stellt Watkins (2008) in seinem umfassenden Review fest, dass eine große Anzahl an Befunden sowohl längsschnittlicher als auch experimenteller Art belegt, dass Rumination zusammen mit anderen Formen repetitiven Denkens mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen in Verbindung steht. Lyubomirsky und Tkach (2004) diskutieren experimentelle und korrelationale Studien zu den Auswirkungen von Rumination und fassen zusammen, dass Rumination in Reaktion auf negative Stimmung

- negative Stimmung verstärkt und prolongiert,
- mit einem ungünstigeren Verlauf depressiver Erkrankungen assoziiert ist,
- die Wahrscheinlichkeit erhöht, überhaupt an Depressionen zu erkranken,
- das Denken negativ färbt, beispielsweise im Sinne pessimistischerer Attributionen, negativ verzerrter Interpretationen und negativer Selbstbewertungen,
- die Problemlösefähigkeiten beeinträchtigt,
- die Motivation zu instrumentellem Verhalten beeinträchtigt,
- die Konzentrationsfähigkeit und Performanz in kognitiven Aufgaben beeinträchtigt
- und mit erhöhtem Stress und sozialer Isolation assoziiert ist.

Die Autoren postulieren, dass Rumination in Kombination mit negativer Stimmung einen Teufelskreis in Gang bringt, in dem sich negative Stimmung und andere depressive Symptome, negativ gefärbtes Denken, mangelhaftes Problemlösen, beeinträchtigte Motivation und Konzentration sowie erhöhter Stress gegenseitig aufschaukeln. Indem Rumination eine Vielzahl kognitiver, behavioraler und motivationaler Defizite auslöst, werden so negative Stimmung und allgemein depressive Symptomatik, aber auch die dysphorische Rumination selbst aufrechterhalten (siehe Lyubomirsky & Tkach, 2004, S. 32 ff.).

Definitionen und Theorien zu Rumination

Über die Vielzahl an Theorien und Definitionen zum Konstrukt Rumination geben Smith und Alloy (2009) einen umfassenden Überblick und beleuchten zudem den Forschungskontext der Modelle. Die wichtigsten Modelle sollen hier in ihrem Kontext nach Smith und Alloy (2009) benannt und danach kurz vorgestellt werden, um im Folgenden eine Einordnung des S-REF-Modells zu ermöglichen. Für eine Übersicht der Modelle siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Übersicht von Ruminationsmodellen in ihrem Forschungskontext nach Smith und Alloy (2009)

Forschungskontext	Ruminationsmodelle
kognitive Vulnerabilität für Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> - Response Styles Theorie (Nolen-Hoeksema, 1991) - Rumination on Sadness Theorie (Conway, Csank, Holm & Blake, 2000) - Stress-Reactive Modell der Rumination (Alloy et al., 2000)
Selbstregulation	<ul style="list-style-type: none"> - Goal Progress Theorie (Martin et al., 1993) - Self-Regulatory Executive Function (S-REF)-Modell (Wells & Matthews, 1994, 1996)
Selbstfokus, Theorie zum Interacting Cognitive Subsystems Framework (Teasdale & Barnard, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptual-Evaluative and Experiential Self-Focus Modell (Watkins, 2004)

Anmerkungen: Für eine vollständige Darstellung siehe Smith und Alloy (2009).

Die Response Styles Theorie

Wie bereits beschrieben ist Rumination nach der Response Styles Theorie (Nolen-Hoeksema, 1991) eine dysfunktionale Reaktion auf negative Stimmung, bei der die Gedanken ständig darum kreisen, welche depressiven Symptome erlebt werden, warum man sich so fühlt und welche negativen Auswirkungen dies hat. Die Tendenz zur Rumination bei negativer Stimmung wird als stabiler Reaktionsstil betrachtet. Abgegrenzt wird Rumination von einer adaptiveren, ablenkenden Reaktion auf depressive Stimmung, der Distraction. Diese Reaktion ist dadurch gekennzeichnet, dass ablenkende, positive oder neutrale Aktivitäten ausgeführt werden und die Aufmerksamkeit aktiv von der negativen Stimmung weggelenkt wird. Die Theorie wurde entwickelt, um Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von Depressionen und die interindividuell unterschiedliche Dauer depressiver Episoden zu erklären. Nolen-Hoeksema (1991) postuliert diesbezüglich zum einen, dass Frauen und Männer vor allem bedingt durch unterschiedliche Erziehung und Sozialisation unterschiedliche Reaktionsstile auf depressive Stimmung aufweisen, wobei Frauen mehr zu Rumination und Männer mehr zu Distraction tendieren. So soll die höhere Prävalenz von Depressionen bei Frauen erklärt werden. Zum anderen vermutet Nolen-Hoeksema (1991), dass die Menschen,

die eine stärkere Tendenz besitzen, auf depressive Stimmung mit Rumination zu reagieren, längere depressive Episoden aufweisen als Menschen, die mit Distraction reagieren.

Die Rumination on Sadness Theorie

Der Response Styles Theorie ähnlich ist die Rumination on Sadness Theorie (Conway et al., 2000), die Rumination als repetitives negatives Denken über die eigene traurige Stimmung und deren Begleitumstände definiert. Die Gedanken kreisen inhaltlich darum, was zu der schlechten Stimmung geführt hat, sie sind aber nicht zielorientiert, führen nicht zu Problemlösen und werden auch anderen nicht kommuniziert (Conway et al., 2000, S. 404). Bei großen Gemeinsamkeiten zur Response Styles Theorie sehen die Autoren Unterschiede darin, dass Nolen-Hoeksema (1991) in ihr Ruminations-Konzept die Mitteilung der ruminativen Gedanken an andere mit einschließt. Nolen-Hoeksema vermutet dabei, dass das reine Sprechen über das eigene negative Erleben sich genau wie Rumination negativ auf die Stimmung auswirkt und soziale Unterstützung nur dann einen positiven Effekt besitzt, wenn sie bewirkt, dass Rumination beendet wird und stattdessen Distraction und Problemlösen eingeleitet werden (Nolen-Hoeksema, 1991, S. 575). Conway et al. (2000) hingegen kritisieren diese Sichtweise und schließen ein Sich-Öffnen anderen gegenüber explizit aus ihrem Ruminations-Konzept aus, da sie das Mitteilen von negativen Gefühlen als adaptiv begreifen.

Das Stress-Reactive Modell der Rumination

Das Stress-Reactive Modell der Rumination (Alloy et al., 2000) betrachtet Rumination als Reaktion auf ein stressreiches Ereignis, die sich auch inhaltlich auf den Stressor bezieht. Damit sieht diese Theorie den Beginn von Rumination schon vor dem Auftreten von negativem Affekt. Insbesondere das Zusammenwirken von Rumination, anderen kognitiven Vulnerabilitätsfaktoren für Depression und kritischen Lebensereignissen ist laut der Theorie relevant. Wird ein negatives, stressreiches Lebensereignis auf dysfunktionale Art und Weise interpretiert und wird darüber im Folgenden ruminert, ist das Risiko für die Ausprägung einer Depression besonders groß.

Die Goal Progress Theorie

In der Goal Progress Theorie (Martin et al., 1993) wird Rumination als repetitives Denken in Reaktion auf Ist-Soll-Diskrepanzen bezüglich eines Ziels konzeptionalisiert. Initiiert wird

Rumination sowohl, wenn die Zielerreichung fehlgeschlagen ist, als auch, wenn die Zielerreichung keine ausreichenden Fortschritte macht. Rumination besitzt dabei eine selbstregulative Funktion, denn sie sorgt dafür, dass zielbezogene Informationen im Gedächtnis leichter zugänglich sind und in der Umgebung leichter detektiert und verarbeitet werden. Inhaltlich kreisen die Gedanken beispielsweise um alternative Wege der Zielerreichung oder um eine Neubewertung der Attraktivität des Ziels. Dies kann die Problemlösung unterstützen und damit die Zielerreichung fördern. Wurde das Ziel erreicht, macht man im Sinne der Zielerreichung zufriedenstellende Fortschritte oder gibt man das Ziel auf, wird Rumination eingestellt. Rumination wird in der Goal Progress Theorie folglich zunächst als normales, funktionales Phänomen konzipiert (Martin, Shrira & Startup, 2004).

Das Self-regulatory Executive Function (S-REF)-Modell

Das S-REF-Modell (Wells & Matthews, 1994, 1996) sieht Rumination innerhalb einer übergreifenden Theorie der Informationsverarbeitung bei emotionalen Störungen ebenfalls als Reaktion auf Ist-Soll-Diskrepanzen. Dem S-REF-Modell zufolge ist Rumination eine Coping-Strategie, deren Einsatz durch Metakognitionen gesteuert wird. Das S-REF-Modell wird im Abschnitt 2.2.2 ausführlich beschrieben.

Das Conceptual-Evaluative and Experiential Self-focus Modell

Watkins (2004) unterscheidet in seinem Modell zwei Arten des ruminativen Selbstfokus. Er stellt fest, dass ruminative Selbstfokussierung auf Probleme, negative Stimmung und Erfahrungen nicht unbedingt dysfunktional sein muss, sondern auch positive Konsequenzen haben kann, da sie wichtige Funktionen innerhalb einer erfolgreichen emotionalen Verarbeitung und effektiven Selbstregulation besitzt. Er postuliert: “[It] is not just the content of rumination that is important (that is, the focus on negative mood, problems and self) but also that the precise manner in which people attend to these aspects of self-experience determines the consequences of self-focus” (Watkins, 2004, S. 1038). Basierend auf der Theorie zum Interacting Cognitive Subsystems Framework von Teasdale und Barnard (1993) unterscheidet Watkins (2004) den maladaptiven conceptual-evaluative self-focus, der wertend ist und auf Diskrepanzen zwischen dem Ist-Zustand und einem gewünschten Zustand fokussiert, von der adaptiven Form des experiential self-focus, der nicht-wertend auf die Erfahrung im Hier und Jetzt fokussiert.

Eine Erweiterung dieses Modells stellt Watkins (2008) in seiner dreidimensionalen Control Theorie zu repetitiven Gedanken vor. Den Begriff der repetitiven Gedanken definiert Watkins (2008) bewusst sehr breit nach Segerstrom, Stanton, Alden und Shortridge (2003) als “process of thinking attentively, repetitively or frequently about one’s self and one’s world“ (Segerstrom et al., 2003, S. 909). Er erfasst damit viele Konstrukte mit sowohl konstruktiven als auch unkonstruktiven Konsequenzen wie sich Sich-Sorgen, Rumination, Planen, Problemlösen oder Reflexion. Watkins (2008) schlägt drei Eigenschaften bzw. Dimensionen für repetitive Gedanken vor, die einen Einfluss darauf haben, ob eine bestimmte Form repetitiver Gedanken eher konstruktive oder eher unkonstruktive Konsequenzen hat: die Valenz der Gedanken bzw. der Stimmung (positiv vs. negativ), der Kontext, in dem die Gedanken auftreten (positiv vs. negativ) und das Abstraktionsniveau (konkrete vs. abstrakte Verarbeitung). Unkonstruktive Konsequenzen ziehen vermehrt diejenigen repetitiven Gedanken nach sich, deren Inhalt negative Valenz hat bzw. die während negativer Stimmung oder in Reaktion darauf auftreten, die in einem negativen intrapersonalen oder situationalen Kontext auftreten und die abstrakt sind. Depressive Rumination ist auf diesen drei Dimensionen charakterisiert durch negative Valenz, das Auftreten in einem negativen intrapersonalen Kontext und ein hohes Abstraktionsniveau.

Von Ehring und Watkins (2008) werden Rumination und Sich-Sorgen wiederum spezifischer zusammengefasst als repetitive negative Gedanken mit den Charakteristika der negativen Valenz, der Repetition und der Unkontrollierbarkeit. Repetitive negative Gedanken werden von den Autoren im Rahmen eines transdiagnostischen Prozesses bei Depression und Angststörungen betrachtet.

Zusammenfassend halten Smith und Alloy (2009) fest, dass die internen oder externen Ereignisse, die in den einzelnen Modellen als Auslöser von Rumination gesehen werden, oft ineinander überführbar sind. So wird Rumination beispielsweise nach dem Stress-Reactive Modell von einem Stressor ausgelöst, nach der Response Styles Theorie von negativem Affekt und nach der Goal Progress Theorie von missglückter Zielerreichung. Da aber auch negativer Affekt als nicht geglückte Erreichung des Ziels, einen positiven Affekt zu haben, gesehen werden kann oder Stress als negativer Affekt, argumentieren Smith und Alloy (2009), dass die Initiierung ruminativer Prozesse mit breiterem Blickwinkel betrachtet werden muss. Als Möglichkeit nennen sie das S-REF-Modell, weil es eine Vielzahl interner und

externer Auslöser von Rumination und auch die Rolle von Metakognitionen berücksichtigt. Dieses Modell soll im Folgenden näher erläutert werden.

2.2.2 Das S-REF-Modell

Die folgende Darstellung des S-REF-Modells basiert auf den Publikationen von Wells und Matthews (1994, 1996) sowie Matthews und Wells (2004).

Ziel der Autoren war zum einen, die kognitive Theorie von Beck (1967) in eine übergreifende Theorie der Informationsverarbeitung bei emotionalen Störungen zu integrieren. Sie kritisieren, dass die kognitive Theorie allein auf den Inhalt dysfunktionaler Kognitionen fokussiert und die Faktoren, die kognitive Prozesse modulieren und kontrollieren, nicht berücksichtigt. Letztere sehen Wells und Matthews jedoch als zentral an, um die Aufrechterhaltung von emotionalen Störungen zu erklären. Daher erweitern sie die kognitiven Theorien um Aspekte wie Aufmerksamkeit, die Regulation von Kognitionen, verschiedene Level der Verarbeitung und Interaktionen zwischen diesen Verarbeitungsleveln (Wells & Matthews, 1996). Zum anderen erhebt das S-REF-Modell durch seine Beschreibung von Aufmerksamkeitsprozessen und automatischen Informationsverarbeitungsprozessen den Anspruch, experimentelle Befunde zum Aufmerksamkeitsbias bei unterschiedlichen emotionalen Störungen erklären zu können (Wells & Matthews, 1994, 1996).

Drei Level der Kognition

Das S-REF-Modell beschreibt die Informationsverarbeitung als eine dynamische Interaktion zwischen drei Leveln: dem Level der automatisierten Verarbeitung, dem Level der kontrollierten Verarbeitung und dem Level der selbstbezogenen Überzeugungen (Wells & Matthews, 1996).

Das Level der automatisierten Verarbeitung, auch lower-level processing network genannt, besteht aus einem Netzwerk elementarer Verarbeitungseinheiten. Es wird von internen und externen Stimuli aktiviert und verarbeitet diese automatisch und routinemäßig, wobei es nur sehr wenige Ressourcen verbraucht (Wells & Matthews, 1994). Interne Stimuli können sowohl kognitiver als auch somatischer Art sein. Die Verarbeitung auf diesem Level wird als assoziativ und schematisch beschrieben (Matthews & Wells, 2004) und erfolgt im Wesentlichen unbewusst (Wells & Matthews, 1994).

Das Level der kontrollierten Verarbeitung bzw. das supervisory executive system unterliegt hingegen der willentlichen Kontrolle und ist auf Aufmerksamkeitsressourcen angewiesen (Wells & Matthews, 1994). Es wird aktiviert, wenn motivational wichtige Stimuli registriert werden (Matthews & Wells, 2004).

Das Level der selbstbezogenen Überzeugungen (self-beliefs) bzw. das self-knowledge level bezeichnet Überzeugungen über sich selbst, die im Langzeitgedächtnis gespeichert sind. Die Autoren des S-REF-Modells beschreiben unterschiedliche Arten selbstbezogener Überzeugungen, wobei sich deren Nomenklatur über verschiedene Publikationen hinweg verändert hat. Wells und Matthews (1994, 1996) unterscheiden deklarative und prozedurale Überzeugungen bzw. Pläne. Sie beschreiben deklarative Überzeugungen als inhaltliche Überzeugungen zu sich selbst, wie z.B. „Ich bin ein Versager“ (Wells & Matthews, 1996, S. 882) und prozedurale Überzeugungen als Pläne, die die kontrollierte Verarbeitung leiten, wie beispielsweise die Integration neuer Informationen in eine bestehende Gedächtnisstruktur (Wells & Matthews, 1996), Pläne für Coping-Strategien oder metakognitive Überzeugungen darüber, wie die eigene kognitive Verarbeitung funktioniert (Wells & Matthews, 1994). Matthews und Wells (2004) und Wells (2009) hingegen trennen prozedurale metakognitive Überzeugungen bzw. prozedurales metakognitives Wissen von deklarativen metakognitiven Überzeugungen bzw. deklarativem metakognitivem Wissen. Prozedurale Überzeugungen werden als implizite Pläne zur Regulation der Verarbeitung definiert, die nicht verbal geäußert werden können. Deklarative metakognitive Überzeugungen werden als explizite verbale Repräsentationen dieser Pläne beschrieben, die Personen zugänglich sind und die sie auch verbalisieren können, z.B. als „Rumination hilft mir, in der Zukunft Fehler zu vermeiden“ (Matthews & Wells, 2004, S. 130). Zusätzlich definiert Wells (2009) zwei inhaltliche Domänen metakognitiven Wissens, die positiven und die negativen metakognitiven Überzeugungen. Positive metakognitive Überzeugungen beziehen sich auf Vorteile von bestimmten kognitiven Strategien und negative metakognitive Überzeugungen beziehen sich auf die Unkontrollierbarkeit oder die Gefahren von bestimmten kognitiven Verarbeitungsweisen.

Die self-regulatory executive function (S-REF)

Innerhalb der drei Level kann die Verarbeitung in verschiedenen Konfigurationen ablaufen, bzw. die Level können auf unterschiedliche Arten miteinander interagieren. Die für emotionale Störungen wichtigste Konfiguration der Interaktion zwischen den Leveln ist die self-regulatory executive function (S-REF), ein metakognitiver Prozess, der der kognitiven,

affektiven und behavioralen Selbstregulation dient. Die S-REF wird innerhalb des Levels der kontrollierten Verarbeitung ausgeführt und benötigt kognitive Ressourcen.

Die Aktivierung der S-REF erfolgt entweder bewusst oder durch Stimuli, die gerade im Level der automatisierten Verarbeitung verarbeitet werden und als sogenannte Intrusionen in das Level der kontrollierten Verarbeitung eindringen (Wells & Matthews, 1994). Die S-REF bewertet diese Stimuli im Hinblick auf ihre Wichtigkeit und im Hinblick auf Ist-Soll-Diskrepanzen in Bezug auf Ziele, die für das Selbst relevant sind. Dafür greift die S-REF auf das Level der selbstbezogenen Überzeugungen zu, in dem die für das Selbst relevanten Ziele gespeichert sind (Matthews & Wells, 2004).

Wird bei diesem Abgleich eine Diskrepanz zwischen aktuellem Zustand und gespeichertem Ziel festgestellt, bewirkt dies zum einen eine negative emotionale Reaktion (Matthews & Wells, 2004). Die emotionale Reaktion ist Angst, wenn antizipiert wird, dass ein für das Selbst relevantes Ziel in Zukunft nicht erreicht werden könnte. Ist die Person tatsächlich bereits an dem Ziel gescheitert, ist die emotionale Reaktion Traurigkeit. Der aktuelle Status der Zielerreichung beeinflusst die Stimmung so lange, wie die S-REF aktiv ist (Wells & Matthews, 1994).

Des Weiteren initiiert und reguliert die S-REF nach einer Feststellung von Ist-Soll-Diskrepanzen Coping-Strategien, um diese Diskrepanzen zu reduzieren. Die Auswahl von Strategien durch die S-REF wird von prozeduralen Überzeugungen aus dem Level der selbstbezogenen Überzeugungen geleitet. Daher kommt diesen selbstbezogenen Überzeugungen im S-REF-Modell eine wichtige Rolle zu, insbesondere denjenigen Überzeugungen, die Strategien für den Einsatz bei negativen selbstrelevanten Informationen enthalten (Wells & Matthews, 1996). Um die ausgewählte Coping-Strategie in der individuellen Situation zu implementieren, muss die S-REF den im Level der selbstbezogenen Überzeugungen gespeicherten Plan noch modifizieren und der Situation anpassen (Wells & Matthews, 1994). In diesem Zusammenhang wird auch die Wichtigkeit von metakognitiven Überzeugungen betont, die vor allem bei der Aktivierung der S-REF durch internale Stimuli eine Rolle spielen sollen. Metakognitive Überzeugungen leiten in diesem Fall sowohl die Bewertung der persönlichen Wichtigkeit der Stimuli als auch die Wahl von Coping-Strategien (Matthews & Wells, 2004). Der Einsatz der Coping-Strategie und ihr Erfolg werden fortlaufend von der S-REF überwacht. Ist die Ist-Soll-Diskrepanz behoben, wird die eingesetzte Strategie und auch die S-REF-Aktivität beendet (Matthews & Wells, 2004).

Je nach eingesetzter Coping-Strategie beeinflusst die S-REF auch ihrerseits wieder das Level der automatisierten Verarbeitung, indem es den Aufmerksamkeitsfokus oder die Sensitivität für bestimmte Informationen verändert. Eine Strategie kann beispielsweise eine spezifische Aufmerksamkeitslenkung (monitoring) sein, bei dem die Aufmerksamkeit besonders auf selbstrelevante Stimuli fokussiert ist. Auf diese Weise kann leicht ein Teufelskreis entstehen. Wenn Stimuli aus dem Level der automatisierten Verarbeitung unter Rückgriff auf dysfunktionale selbstbezogene Überzeugungen als bedrohlich bewertet werden, wird monitoring als Strategie angewendet. Die Auswahl dieser Strategie erfolgt ebenfalls auf der Basis bestimmter prozeduraler selbstbezogener Überzeugungen. Monitoring wiederum bewirkt, dass vermehrt bedrohliche Stimuli detektiert werden, was zu einer Bestätigung der selbstbezogenen Überzeugungen führt (Wells & Matthews, 1994). Bei einem Zwangspatienten beispielsweise würde die Intrusion aus dem Level der automatisierten Verarbeitung „Ich könnte mein Baby erstechen!“ dazu führen, dass die S-REF aktiviert wird. Unter Rückgriff auf die selbstbezogene Überzeugung „Aggressive Gedanken bedeuten, dass ich ein gefährlicher Mensch bin“ würde dieser Gedanke als hochrelevant im Hinblick auf das Ziel, ein sehr friedfertiger Mensch und ein guter Vater oder eine gute Mutter zu sein, bewertet werden, und es würde eine große Ist-Soll-Diskrepanz wahrgenommen. Beeinflusst durch den prozeduralen Plan, dass bedrohliche Signale beobachtet werden müssen, würde die S-REF als Coping-Strategie auf Ebene des Levels der automatisierten Verarbeitung eine genaue Beobachtung bzw. ein monitoring der eigenen Gedanken im Hinblick auf eventuelle aggressive Gedanken einsetzen. Dies hätte jedoch zur Folge, dass aggressive Gedanken vermehrt entdeckt würden, was wiederum zu einer Bestätigung der dysfunktionalen Überzeugungen zur Bedeutung aggressiver Gedanken führen würde. Auch wird durch weitere entdeckte Intrusionen jedes Mal eine Ist-Soll-Diskrepanz zum persönlichen Ziel festgestellt, was die S-REF und damit den Einsatz von monitoring als Coping-Strategie weiter aktiv halten würde. Ein Beispiel aus dem Depressionsbereich für diesen Prozess ist die übersensitive Beobachtung von Depressionssymptomen und der Tendenz, diese als Zeichen eines Rückfalls oder einer Abnormität wahrzunehmen. Hier kann beispielsweise bei einer Person, die nach einer depressiven Episode auf dem Weg der Besserung ist, eine kurzfristig leicht schlechtere Konzentrationsfähigkeit auf dem Level der automatisierten Verarbeitung wahrgenommen werden. Dies aktiviert die S-REF und ein Abgleich mit den selbstbezogenen Bewertungen „Das ist nicht normal, ich müsste mich besser konzentrieren können! Dies zeigt, dass ich wieder depressiv werde!“ findet statt und ergibt eine Ist-Soll-Diskrepanz. Auch hier wird ein monitoring der eigenen Konzentrationsfähigkeit als Coping-Strategie eingesetzt, nach dem

Plan „Bedrohliche innere Vorgänge müssen beobachtet werden.“. Dadurch würden aber analog zum Beispiel aus dem Zwangsbereich nur mehr Schwankungen der Konzentrationsfähigkeit entdeckt. Als Folge würde sowohl die Überzeugung, wieder depressiv zu werden, verstärkt als auch die S-REF und das monitoring weiter aufrechterhalten, wodurch eine erneute Verschlechterung depressiver Symptomatik tatsächlich wahrscheinlicher wird.

In den Beispielen wird auch deutlich, dass die S-REF nicht nur das Level der automatisierten Verarbeitung beeinflussen kann, sondern auch Einfluss auf den Inhalt von Überzeugungen auf dem Level der selbstbezogenen Überzeugungen nimmt (Matthews & Wells, 2004). Überzeugungen können entweder elaboriert werden oder es kann neue Information in den Gedächtnisstrukturen gespeichert werden (Wells & Matthews, 1994).

Es ergeben sich also vielfältige Interaktionen zwischen den drei Leveln: Das Level der automatisierten Verarbeitung verarbeitet Informationen, die als Intrusionen dem Level der kontrollierten Verarbeitung zugänglich werden. Die S-REF auf dem Level der kontrollierten Verarbeitung bewertet diese Intrusionen und greift dazu auf das Level der selbstbezogenen Überzeugungen zu. Werden Diskrepanzen festgestellt, wählt die S-REF Coping-Strategien aus, die im Level der selbstbezogenen Überzeugungen gespeichert sind. Die S-REF beeinflusst sowohl Aufmerksamkeitsfokus und Sensitivität im Level der automatisierten Verarbeitung als auch Selbst-Überzeugungen im Level der selbstbezogenen Überzeugungen.

Die S-REF-Konfiguration ist jedoch nicht die einzige Form der kontrollierten Verarbeitung. Bei nicht selbstrelevanten Zielen wird die Verarbeitung von anderen exekutiven Funktionen übernommen. Wells und Matthews (1994) halten es hierbei für möglich, dass ein einziges exekutives Verarbeitungssystem gleichzeitig selbstrelevante und andere Pläne in serieller oder paralleler Art und Weise verarbeiten könnte. Besteht eine besonders große Ist-Soll-Diskrepanz bezüglich selbstrelevanter Ziele oder ist eine besonders komplexe selbstregulative Verarbeitung nötig, die viele Ressourcen belegt, so übernimmt die S-REF alle exekutiven Funktionen, und andere Pläne werden nicht mehr verarbeitet. Andersherum kann aber auch die S-REF-Aktivität unterdrückt werden, wenn die kognitiven Ressourcen für problem-löseorientierte exekutive Funktionen eingesetzt werden müssen. Als Beispiel nennen die Autoren einen Schachspieler, der nach einem gegnerischen Zug kurz die S-REF aktiviert durch den für ihn bedrohlichen Gedanken „Ich könnte verlieren!“. Dann unterdrückt der Spieler jedoch die S-REF-Aktivität zugunsten der Verarbeitung eines Plans, der sich ausschließlich auf das Schachspiel bzw. das Überlegen seines nächsten Schachzuges bezieht. Die Autoren erklären so beispielsweise, dass bei Prüfungsangst Instruktionen hilfreich sind, die

die Personen anleiten, sich auf die Aufgabe zu fokussieren. Eine dysfunktionale selbstbezogene Verarbeitung kann auf diese Weise vorübergehend blockiert werden.

Automatische vs. kontrollierte Verarbeitung

Wells und Matthews (1994, 1996) betonen, dass die S-REF-Aktivität – und damit auch die Auswahl der Strategien – kontrolliert und nicht automatisiert erfolgt, da die S-REF-Aktivität willentlich ist, begrenzten Ressourcen unterliegt und im Wesentlichen dem Bewusstsein zugänglich ist (Wells & Matthews, 1994). Personen haben also prinzipiell die Kontrolle über die S-REF-Aktivität und setzen die S-REF willentlich ein. Im Regelfall ist sich die Person dieser Kontrolle auch bewusst. Liegt jedoch eine emotionale Störung vor, kann diese Bewusstheit eingeschränkt sein und die Person erlebt subjektiv wenig Kontrolle über die eigenen kognitiven Prozesse. Als Beispiel nennen die Autoren, dass Sich-Sorgen als Strategie gegen einen bedrohlichen Stressor eingesetzt wird, was die Gedächtnisrepräsentationen vom Stressor aber immer weiter elaboriert, sodass Gedanken daran von immer mehr Triggern ausgelöst werden. Dies wird subjektiv als Kontrollverlust erlebt, obwohl die Person durch die Auswahl der Strategie die Kontrolle besitzt. Als weitere Ursache für mangelnde Bewusstheit über Kontrolle führen die Autoren an, dass Personen gar nicht erst versuchen, Kontrolle auszuüben, weil sie die selbstbezogene Überzeugung haben, dass dies nicht möglich sei. Auch Aufmerksamkeitsstrategien wie die Aufmerksamkeitslenkung auf bedrohliche Stimuli (Gefahrenmonitoring) können bewirken, dass die Sensitivität für bedrohliche oder unerwünschte Gedanken und Stimuli erhöht wird (Wells & Matthews, 1996). Matthews und Wells (2004) erwähnen jedoch, dass Rumination sowohl automatische als auch kontrollierte Aspekte besitzt. Durch die S-REF wird Rumination zum einen kontrolliert gesteuert. Rumination kann aber auch nicht volitional durch das Level der automatisierten Verarbeitung nach der Entdeckung einer Ist-Soll-Diskrepanz ausgelöst werden (Matthews & Wells, 2004, S. 130).

Das kognitiv-attentionale Syndrom

Infolge der S-REF tritt laut Wells und Matthews ein bestimmtes Reaktionsmuster, das sogenannte kognitiv-attentionale Syndrom (cognitive-attentional syndrome, CAS) auf (Wells & Matthews, 1994, 1996). Das CAS besteht aus erhöhter Selbstaufmerksamkeit, reduzierter Effizienz der kognitiven Funktionen, Aktivierung von selbstbezogenen Überzeugungen und selbstbezogenen Bewertungen, einem Aufmerksamkeits-Bias und verstärkter Beobachtung

der für das Selbst relevanten Reize (self-monitoring). Die erhöhte Selbstaufmerksamkeit bewirkt zudem, dass emotionale, somatische und kognitive internale Stimuli intensiver verarbeitet und dass kognitive Ressourcen belegt werden. Aufmerksamkeits-Bias und erhöhtes self-monitoring treten vor allem in Form eines Gefahrenmonitorings auf (Wells, 2009). Auch repetitives negatives Denken in Form von Rumination oder Sich-Sorgen ist ein Teil des CAS (Papageorgiou & Wells, 2003; Wells, 2009). Zusätzlich zählt Wells (2009) weitere dysfunktionale Coping-Strategien wie Gedankenunterdrückungs-Strategien und behaviorale, emotionale und kognitive Vermeidung zum CAS.

Das CAS ist maladaptiv, da es zum einen zu Einbußen in der Performanz und zu einer reduzierten Flexibilität des kognitiven Systems führt. Zum anderen werden kognitive Ressourcen belegt, die notwendig wären, um Informationen zu verarbeiten und zu integrieren, die mit dysfunktionalen Überzeugungen inkompatibel sind. So trägt das CAS zu Entstehung und Rückfall bei emotionalen Störungen bei (Wells & Matthews, 1994, 1996). Durch das CAS werden negative Emotionen immer weiter aufrechterhalten. Auch führt die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf mögliche Gefahrensignale zu einer Reihe negativer Folgen wie beispielsweise zu einer Verstärkung der dysfunktionalen Überzeugungen über Gefährlichkeit der Stimuli, der anhaltenden Aktivierung negativer Emotionen und einer erhöhten Sensitivität für Gefahrensignale. Aufgrund des Einsatzes von Vermeidungsstrategien können keine alternativen Erfahrungen gemacht werden, die dysfunktionalen Überzeugungen widersprechen. Strategien zur Gedankenkontrolle haben häufig paradoxe Effekte (Wells, 2009). Sich-Sorgen und Rumination haben weitere negative Auswirkungen (siehe unten).

Als einen Indikator dafür, wie wahrscheinlich eine Person als Reaktion auf Stress ein CAS ausprägt, aber auch für die Aktivierung der S-REF nennen Wells und Matthews (1994) die individuelle Disposition zur Selbstaufmerksamkeit.

Definition von Rumination nach dem S-REF-Modell

Im S-REF-Modell wird repetitives negatives Denken wie Rumination aber auch Sich-Sorgen als emotionsfokussierte Coping-Strategie verstanden. Rumination und Sich-Sorgen tragen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen bei. Das S-REF-Modell erklärt, wie repetitives negatives Denken in Form von Rumination und Sich-Sorgen initiiert und aufrechterhalten wird. Wichtig sind hier insbesondere die selbstbezogenen Überzeugungen, speziell die positiven und negativen Metakognitionen einer Person, die dazu führen, dass Rumination als Coping-Strategie ausgewählt wird (Papageorgiou & Wells, 2004).

Positive Metakognitionen über Rumination beinhalten dabei Gedanken, dass Rumination eine gute Coping-Strategie ist. Papageorgiou und Wells (2004, S. 14, übersetzt durch die Autorin) nennen folgende Beispiele für positive Metakognitionen über Rumination:

- „Um meine depressiven Gefühle zu verstehen, muss ich über meine Probleme nachgrübeln.“
- „Ich muss über die schlechten Dinge, die in der Vergangenheit passiert sind, nachgrübeln, um ihren Sinn zu verstehen.“
- „Ich muss über meine Probleme nachgrübeln, um die Ursachen für meine Depression herauszufinden.“
- „Über meine Probleme nachzugrübeln hilft mir, mich auf die wichtigsten Dinge zu konzentrieren.“
- „Über die Vergangenheit nachzugrübeln hilft mir, Fehler und Versagen in Zukunft zu vermeiden.“
- „Über meine Gefühle nachzugrübeln hilft mir, die Auslöser für meine Depression zu erkennen.“
- „Über die Vergangenheit nachzugrübeln hilft mir, herauszufinden, was ich hätte besser machen können.“

Negative Metakognitionen über Rumination beschäftigen sich inhaltlich zum einen mit der Unkontrollierbarkeit und Schädlichkeit von Rumination und zum anderen mit den negativen sozialen Konsequenzen von Rumination. Auch hier nennen Papageorgiou und Wells (2004, S. 14, übersetzt durch die Autorin) einige Beispiele:

- „Grübeln macht mich körperlich krank.“
- „Grübeln heißt, dass ich außer Kontrolle bin.“
- „Grübeln wird mich zum Versager machen.“
- „Grübeln bedeutet, dass ich ein schlechter Mensch bin.“
- „Es ist unmöglich für mich, nicht über die schlechten Dinge nachzugrübeln, die in der Vergangenheit passiert sind.“
- „Nur schwache Menschen grübeln.“

Auf der Basis des S-REF-Modells postulieren Papageorgiou und Wells (2003) ein klinisches metakognitives Modell der Rumination und Depression. Es besagt, dass positive Metakognitionen über Rumination dazu beitragen, dass Rumination als Coping-Strategie ausgewählt wird. Der dann initiierte ruminative Prozess wird jedoch aufgrund von negativen Metakognitionen als unkontrollierbar, schädlich und sozial unerwünscht bewertet (Papageorgiou &

Wells, 2003). Damit beeinflussen negative Metakognitionen die affektive Reaktion auf längere Ruminationsprozesse. Werden diese als gefährlich bewertet, so führt dies zu Angst, wird Rumination als Zeichen für Versagen, Verlust und Hoffnungslosigkeit bewertet, führt dies zu Depression (Matthews & Wells, 2004). Ein Teufelskreis entsteht, da zur Bewältigung der negativen Stimmung wieder Rumination als Coping-Strategie ausgewählt wird (Papageorgiou & Wells, 2003). Als zentral für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen werden im S-REF-Modell daher letztlich positive und negative Metakognitionen über Rumination gesehen. Rumination als Coping-Strategie tritt jedoch nicht ausschließlich bei Depressionen auf, sondern kann auch bei anderen emotionalen Störungen eine Rolle spielen (Matthews & Wells, 2004).

Rumination wird also im S-REF-Modell folgendermaßen definiert:

[Rumination can be defined] as repetitive thoughts generated by attempts to cope with self-discrepancy that are directed primarily toward processing the content of self-referent information and not toward immediate goal-directed action. In other words, given some threatening or damaging event, rumination seeks the answers to questions, such as “how do I feel about this event?”, “how can I change my thoughts and feelings about the event?”, and “how can I prevent disturbing thoughts and feelings in the future?” (Matthews & Wells, 2004, S. 131 f.).

Die Konstrukte Rumination und Sich-Sorgen überlappen sich dabei laut S-REF-Modell und Rumination wird als subset of worry definiert (Matthews & Wells, 2004, S.132), da Sich-Sorgen sowohl Rumination beinhaltet als auch ergänzende Gedanken zu Handlungsmöglichkeiten bezüglich der problematischen Situation. Eine Übersicht zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Rumination und Sich-Sorgen aus Sicht des S-REF Modells geben Papageorgiou und Wells (2004).

Rumination und Sich-Sorgen werden von Wells und Matthews (1996) als besonders maladaptive Modi der S-REF beschrieben: Sie belegen notwendige Ressourcen für die Ausführung von Plänen, die Informationen ins Gedächtnis integrieren. Somit kann auch die Widerlegung dysfunktionale Schemata ggf. verhindert werden. Außerdem erfolgt durch Rumination ein Priming von dysfunktionalen Überzeugungen und deren Repräsentationen auf dem Level der automatisierten Verarbeitung, was die Schwelle für die Entdeckung von Informationen herabsetzt, die zu dysfunktionalen Überzeugungen kongruent sind. Durch Sich-Sorgen wird zudem eine vollständige Aktivierung der Furchtstruktur verhindert und eine emotionale Verarbeitung kann nicht stattfinden.

Im S-REF-Modell wird zusätzlich eine Unterscheidung zwischen normalen und klinischen Formen von Rumination vorgenommen. Zwar haben auch normale Formen von Rumination einen negativen Effekt auf die Stimmung, die Person nutzt jedoch noch ergänzend adaptive, problemfokussierte Coping-Strategien (Matthews & Wells, 2004). Klinisch relevante Rumination hingegen zeichnet sich laut Matthews und Wells (2004) durch drei Aspekte aus. Zum einen wird sie inflexibel als hauptsächliche Coping-Strategie für bestimmte Probleme genutzt. Zum anderen führen negative Metakognitionen zu einer negativen Beurteilung der Rumination, womit Rumination selbst eine Ist-Soll-Diskrepanz verursacht, die wieder Rumination als Coping-Strategie nach sich zieht. Drittens wird postuliert, dass maladaptive interne Kriterien für die Beendigung negativer repetitiver Denkprozesse existieren. Die Autoren nennen hier Beispiele im Rahmen von Angststörungen, wie das interne Kriterium eines subjektiven Gefühls von Sicherheit, das einen Sorgenprozess beenden kann. Beispiele für interne Kriterien für die Beendigung ruminativer Prozesse werden nicht genannt.

2.2.3 Vergleich des S-REF-Modells mit anderen Theorien zu Rumination

Insgesamt sehen Brotman und DeRubeis (2004) eine Vereinbarkeit von S-REF-Modell, der Response Styles Theorie (Nolen-Hoeksema, 1991) und der Goal Progress Theorie (Martin et al., 1993). Es existieren jedoch auch relevante Unterschiede zwischen den Modellen.

So haben laut Matthews und Wells (2004) das S-REF-Modell und die Goal Progress Theorie (Martin et al., 1993) zum einen die Konzeptionalisierung von Rumination als intentionalen, kontrollierten Prozess gemeinsam. Zum anderen begreifen beide Modelle Rumination als eine Reaktion auf Ist-Soll-Diskrepanzen, die alternative Wege zur Zielerreichung bereiten soll. Das S-REF-Modell ist jedoch deutlich umfassender als die Goal Progress Theorie, da es die Konzeption von Rumination zusätzlich in ein dreistufiges Modell der kognitiven Verarbeitung einbindet. Auch ist die Definition von Rumination im S-REF-Modell enger als in der Goal Progress Theorie, da diese positive Gedanken und Strategien zur Zielerreichung explizit einschließt, die im S-REF-Modell nicht unter das Ruminations-Konzept fallen würden (Matthews & Wells, 2004).

Die Definition von Rumination im S-REF-Modell ist jedoch breiter als in der Response Styles Theorie (Nolen-Hoeksema, 1991), da diese Rumination sehr eng als Reaktion auf negative Stimmung begreift. Im S-REF-Modell hingegen kann sich der Inhalt ruminativer Gedanken nicht ausschließlich auf negative Stimmung, sondern auf eine ganze Reihe an

selbstbezogenen Informationen beziehen (Brotman & DeRubeis, 2004; Matthews & Wells, 2004; Smith & Alloy, 2009).

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen dem S-REF-Modell und den meisten anderen Ruminationstheorien ist zudem die herausragende Rolle von Metakognitionen im S-REF-Modell für die Erklärung von Rumination und deren negativen Folgen. Metakognitionen werden in vielen anderen Ruminationstheorien nicht explizit erwähnt. Die Idee, dass meta-kognitive Überzeugungen über Coping-Strategien eine Rolle bei der Initiierung von Depressionen und bei den negativen Auswirkungen von Rumination spielen, ist laut Smith und Alloy (2009) aber mit vielen Ruminationstheorien wie der Response Styles Theorie, der Rumination on Sadness Theorie, dem Stress-Reactive Modell der Rumination und der Goal Progress Theorie kompatibel.

2.2.4 Befunde zum S-REF-Modell

Zum S-REF-Modell existieren eine Reihe von Befunden, die von Matthews und Wells (2004) anhand von drei aus dem S-REF-Modell ableitbaren Hypothesen dargestellt werden:

1. Metakognitionen sind eine Ursache für maladaptives Coping, z.B. in Form von Emotionsfokussierung, Gedankenkontrollstrategien und Rumination
2. Maladaptive Coping-Strategien verursachen emotionale Dysfunktion und
3. Maladaptive Coping-Strategien haben eine Rückwirkung auf das Level der selbstbezogenen Überzeugungen, z.B. in Form von weiterer Elaboration dysfunktionaler Überzeugungen.

Diese Befunde sollen hier kurz zusammengefasst und mit neueren Befunden, die sich den Hypothesen zuordnen lassen, ergänzt werden. Zusätzlich werden weitere Studien genannt, die Wells (2009) als Belege des S-REF-Modells nennt. Da das S-REF-Modell für sich beansprucht, die Informationsverarbeitung bei emotionalen Störungen allgemein zu erklären, wurden die daraus ableitbaren Hypothesen bei vielen unterschiedlichen psychischen Erkrankungen geprüft.

Metakognitionen als Ursache für maladaptives Coping

Zur ersten Hypothese, dass Metakognitionen eine Ursache für maladaptives Coping sind, werden von Matthews und Wells (2004) und Wells (2009) vor allem korrelative Befunde angeführt. Die Autoren argumentieren, dass positive und negative Metakognitionen mit einer

großen Zahl von psychischen Störungen und Auffälligkeiten assoziiert sind, und nennen dabei Zusammenhänge mit Panikstörung, GAS, sozialer Phobie und Zwangsstörungen (Davis & Valentiner, 2000; Wells & Carter, 2001; Wells & Papageorgiou, 1998), Alkoholabusus (Spada, Nikčević, Moneta & Wells, 2007; Spada & Wells, 2005, 2006, 2008; Spada, Zandvoort & Wells, 2007), Hypochondrie (Bouman & Meijer, 1999), der Prädisposition zu Halluzinationen (Morrison, Wells & Nothard 2000, 2002; Stirling, Barkus & Lewis, 2007), Halluzinationen im Rahmen von Schizophrenie (Lobban, Haddock, Kinderman & Wells, 2002) und Stress im Rahmen von Morbus Parkinson (Allott, Wells, Morrison & Walker, 2005). Neuere Studien zeigen Zusammenhänge von spezifischen Metakognitionen mit der Symptomatik bei PTSD (Bennett & Wells, 2010), bei chronischem Erschöpfungssyndrom (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells & Spada, 2011) und bei Verfolgungswahn (Morrison et al., 2011). Auch korrelieren die Skalen eines Fragebogens für Metakognitionen (Meta-Cognitions Questionnaire, MCQ) mit der Tendenz zum Sich-Sorgen und ebenfalls mit Zwangsgedanken, Checking, sozialen Ängsten und Gesundheitsängsten (Cartwright-Hatton & Wells, 1997).

In einer Befragung von Patienten mit rezidivierender depressiver Störung mittels eines halbstrukturierten Interviews bestätigten alle Personen das Vorliegen von positiven und negativen Metakognitionen über Rumination (Papageorgiou & Wells, 2001a). Das Vorliegen von Metakognitionen über Rumination hing des Weiteren sowohl in nichtklinischen als auch in einer klinischen Stichprobe mit Rumination und Depression zusammen (Papageorgiou & Wells, 2001b, 2003) und konnte zwischen Patienten mit rezidivierender Depression und Probandengruppen mit Panikstörung oder sozialer Phobie differenzieren (Papageorgiou & Wells, 2001b).

Auch die Studie zu Prüfungsangst von Matthews, Hillyard und Campbell (1999) wird von Matthews und Wells (2004) genannt. In dieser Studie füllten Studierende vor der Prüfung Fragebögen zu Metakognitionen, Sorgen und Prüfungsangst und nach der Prüfung zu eingesetzten Coping-Strategien aus. In einer Faktorenanalyse über die Items aller Fragebögen zeigten sich zwei Faktoren, von denen der erste als genereller metakognitiver Faktor, der zweite als Faktor mit spezifisch adaptivem Coping interpretiert wurde. Dass auf dem ersten Faktor neben positiven und negativen Metakognitionen auch Items eher maladaptiver, emotionsfokussierter Coping-Strategien luden, wird als ein Beleg für den Zusammenhang zwischen Metakognitionen und emotionsfokussiertem Coping herangezogen.

Wells (2009) zitiert weitere Studien, die die kausale Rolle von Metakognitionen in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen belegen sollen. Er führt hierzu eine Längsschnittstudie von Nassif (1999, zitiert nach Wells, 2009) an, in der gezeigt wurde, dass negative Metakognitionen über Sich-Sorgen die Entwicklung von GAS einige Wochen später vorhersagte. Eine experimentelle Manipulation von Metakognitionen beinhaltete eine Studie von Rassin, Merckelbach, Muris und Spaan (1999), in der die metakognitive Überzeugung induziert wurde, ein EEG-Gerät könne den Gedanken an einen Apfel detektieren. Die Versuchspersonen, die zusätzlich die Information bekamen, dass eine Person in einem anderen Raum einen elektrischen Schock erhalten würde, wenn sie an einen Apfel denken, hatten mehr Intrusionen und mehr Unbehagen und sie strengten sich mehr an, Gedanken zu unterdrücken. In einer neueren Studie von Myers und Wells (2013) wurde dieses Paradigma adaptiert. Zusätzlich zur Manipulation von Metakognitionen trennten die Autoren zusätzlich Probanden mit selbstberichtet vielen Symptomen in Bezug auf Zwangsgedanken von Probanden mit wenig Symptomen in diesem Bereich. Vor allem Probanden mit hoher Symptomatik und induzierten Metakognitionen berichteten mehr Intrusionen und mehr Unbehagen über die Intrusionen. Eine weitere neue Längsschnittstudie von Yilmaz, Gençöz und Wells (2011) zeigte, dass negative Metakognitionen über Sorgen zum ersten Zeitpunkt Depression und Angst zum zweiten Zeitpunkt vorhersagen, auch wenn Kontrolle stressreiche Lebensereignisse und demographische Variablen kontrolliert werden.

Maladaptive Coping-Strategien als Ursache emotionaler Dysfunktion

Zur zweiten Hypothese, dass maladaptive Coping-Strategien emotionale Dysfunktion verursachen, werden von Matthews und Wells (2004) und Wells (2009) zunächst Belege zum Zusammenhang zwischen verschiedenen Coping-Strategien und psychischen Störungen oder Auffälligkeiten genannt.

So zitieren Matthews und Wells (2004) Befunde zum Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 1994), der die Dimensionen Ablenkung, soziale Kontrolle, Sich-Sorgen, Selbstbestrafung und Neubewertung als Strategien zur Gedankenkontrolle erfasst. Es wurde gezeigt, dass die Coping-Strategien „Sich-Sorgen“ und „Selbstbestrafung“ mit vielen Maßen für Psychopathologie assoziiert waren (Wells & Davies, 1994) und differenzieren konnten zwischen Zwangspatienten und Gesunden (Amir, Cashman & Foa, 1997) sowie zwischen Opfern von Verkehrsunfällen mit akuter Belastungsstörung und solchen ohne Störung (Warda & Bryant, 1998). Auch konnten Sich-Sorgen und Selbstbestrafung die Entwick-

lung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Verkehrsunfall vorhersagen (Holeva, Tarrrier & Wells, 2001). Die Nutzung von verschiedenen maladaptiven Strategien zur Gedankenkontrolle, gemessen mit dem TCQ, ist zudem assoziiert mit der Symptomatik von Depression und PTBS (Reynolds & Wells, 1999) sowie mit Stresssymptomen bei Studenten (Roussis & Wells, 2006) und tritt häufiger bei Menschen auf, die zu Halluzinationen neigen (Morrison et al., 2000).

Wells (2009) führt weitere Belege zur Stimmungsbeeinträchtigung durch Rumination und Sich-Sorgen an. Er argumentiert, dass Sich-Sorgen ein Prozess ist, der in vielen psychischen Störungen eine Rolle spielt, wie beispielsweise bei GAS, sozialer Phobie, Panikstörung und Gesundheitsangst. So zitiert Wells (2009) eine Studie, die zeigt, dass Personen mit hoher Sorgen-Neigung auch erhöhte Angst und Depressivität berichten und schlechter in der Lage sind, die Aufmerksamkeit in einer monotonen Aufgabe zu fokussieren und sich nicht von negativen Gedanken ablenken zu lassen (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Rumination ist ein zentraler Prozess bei Depressionen (Nolen-Hoeksema, 1991) und viele Studien belegen negative Auswirkungen von Rumination auf die Stimmung und die Psychopathologie (Lyubomirsky & Tkach, 2004, siehe auch Abschnitt 2.2.1).

Auch zitiert Wells (2009) Studien zu den negativen Auswirkungen weiterer Coping-Strategien, die Bestandteile des CAS sind, wie z.B. Gefahrenmonitoring oder Gedankenunterdrückung. So werden Studien zur emotional stroop task angeführt, die zeigen, dass bei unterschiedlichen psychischen Störungen Wörter mit störungsrelevantem emotionalen Inhalt langsamer benannt werden (Gotlib & Cane, 1987; Kaspi, McNally & Amir, 1995; Mathews & MacLeod, 1985). Dies wird, wie im S-REF-Modell postuliert, auf das Gefahrenmonitoring im Rahmen strategischer, kontrollierter Verarbeitung zurückgeführt (siehe Matthews & Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994; Wells, 2009). Auch zeigen viele Studien, dass Strategien zur Gedankenunterdrückung wenig effektiv und mit negativen Auswirkungen verbunden sind (siehe z.B. die Reviews von Purdon, 1999, oder Wenzlaff & Wegner, 2000).

Laut Wells (2009) konnte auch die kausale Rolle von Komponenten des CAS in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen belegt werden. Der Autor führt als Belege hierzu die Längsschnittstudie von Nolen-Hoeksema (2000) zur Vorhersage von Beginn und Chronizität von Depression durch Rumination an sowie experimentelle Studien, in denen Sich-Sorgen manipuliert wurde und mehr Intrusionen zur Folge hatte (Borkovec et al., 1983; Butler, Wells & Dewick, 1995; Wells & Papageorgiou, 1995).

Als Überprüfung der Verbindung der ersten beiden Hypothesen, dass Metakognitionen Ursache für maladaptives Coping (erste Hypothese) ist und maladaptives Coping wiederum emotionale Dysfunktion verursacht (zweite Hypothese), können Studien angesehen werden, die klinische metakognitive Modelle mit Strukturgleichungsmodellen testen. So sagt ein aus dem S-REF-Modell abgeleitetes klinisches metakognitives Modell für Depression laut Papageorgiou und Wells (2003) im Wesentlichen vorher, dass positive und negative Metakognitionen über Rumination einen Einfluss auf Rumination haben, dass Rumination einen Einfluss auf depressive Symptomatik hat und dass ein Zusammenhang zwischen Metakognitionen und Depression über Rumination mediiert wird. Die Autoren testeten dieses klinische metakognitive Modell der Rumination und Depression mittels eines Strukturgleichungsmodells und fanden eine gute Passung in einer Stichprobe mit depressiven Probanden. In einer weiteren nichtklinischen Stichprobe konnte das Modell jedoch in der Form nicht bestätigt werden (Papageorgiou & Wells, 2003). Roelofs et al. (2007) testeten ebenfalls das metakognitive Modell für Depressionen und fanden ein leicht modifiziertes, aber theoriekonformes Strukturgleichungsmodell.

Auch in Studien zu GAS, Alkoholabusus und Nikotinabhängigkeit wurden theoriekonforme Zusammenhänge zwischen Metakognitionen, CAS-Komponenten und Symptomen gefunden (Spada, Nikčević et al., 2007; Spada & Wells, 2009; Wells, 2005). In einer Studie zu PTBS von Roussis und Wells (2006) zeigte sich theoriekonform in Pfadanalysen, dass der Zusammenhang zwischen positiven Metakognitionen und Symptomen durch Sich-Sorgen mediiert wurde. Negative Metakognitionen hatten in dieser Studie einen direkten, nicht durch Sich-Sorgen mediierten Einfluss auf die Symptomatik, was nicht konform mit dem metakognitiven Modell der PTBS ist. In einer neueren Studie wurde hingegen der Zusammenhang zwischen spezifischeren Metakognitionen über das Gedächtnis und PTBS-Symptomen durch Rumination mediiert (Bennett & Wells, 2010).

Rückwirkungen maladaptiver Coping-Strategien auf das Level der selbstbezogenen Überzeugungen

Zur dritten Hypothese, dass maladaptive Coping-Strategien auf das Level der selbstbezogenen Überzeugungen zurückwirken, indem sie beispielsweise zur Elaboration dysfunktionaler Überzeugungen beitragen, führen Matthews und Wells (2004) zwei konkrete Befunde von Wells und Papageorgiou (1995) und von Mellings und Alden (2000) an. In der experimentellen Studie von Wells und Papageorgiou (1995), in der Probanden einen Unfall-Film

anschauten, hatten diejenigen Probanden nach dem Film die meisten Intrusionen, die nach dem Film instruiert wurden, sich zu sorgen. Dies wird als Anzeichen dafür gesehen, dass das Sich-Sorgen die adaptive emotionale Verarbeitung behindert und dass die Repräsentation des Stressors durch die Elaboration in Form von Sich-Sorgen leichter im Gedächtnis zugänglich wird. Mellings und Alden (2000) zeigten, dass Probanden mit hoch ausgeprägter sozialer Angst eine größere Tendenz zu Rumination nach sozialen Situationen besaßen als wenig ängstliche Probanden. Des Weiteren sagte Rumination nach sozialen Situationen ein vermehrtes Erinnern negativer selbstbezogener Informationen vorher. Dies interpretieren Matthews und Wells (2004) im Sinne ihrer Hypothese, dass Rumination die Salienz negativer selbstbezogener Informationen erhöht.

Zusammenfassung zur Befundlage zum S-REF-Modell

Wells (2009) fasst zur Befundlage zum S-REF-Modell zusammen, dass das S-REF-Modell gestützt wird durch viele Studien mit unterschiedlichen Methoden und bei unterschiedlichen psychischen Störungen, die sowohl mit gesunden Stichproben als auch mit Patientenstichproben durchgeführt wurden. Es gibt Belege für das CAS und seine Komponenten bei vielen verschiedenen psychischen Störungen. Auch die negativen Auswirkungen der CAS-Komponenten wie Rumination, Sich-Sorgen usw. konnten in vor allem korrelativen, aber teilweise auch längsschnittlichen und experimentellen Studien gezeigt werden. Für viele Störungen wurde der Zusammenhang mit positiven und negativen Metakognitionen gezeigt und auch deren kausaler Einfluss auf psychische Störungen wurde untersucht. Das metakognitive Modell konnte zudem bereits für einige psychische Störungen in Strukturgleichungsmodellen und Pfadanalysen bestätigt werden.

2.2.5 Implikationen des S-REF-Modells für die Therapie

Wells und Matthews (1996) nennen einige Implikationen des S-REF-Modells für die kognitive Therapie von emotionalen Störungen. Die Autoren betonen, dass nicht nur der Inhalt dysfunktionaler Kognitionen für die Therapie einer bestimmten emotionalen Störung relevant ist, sondern dass vor allem essentiell ist, die kognitive Verarbeitung zu verstehen, wie z.B. die Rolle von selbstbezogenen Überzeugungen auf die Verarbeitung, Faktoren der Aufmerksamkeit sowie die Art der selbstfokussierten Verarbeitung. Es reicht demnach auch nicht, nur

den Inhalt dysfunktionaler Kognitionen zu modifizieren, sondern die dysfunktionale kognitive Verarbeitung selbst muss verändert werden (siehe auch Wells & Papageorgiou, 2004).

Spezifische Therapieimplikationen des S-REF-Modells für Depression nennen Matthews und Wells (2004). So ist die dysfunktionale kognitive Verarbeitung, die bei depressiven Patienten verändert werden muss, vor allem die Tendenz der Patienten, Rumination als Coping-Strategie einzusetzen. Wird dies nicht verändert, wird auch die Rückfallgefahr als besonders hoch gesehen. Gelingt es hingegen, Rumination schon früh in der Behandlung zu unterbinden, werden mehr Aufmerksamkeitsressourcen frei, die genutzt werden können, um dysfunktionalen Kognitionen widersprechende Informationen zu verarbeiten.

Eine spezielle Implikation des S-REF-Modells sehen Matthews und Wells (2004) für die Komorbidität von Depressionen mit bestimmten Angststörungen (siehe Matthews & Wells, 2004, S. 145). So postulieren sie, dass Depressive durch ihre Tendenz zur Rumination auch anfällig sind für die Entstehung von akuten Belastungsstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen infolge eines Traumas, da Rumination die emotionale Verarbeitung des Traumas negativ beeinflusst. Rumination entwickelt die Funktion, Angstreaktionen zu unterdrücken, und wird so negativ verstärkt. Da die vermiedenen Angstgedanken wieder vermehrt auftreten, sobald die Rumination unterbunden wird, kann die Behandlung der Patienten erschwert werden. Die Autoren empfehlen in diesem Fall, die Angststörung vor der Depression zu behandeln und Rumination nicht plötzlich, sondern nur graduell zu reduzieren.

Diese und weitere Implikationen für Therapie aus dem S-REF-Modell werden im Rahmen der metakognitiven Therapie (MKT) umfassend und mit konkreten Interventionen, Fallkonzeptionen und Handlungsanweisungen für Therapeuten konzipiert. Das genaue Vorgehen der MKT wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

2.3 Rumination im Fokus – Die metakognitive Therapie der Depression

Im Folgenden werden verschiedene Therapieformen, die die Veränderung von Rumination zum Ziel haben, kurz vorgestellt und mit der MKT verglichen. Daraufhin werden allgemeine Prinzipien der MKT dargestellt und mit der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie kontrastiert. Im Anschluss wird die MKT spezifisch für Depression beschrieben und deren Aufbereitung für ein für diese Publikation entwickeltes metakognitives Bibliothherapie-Manual bei Depressionen dargestellt. Abschließend werden Befunde zur Wirksamkeit der MKT oder ihrer Komponenten für verschiedene Störungen und mit einem Schwerpunkt auf der Wirksamkeit bei Depressionen diskutiert.

Ruminationsfokussierte Therapieformen

Wie in Abschnitt 2.2.5 dargestellt, steht bei der metakognitiven Therapie der Depression anstelle des Inhalts der dysfunktionalen Kognitionen der Prozess der Rumination im Vordergrund. Bisher wird außer in der metakognitiven Therapie bei Depression nur bei wenigen Therapien Rumination ganz gezielt und primär behandelt (Wells & Papageorgiou, 2004).

Einen dieser Therapieansätze, der auf die Veränderung von Rumination abzielt, haben Watkins et al. (2007, siehe auch Watkins, 2009) mit der ruminationsfokussierten KVT (Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy, RFCBT) speziell für chronische und rezidivierende Depressionen entwickelt. Dabei wird vermutet, dass es sowohl einen hilfreichen als auch einen maladaptiven Ruminationsstil gibt. Der hilfreiche Stil ist gekennzeichnet durch konkretes, prozessfokussiertes und spezifisches Denken. Der maladaptive Stil hingegen ist abstrakt und wertend und führt zu übergeneralisiertem Erinnern, beeinträchtigtem Problemlösen und negativen Selbstbewertungen (Watkins et al., 2007, S. 2145; siehe auch Watkins, 2008, und Abschnitt 2.2.1). Die RFCBT basiert auf traditioneller KVT für Depressionen und beinhaltet zusätzlich spezifische Interventionen, die den maladaptiven Ruminationsstil reduzieren sollen. Patienten werden mithilfe verschiedener Interventionen trainiert, vom dargestellten maladaptiven Denkstil zum hilfreichen konkreten Denkstil zu wechseln (Watkins et al., 2011). Auch in der RFCBT liegt der Fokus also nicht auf der Veränderung der Inhalte depressiven Denkens, sondern auf der Veränderung des Denkprozesses (Watkins et al., 2007).

Als eine weitere Depressionstherapie, in der Ruminaton eine bedeutende Rolle spielt, nennt Purdon (2004) die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2002, siehe auch Abschnitt 2.1.5). Diese basiert auf dem Interacting Cognitive Subsystems Framework von Teasdale und Barnard (1993) und soll speziell Rückfälle bei rezidivierenden Depressionen verhindern. Aspekte von KVT werden hier verbunden mit einem Training von mindfulness, einer nichtwertenden Achtsamkeit, durch die ebenfalls dysfunktionalen ruminativen Prozessen entgegengewirkt werden soll. Wie in der MKT ist auch hier das Ziel, nicht den Inhalt von negativen Gedanken, sondern die eigene Reaktion auf negative Gedanken zu verändern, indem man sich ihrer in einer distanzierten Art und Weise bewusst wird.

Laut Wells und Papageorgiou (2004) kann dieser Therapieansatz im Rahmen des S-REF-Modells interpretiert und als metakognitiver Therapieansatz bezeichnet werden, da das Training von mindfulness bei Patienten die Unterbrechung von Ruminaton und die Betrachtung von Gedanken aus einem metakognitiven Modus (siehe unten) heraus fördert, der auch in der metakognitiven Therapie angestrebt wird. Wenn jedoch nicht zusätzlich relevante dysfunktionale Metakognitionen modifiziert werden, sehen Wells und Papageorgiou (2004) die Rückfallgefahr dennoch hoch. Ein zentraler Unterschied zwischen MKT und MBCT ist zudem laut Wells (2000), dass mindfulness in der MBCT mit erhöhter Selbstaufmerksamkeit verbunden ist, der im S-REF-Modell schädliche Auswirkungen zugeschrieben werden (S. 81 f.). In der MKT hingegen soll selbstfokussierte Aufmerksamkeit reduziert werden und es wird eine detached mindfulness angestrebt, bei der die Aufmerksamkeit flexibel ist (Wells & Matthews, 1994).

Prinzipien und Ziele der MKT

Die Grundlage für die MKT ist das S-REF-Modell (siehe Abschnitte 2.2.3 und 2.2.5). Damit basiert die MKT vor allem auf dem Konzept, dass psychische Störungen durch das CAS (siehe Abschnitt 2.2.2) aufrechterhalten werden, das wiederum durch positive und negative Metakognitionen aktiviert wird (Wells, 2009).

Wells (2009) fasst folgende Prinzipien der metakognitiven Therapie zusammen (Wells, 2009, S. 10 f.):

1. Negative Emotionen sind Anzeichen für eine Ist-Soll-Diskrepanz.
2. Normalerweise sind diese negativen Emotionen von begrenzter Dauer, weil die Person wirkungsvolle Coping-Strategien einsetzt.
3. Wenn negative Emotionen jedoch andauern, entstehen psychische Störungen.

4. Negative Emotionen können deshalb andauern, weil eine Person einen dysfunktionalen Denkstil hat.
5. Dieser dysfunktionale Denkstil ist das CAS, das bei allen Störungen gefunden werden kann.
6. Das CAS resultiert aus dysfunktionalen Metakognitionen, da diese die Denkprozesse steuern.
7. Durch verschiedene Mechanismen intensiviert das CAS negative Emotionen und hält sie aufrecht.

Daraus folgen drei therapeutische Hauptziele der MKT (Wells, 2009, S. 22):

1. Die Modifikation des CAS
2. Die Modifikation von deklarativen metakognitiven Überzeugungen
3. Der Erwerb neuer prozeduraler Pläne, die die Verarbeitung leiten

Unterschiede zwischen MKT und traditioneller KVT

Die MKT ist ein kognitiver Therapieansatz, da in ihrer theoretischen Fundierung postuliert wird, dass Störungen im Denken psychische Erkrankungen verursachen und daher in der Therapie Kognitionen verändert werden müssen (Wells, 2009). Trotzdem bestehen fundamentale Unterschiede zur traditionellen kognitiven Therapie (KT) nach z.B. Beck (1967) oder Ellis (1962), die von Wells (2009, S. 2 ff.) detaillierter beschrieben werden:

Die MKT geht davon aus, dass es nicht der Inhalt der dysfunktionalen Gedanken ist, der emotionale Störungen verursacht, da auch viele gesunde Menschen negative Gedanken haben, die sich thematisch auf Gefahr, Verlust oder Selbstabwertung beziehen. Relevant ist im Sinne der MKT ausschließlich, wie das Individuum auf diese negativen Gedanken reagiert. Nur die Menschen, die in Reaktion auf negative Gedanken in einen Teufelskreis negativer, selbstbezogener Verarbeitung wie z.B. Rumination geraten, entwickeln eine psychische Störung. Diese individuelle Reaktion wiederum hängt ab von den Metakognitionen eines Individuums, die die Denkprozesse steuern. Bei konsequenter Anwendung des S-REF-Modells und seiner Implikationen werden auch negative Gedanken wie „Ich bin wertlos“ oder „Die Welt ist gefährlich“ nicht als stabil gesehen, sondern lediglich als Produkte von z.B. Rumination, Sich-Sorgen oder Gefahrenmonitoring und damit letztlich als Produkte von Metakognitionen, die diese kognitiven Prozesse steuern.

Die Unterschiede werden auch in einer Reformulierung des ABC-Modells deutlich. Aus dem traditionellen ABC-Modell mit A = antecedent, B = beliefs und C = consequences wird in der MKT das AMC-Modell, bei dem nicht mehr die Kognitionen bzw. Überzeugungen die Wirkung der Situation auf die emotionalen und behavioralen Konsequenzen vermitteln, sondern Metakognitionen die entscheidende Variable darstellen (Wells, 2009). Ein internaler Trigger (A) löst die Aktivierung von Metakognitionen und dem CAS (M) aus. Die emotionalen Konsequenzen (C) werden durch die Variable M ausgelöst und wirken auch wieder auf diese zurück. Die Kognitionen bzw. Überzeugungen (B) werden durch Metakognitionen und CAS beeinflusst und haben selbst keine entscheidende Bedeutung mehr (Wells, 2000, 2009). Wells (2009, S. 18 f.) erläutert die Unterschiede zwischen ABC- und AMC-Modell am Fall einer depressiven Frau. Beispielsweise könnte ein konkretes ABC-Modell so aussehen:

A = Kritik durch den Chef,

B = „Immer mache ich alles falsch, ich bin wertlos.“

C = Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit.

Reformuliert im AMC-Modell gäbe es entscheidende Veränderungen:

A = „Ich habe einen Fehler gemacht.“,

M = Metakognitive Überzeugungen: „Ich muss darüber nachgrübeln, damit ich verstehe, warum mir das passiert ist, und damit ich besser werden kann“ – „Indem ich mich für Fehler selbst bestrafe, motiviere ich mich, mich beim nächsten Mal mehr anzustrengen.“; CAS: Ruminieren, Fokussieren auf die eigene schlechte Stimmung, Selbstbestrafung in Form von Selbstabwertung,

C = Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit.

Der negative Gedanke „Immer mache ich alles falsch, ich bin wertlos.“ (B) entstünde in diesem Modell nur als Produkt der Metakognitionen und des CAS (M).

Aus dieser Konzeptionalisierung folgt, dass die therapeutischen Interventionen in der MKT nicht auf die Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen abzielen sollten, sondern darauf, wie die Person auf diese Kognitionen reagiert und damit auf die Veränderungen ihrer Metakognitionen. Um dies zu erreichen, muss der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten im sogenannten metakognitiven Modus arbeiten (Wells, 2009).

Der metakognitive Modus ist laut Wells (2009) einer von zwei Modi des Wahrnehmens bzw. Erfahrens der Realität. Der zweite Modus ist der Objekt-Modus, in dem die Realität normalerweise erlebt wird. In diesem Modus werden Gedanken als verschmolzen mit anderen

Aspekten der Realität wahrgenommen. Eigene Gedanken und sensorische Wahrnehmungen der Welt um uns herum werden nicht getrennt. Im metakognitiven Modus hingegen wird das Selbst zum distanzierten Beobachter und nimmt Gedanken ganz bewusst als separat vom eigenen Selbst und von der Welt wahr. Gedanken können im metakognitiven Modus als Repräsentationen betrachtet werden, die akkurat sein können, es aber nicht sein müssen. Der metakognitive Modus kann erlernt werden und macht die Erfahrung von detached mindfulness möglich (Wells, 2009). Detached mindfulness (Wells & Matthews, 1994) bedeutet eine achtsame Bewusstheit für eigene Gedanken (mindfulness), die gleichzeitig distanziert (detached) ist, d.h. nicht aktiv in Form von Bewertung oder Coping auf den Gedanken reagiert, und die den Gedanken und das Selbst als Beobachter des Gedankens als getrennt voneinander wahrnimmt (Wells, 2009).

In der MKT wird bei der Veränderung der Reaktion auf negative Gedanken im metakognitiven Modus gearbeitet und Patienten werden dazu angeleitet, Gedanken als interne Ereignisse zu betrachten, auf die sie nicht wertend reagieren müssen. Bei der kognitiven Umstrukturierung in der KVT hingegen findet laut Wells (2009) die Arbeit im Objekt-Modus statt, da Therapeut und Patient über den Realitätsbezug eines normalen Gedankens diskutieren und sich damit aktiv und bewertend mit ihm beschäftigen. So wird in der KVT ein mentales Modell unterstützt, dass manche Gedanken realistisch sind und andere nicht, wohingegen in der MKT vermittelt wird, dass es nicht relevant ist, ob der Gedanke realistisch ist oder nicht – wichtig ist, wie wir auf ihn reagieren.

Wells (2009) fasst die Unterschiede zwischen MKT und KVT prägnant so zusammen:

[...] if we consider the case of a depressed patient who believes ‘I’m worthless,’ the CBT therapist tackles the problem by asking, ‘what is your evidence?’ In contrast, the MCT therapist asks, ‘what is the point in evaluating your worth?’. (S. 3)

2.3.1 Metakognitive Therapie bei Depression

Die MKT der Depression fokussiert vor allem auf Rumination als zentralen Bestandteil des CAS bei dieser Störung (Wells, 2009, S. 195). Ein weiterer Bestandteil des CAS bei Depression sind Sich-Sorgen und Gefahrenmonitoring in Bezug auf das Auftreten depressiver Symptome. Maladaptive Coping im Rahmen des CAS bezieht sich vor allem auf die Vermeidung von Aktivitäten und sozialem Kontakt, um mehr Zeit für ruminative Prozesse zu schaffen. Als weitere Beispiele für maladaptive Coping-Strategien werden aber auch

Substanzkonsum, selbstverletzendes Verhalten und Selbstbestrafung genannt. Rumination sowie die weiteren Bestandteile des CAS werden gesteuert durch entsprechende positive und negative Metakognitionen. Trigger für das CAS sind bei Depression häufig negative Gedanken über sich selbst, die Zukunft oder die Welt sowie depressive Symptome (Wells, 2009, S. 196 ff., siehe auch Abschnitt 2.2.2). In der MKT der Depression werden ähnliche Interventionen wie in der Therapie der generalisierten Angststörung (Wells, 1997) genutzt, da Sich-Sorgen und Rumination zwar unterschiedliche Prozesse sind, ihnen aber dennoch ähnliche Metakognitionen unterliegen (Matthews & Wells, 2004; Papageorgiou & Wells, 2004).

Wells und Papageorgiou (2004) empfehlen, die metakognitive Therapie und traditionelle kognitive Therapie bei Depressionen zu kombinieren, wobei die MKT als Grundlage zeitlich vorgeschaltet sein sollte. Die Autoren vermuten aber, dass die MKT in Einzelfällen auch als alleinige Behandlung oder hauptsächliche Behandlung ausreichend sein kann.

Diagnostik und Fallkonzeption

Bei der MKT bei Depression sollen in einer diagnostischen Phase zunächst eine Diagnose festgestellt und Informationen für eine metakognitive, diagnosespezifische Fallkonzeption erhoben werden. Für die Fallkonzeption werden im Sinne des oben beschriebenen AMC-Modells Informationen zu individuellen behavioralen, emotionalen und kognitiven Konsequenzen (C), zu triggernden inneren Stimuli (A) und zum CAS und Metakognitionen erhoben. Um einen Zugang zu den relevanten Informationen für das AMC-Modell zu erhalten, sind in manchen Fällen behavioral assessment tests (BATs) notwendig, in denen für den Patienten problematische Emotionen aktiviert werden (Wells, 2009).

Spezifisch zur Diagnostik von Rumination geben Wells und Papageorgiou (2004) die Empfehlung, dass sowohl Häufigkeit als auch Dauer von Rumination mithilfe von Tagebüchern und Ratingskalen erfasst werden sollen. Ergänzend können standardisierte Ruminationsfragebögen wie z.B. die Ruminative Responses Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) genutzt werden. Zur Erfassung von Metakognitionen zu Rumination schlagen die Autoren den Einsatz von Fragebögen wie beispielsweise der Positive Beliefs About Rumination Scale (PBRS; Papageorgiou & Wells, 2001b) vor, aber auch die Nutzung von Interviews zu den subjektiv wahrgenommenen Vor- und Nachteilen von Rumination.

Ziele der metakognitiven Therapie bei Depression und deren Aufbereitung für ein metakognitives Bibliothherapie-Manual bei Depression

Wells und Papageorgiou (2004) nennen als Ziele der metakognitiven Therapie spezifisch bei Depression:

1. Psychoedukation über Rumination
2. Das Aufgeben von Rumination erleichtern
3. Die flexible Kontrolle über das Denken erhöhen
4. Metakognitive Überzeugungen modifizieren
5. Negative Überzeugungen über Emotionen modifizieren, die über erhöhte Selbstbeobachtung die Rückfallgefahr erhöhen

Die hier dargestellte Vorgehensweise nach Wells und Papageorgiou (2004) unterscheidet sich in einigen Punkten von der einige Jahre später publizierten Vorgehensweise nach Wells (2009). Die Unterschiede bestehen jedoch primär in der vorgeschlagenen Reihenfolge der Interventionen sowie in genaueren Angaben zur Fallkonzeption und detaillierteren und ergänzenden Beschreibungen der Interventionen bei Wells (2009). Hier wird das Vorgehen nach Wells und Papageorgiou (2004) dargestellt, da auf deren Vorgaben ein für diese Publikation entwickeltes metakognitives Bibliothherapie-Manual zu Depression basiert (siehe Abschnitt 4.1.2). Die neuere Darstellung zur MKT bei Depression von Wells (2009) war zum Zeitpunkt der Entwicklung des Bibliothherapie-Manuals noch nicht publiziert.

Das neu entwickelte metakognitive Bibliothherapie-Manual zu Depression besteht zum einen aus psychoedukativen Texten sowie aus konkreten Aufgaben, die direkt im Buch ausgefüllt werden können und deren Auswertung im Text begleitet wird. Merksätze und Zusammenfassungen fördern zudem eine Festigung des Gelernten. Das Bibliothherapie-Manual ist im Wesentlichen gemäß den oben genannten fünf Zielen der metakognitiven Therapie und des diesbezüglich beschriebenen Vorgehens in fünf metakognitive Kapitel strukturiert. Eingeleitet wird das Manual durch ein zusätzliches psychoedukatives Kapitel, in dem allgemeine Informationen zu Depression wie beispielsweise zu Prävalenz, Symptomen und Entstehung vermittelt werden.

Im Folgenden soll das Vorgehen der MKT bei Depression detaillierter erläutert werden. Zu jedem der fünf Ziele bzw. metakognitiven Kapitel soll zudem dargestellt werden, auf welche Weise das Vorgehen der metakognitiven Therapie in einem für die vorliegende Arbeit erstellten Bibliothherapie-Manual aufbereitet wurde (Miethe, 2008).

Ziel 1: Psychoedukation über Rumination

Zunächst sollen Patienten mit der Idee vertraut gemacht werden, dass Rumination und ein Gefahrenmonitoring depressiver Symptomatik problematisch sind, da sie die Depression weiter verstärken können. Um dies zu erreichen, kann beispielsweise mit Patienten erarbeitet werden, wie das Denken sich in der Depression verändert oder welche Gemeinsamkeiten im Denken ggf. in mehreren depressiven Episoden bestanden haben. Zum anderen soll die Rolle von passivem Verhalten und sein Zusammenspiel mit Rumination thematisiert werden. Dazu soll anhand von konkreten Beispielen des Patienten gezeigt werden, dass sich auch das Verhalten in der Depression verändert und dass dieses passive Verhalten zu Rumination beiträgt bzw. dass umgekehrt Ablenkung oder erzwungene Aktivität Rumination kurzfristig aussetzen können. Unterstützt werden kann dies durch Verhaltensexperimente, in denen Patienten bei geplanten Aktivitäten erleben können, dass Aktivitäten Rumination unterbrechen können und dadurch die Stimmung verbessert wird. Aktivitätenplanung kann und soll auch genutzt werden, um Rumination früh zu unterbrechen (Wells & Papageorgiou, 2004).

Psychoedukation über Rumination – Aufbereitung im Bibliothherapie-Manual	
Unterziel	Form und Inhalt
Rumination kennen und problematisieren	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition von Rumination, Beispiele für Rumination <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufschreiben von typischen Grübelgedanken • Aufschreiben von Veränderungen und Gemeinsamkeiten im Denken während depressiver Phasen
Die Rolle von passivem Verhalten und sein Zusammenspiel mit Rumination erkennen	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung, dass passives Verhalten zu Rumination beiträgt und Aktivitäten Rumination reduzieren können • Erläuterung, dass Rumination die Stimmung beeinträchtigt <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufschreiben von Verhaltensveränderungen in der Depression (reduzierte Aktivitäten) • Selbstbeobachtungsprotokoll für einen Tag zu Aktivitäten, Häufigkeit der Rumination und Stimmung

Ziel 2: Das Aufgeben von Rumination erleichtern

Um das Aufgeben von Rumination zu ermöglichen und zu erleichtern, soll der Therapeut mit dem Patienten Vor- und Nachteile von Rumination diskutieren. Subjektiv wahrgenommene Vorteile von Rumination sollen z.B. durch die Frage „Was hat es für Sie für Vorteile, wenn Sie grübeln und sich mit Ihren depressiven Gedanken und Gefühlen beschäftigen?“ erhoben werden. Anschließend sollen auf die gleiche Art und Weise Nachteile von Rumination erfragt werden, damit die Motivation des Patienten gestärkt wird, das Grübeln aufzugeben. Diese Exploration kann durch die Verwendung von Listen mit Beispielen für Vor- und Nachteile von Rumination vereinfacht werden.

Die Vorteile von Rumination entsprechen dabei den positiven Metakognitionen über Rumination, wie beispielsweise „Grübeln hilft mir, Wege zu finden, mit meinen Problemen umzugehen“ oder „Grübeln hilft mir, herauszufinden, was mit mir nicht stimmt“ (Wells & Papageorgiou, 2004). Die Nachteile von Rumination, die an dieser Stelle besprochen werden sollen, entsprechen jedoch nicht den negativen Metakognitionen. Negative Metakognitionen beschäftigen sich in katastrophisierender Art und Weise thematisch mit der Unkontrollierbarkeit und Schädlichkeit von Rumination sowie mit deren negativen sozialen Konsequenzen (siehe auch Abschnitt 2.2.2). Die Nachteile von Rumination hingegen sind realistische Sichtweisen, die die wahrgenommenen Vorteile von Rumination widerlegen sollen, wie beispielsweise „Grübeln führt nicht oft zu Lösungen“, „Grübeln lenkt meine Aufmerksamkeit nur auf meine negativen Seiten“ oder „Grübeln ist nicht produktiv“ (Wells & Papageorgiou, 2004).

Das Aufgeben von Rumination erleichtern – Aufbereitung im Bibliothherapie-Manual	
Unterziel	Form und Inhalt
Subjektive Vorteile von Rumination erkennen	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung, dass Rumination subjektiv mit bestimmten Vorteilen verbunden wird, Auflistung subjektiver Vorteile <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufschreiben von subjektiven Vorteilen von Rumination
Nachteile von Rumination erkennen	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung, dass Rumination viele Nachteile hat, Auflistung von Nachteilen • Entkräftung subjektiver Vorteile von Rumination <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufschreiben der Nachteile von Rumination • Aufschreiben, welche Vorteile nicht realistisch sind
Reduktion von Rumination durch Aktivitäten	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung, dass Rumination durch Aktivitäten reduziert werden kann • Einführung von genauer Planung von Aktivitäten als Strategie <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensexperimente zur Durchführung von Aktivitäten mit Beobachtung von Ruminationshäufigkeit und Stimmung

Ziel 3: Die flexible Kontrolle über das Denken erhöhen – Das attention training treatment (ATT)

Um die Unterbrechung des CAS und vor allem von Rumination weiter zu unterstützen, wird das attention training treatment (ATT, Wells, 1990) eingesetzt. Im ATT werden die Patienten dazu angeleitet, ihre Aufmerksamkeit flexibel verschiedenen auditorischen Stimuli zuzuwenden. So sollen metakognitive Pläne zur Regulation kognitiver Prozesse gestärkt und flexible exekutive Kontrolle über die Verarbeitung trainiert werden (Wells & Papageorgiou, 2004; Wells, 2009).

Zur Vorbereitung auf das Training soll Patienten zunächst ein Rational für das ATT vermittelt werden. Zunächst wird dazu aus den bisherigen Phasen zusammengefasst, dass Rumination die Depression verstärkt und sich die Stimmung bei einer Unterbrechung der Rumina-

tion kurzfristig verbessert. Es soll erklärt werden, dass Rumination nach einer Unterbrechung von außen jedoch schnell wieder einsetzt. Das ATT wird dann als eine Möglichkeit präsentiert, Rumination dauerhafter zu unterbinden und so längerfristig die Stimmung zu verbessern (Wells & Papageorgiou, 2004). Ein ausführliches Beispiel für eine Vermittlung des Rationals geben Wells und Papageorgiou (2004, S. 265).

Nach der Vermittlung des Rationals soll dessen Glaubwürdigkeit überprüft werden. Dazu soll der Patient einschätzen, als wie hilfreich er das ATT zur Bewältigung seiner Probleme einschätzt (auf einer Skala von 0 = *gar nicht hilfreich* bis 100 = *sehr hilfreich*). Liegt das Glaubwürdigkeitsrating unter 50, sollen die Gründe für die niedrige Glaubwürdigkeit exploriert und die Glaubwürdigkeit gezielt durch weitere alltagsnahe Beispiele und Verhaltensexperimente erhöht werden (Wells & Papageorgiou, 2004).

Nach dieser Vorbereitung kann das ATT durchgeführt werden. Dazu werden verschiedene auditorische Stimuli mit unterschiedlicher Lautstärke von unterschiedlichen Ursprungsorten benötigt. Mindestens drei Stimuli sollen im Therapieraum und weitere vier bis sechs Stimuli außerhalb des Therapieraums vorhanden sein. Stimuli im Therapieraum sind die Stimme des Therapeuten sowie weitere Stimuli wie beispielsweise das Ticken einer Uhr, ein Radio oder das Klopfen auf einem Tisch. Stimuli außerhalb des Therapieraums sind die natürlich auftretenden Geräusche in der äußeren Umgebung (Wells & Papageorgiou, 2004).

Das Training besteht aus drei Phasen: selektive Aufmerksamkeit, schneller Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus und geteilte Aufmerksamkeit. Der Therapeut trägt die Instruktionen für die drei Phasen vor und leitet den Patienten so durch das Training. In der ersten Phase, der Phase der selektiven Aufmerksamkeit, leitet der Therapeut den Patienten an, die Aufmerksamkeit nacheinander auf die unterschiedlichen auditorischen Stimuli zu richten. Dabei wird die Aufmerksamkeit voll und ganz auf immer nur einen Stimulus fokussiert und die anderen Stimuli werden nicht beachtet. Wurde auf jeden Stimulus einmal fokussiert, wird mit der Phase des schnellen Wechsels des Aufmerksamkeitsfokus fortgefahren. Hierbei wird der Patient angeleitet, in variabler Reihenfolge auf die Stimuli zu fokussieren, wobei der Fokus anfangs alle 10 Sekunden, dann alle 5 Sekunden gewechselt werden soll (Wells, 2009). In der anschließenden Phase der geteilten Aufmerksamkeit soll der Patient mit breitem Aufmerksamkeitsfokus möglichst viele Stimuli simultan wahrnehmen. Ein konkretes, ausformuliertes Beispiel für eine komplette Instruktion geben Wells und Papageorgiou (2004). In Bezug auf die Dauer der Phasen existieren unterschiedliche Angaben. Laut Wells und Papageorgiou (2004) sollen die ersten beiden Phasen zusammen ca. 15 Minuten, die Phase der geteilten

Aufmerksamkeit ca. drei Minuten dauern. Wells (2009) hingegen gibt an, dass die ersten beiden Phasen je fünf Minuten und die letzte Phase zwei Minuten dauern sollen.

Direkt vor der Durchführung des Trainings sowie direkt nach dem Training schätzen die Patienten zudem das aktuelle Ausmaß der selbstfokussierten Aufmerksamkeit ein auf einer Skala von -3 (*komplett nach außen fokussiert*) bis +3 (*komplett selbstfokussiert*). So kann kontrolliert werden, ob die Aufmerksamkeit erfolgreich nach außen gelenkt wurde. Typischerweise soll durch das Training eine Verschiebung um mindestens zwei Punkte auf der Skala erreicht werden (Wells & Papageorgiou, 2004).

Patienten erhalten die Hausaufgabe, das ATT zweimal am Tag für jeweils 10-15 Minuten zu üben. Hierzu können auch Tonbandaufnahmen des ATT genutzt werden. Bei deren Nutzung muss jedoch darauf geachtet werden, dass das Training immer ausreichend Aufmerksamkeit abzieht und nicht durch mehrfaches Anhören desselben Tonbandes zu einfach wird (Wells & Papageorgiou, 2004). Eine Tonbandaufnahme des ATT findet sich beispielsweise auf der Internetseite <http://www.mct-institute.com> zum kostenpflichtigen Download. Wichtig ist zusätzlich, dass Patienten das ATT zu Hause nicht als Coping-Strategie einsetzen, da dies leicht die Form kognitiver oder emotionaler Vermeidung annehmen kann. Im Rationale soll das ATT daher eher als "mental fitness training" (Wells, 2009, S. 65) beschrieben werden.

Parallel zur Durchführung des ATT sollen Patienten auftretende Rumination unterbinden ("prescribed rumination ban", Wells & Papageorgiou, 2004, S. 268). Vor allem zu Anfang fällt dies laut den Autoren Patienten oft schwer oder sie sind dafür nicht hinreichend motiviert, da sie den Beginn von Rumination nicht bemerken, negative und positive Metakognitionen vorliegen oder die kognitive Flexibilität in der metakognitiven Kontrolle über Denkprozesse noch unzureichend ist. Wichtig ist daher, die Patienten in der Identifikation von Rumination zu unterstützen, indem in den therapeutischen Sitzungen viele Beispiele für ruminative Prozesse gegeben werden. Die Analyse von Vor- und Nachteilen von Rumination (siehe oben) soll zudem die Motivation stärken, Rumination zu beenden. Schließlich wird die flexible exekutive Kontrolle über die kognitive Verarbeitung durch das ATT trainiert (Wells & Papageorgiou, 2004).

Als eine der einfachsten Erklärungen für die Wirkungen des ATT vermuten Wells und Matthews (1994), dass es eine besonders effiziente Art der Ablenkung sein könnte. Zudem setzt es die S-REF-Aktivität aus, weil exekutive Funktionen aktiviert werden, die viel Kapa-

zität beanspruchen und dabei nicht selbstbezogen sind. Die metakognitive Kontrolle der Aufmerksamkeitszuwendung wird trainiert, wodurch die Aufmerksamkeit flexibler wird. Durch die verbesserte exekutive Kontrolle wird die Modifikation dysfunktionaler Überzeugungen vereinfacht (Wells & Matthews, 1994).

Als weitere Technik zur Unterbrechung selbstfokussierter, repetitiver Verarbeitung und zur Förderung flexibler Kontrolle über das Denken können auch Techniken zur detached mindfulness (Wells & Matthews, 1994) eingesetzt werden (Wells & Papageorgiou, 2004). In der MKT der Depression hat jedoch das ATT einen weitaus höheren Stellenwert als das Training von detached mindfulness, da ATT ein strukturierteres und intensiveres Training der exekutiven Kontrolle ist. Bei detached mindfulness steht hingegen mehr die Distanzierung des Selbst von kognitiven Ereignissen im Vordergrund (Wells, 2009).

Attention training treatment (ATT) – Aufbereitung im Bibliothherapie-Manual	
Unterziel	Form und Inhalt
Vermittlung eines Rationals für das ATT	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung des ATT als Übung zur flexiblen Lenkung der Aufmerksamkeit mit dem Ziel, Rumination dauerhafter zu unterbinden, Motivation zur Durchführung • Beschreibung der konkreten Durchführung des ATT und der einzelnen Phasen des ATT <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Glaubwürdigkeit des Rationals durch die Frage, als wie hilfreich das ATT einschätzt wird
Durchführung des ATT	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskussion eventuell erlebter Schwierigkeiten bei der Durchführung • Motivation zur regelmäßigen Durchführung • Differenzierung zwischen ATT und Entspannung <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung des ATT ein bis zwei Mal pro Tag anhand einer Übungs-CD mit Instruktionen und Geräuschen erstellt in Anlehnung an Instruktionen von Wells und Papageorgiou (2004, S. 266 f.) sowie Wells (2000, S. 145 f.) • Einschätzung des Ausmaßes der selbstfokussierten Aufmerksamkeit vor und nach jedem Trainingsdurchgang
Unterbindung von Rumination (prescribed rumination ban)	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholung zu den Charakteristika von Rumination • Anleitung zum Unterbinden von Rumination durch Planung von Aktivitäten <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexion über Rumination begünstigende Situationen anhand der zuvor ausgefüllten Selbstbeobachtungsprotokolle zu Aktivitäten, Rumination und Stimmung • Identifikation von zukünftigen Situationen, in denen Rumination wahrscheinlich auftreten wird • Planung von Aktivitäten, um Rumination vorzubeugen

Ziel 4: Metakognitionen modifizieren

Wells und Papageorgiou (2004) nennen einige konkrete Interventionen, die zur Modifikation von Metakognitionen über Rumination eingesetzt werden können:

Negative Metakognitionen über die Unkontrollierbarkeit von Rumination sollen mithilfe von Verhaltensexperimenten überprüft werden. Dabei wird zum einen das ohnehin im Therapieplan vorgesehene Unterbinden der Rumination genutzt, um zu verdeutlichen, dass Rumination nicht unkontrollierbar ist, weil sie unterlassen und unterbrochen werden kann. Um diese Argumentation zu stützen, kann auch ein Verhaltensexperiment eingesetzt werden, bei dem beginnende Rumination unterbrochen und auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird.

Zur Umstrukturierung positiver Metakognitionen über die Nützlichkeit und Wichtigkeit von Rumination kann dem Patienten die Frage gestellt werden, ob er durch Rumination bereits Lösungen für die Bewältigung seiner Depression gefunden hat. Belege für und gegen die Metakognition, dass Rumination eine effektive Strategie ist, sollen zusammengetragen und ausgewertet werden. Der Patient soll explizit auf das gemeinsame Vorliegen positiver und negativer Metakognitionen aufmerksam gemacht werden, um kognitive Dissonanz zu fördern. Um dem häufigen Einwand zu begegnen, dass ruminiert wird, um voranzuplanen, sollen die Unterschiede zwischen Rumination und Planung oder Problemlösen deutlich herausgestellt werden. Zusätzlich kann ein zweitägiges Verhaltensexperiment durchgeführt werden, bei dem Patienten zu Beginn des ersten Tages für zehn Minuten ruminieren und dies zu Beginn des zweiten Tages explizit unterlassen sollen. So kann diskutiert werden, ob der Patient sich am ersten Tag besser vorbereitet gefühlt hat bzw. auftretende Probleme besser bewältigen konnte (Wells & Papageorgiou, 2004).

Metakognitionen modifizieren – Aufbereitung im Bibliothherapie-Manual	
Unterziel	Form und Inhalt
Modifikation positiver Metakognitionen	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholung zu subjektiven Vorteilen von Rumination (entsprechen den positiven Metakognitionen) • Detaillierte Darstellung von Gegenargumenten, Differenzierung von Planen und Rumination <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensexperiment zu einem Tagesbeginn mit und einem Tagesbeginn ohne Rumination; Auswertung im Hinblick auf vermutete Vorteile
Modifikation negativer Metakognitionen	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung negativer, katastrophisierender Metakognitionen über Rumination, Auflistung negativer Metakognitionen • Differenzierung von Nachteilen von Rumination und negativen Metakognitionen über Rumination • Problematisierung negativer Metakognitionen • Diskussion von Gegenargumenten zu negativen Metakognitionen, Vorschläge für Alternativgedanken <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufschreiben negativer Metakognitionen über Rumination • Aufschreiben von Gegenargumenten zu negativen Metakognitionen, Formulierung von Alternativgedanken

Ziel 5: Negative Überzeugungen über Emotionen modifizieren

Abschließend sollen negative Überzeugungen über Emotionen bearbeitet werden. Bei Depressionen steht die dysfunktionale Überzeugung über mögliche gefährliche Konsequenzen von depressiven Symptomen im Vordergrund. Dies führt zu Gefahrenmonitoring in der Form von übersensitiver Beobachtung von Depressionssymptomen und der Tendenz, diese als Zeichen eines Rückfalls oder einer Abnormität zu bewerten. Infolgedessen treten Rumination und andere Komponenten des CAS erneut auf, was die Depression verstärkt oder einen tatsächlichen Rückfall begünstigt. Diese “depression about depression“ (Wells & Papageorgiou, 2004, S. 270) wird auch als Sekundäremotion bzw. als metaemotionale Reaktion bezeichnet. Das Vorliegen von Sekundäremotionen soll daher überprüft und negative Überzeugungen

über Symptome sollen modifiziert werden. Dazu soll das Auftreten von Fluktuationen u.a. in der Stimmung, im Energielevel oder in der Konzentrationsfähigkeit normalisiert werden. Ziel ist, dass Patienten auch negative Zustände erleben können, ohne auf diese sofort übersteigert zu reagieren.

Negative Überzeugungen über Emotionen modifizieren – Aufbereitung im Bibliothherapie-Manual	
Unterziel	Form und Inhalt
Sekundäremotionen kennen und problematisieren	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Sekundäremotionen (Depression, Angst oder Ärger und Scham wegen Depression) und zugehörigen negativen Überzeugungen, Erläuterung anhand von fiktiven Fallbeispielen • Erläuterung von Gefahrenmonitoring und der Tendenz, Schwankungen im Befinden als abnorm zu bewerten sowie Erläuterung der negativen Folgen <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung der Zustimmung zu negativen Überzeugungen, die den unterschiedlichen Sekundäremotionen zuzuordnen sind
Reduktion von Sekundäremotionen	<p><u>Psychoedukativer Text:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anleitung zum Unterlassen von Gefahrenmonitoring in Bezug auf Schwankungen im Befinden • Normalisierung von Schwankungen im Befinden • Diskussion von Gegenargumenten zu negativen Überzeugungen, die zu Depression, Angst oder Ärger und Scham wegen Depression führen; Beispiele für Alternativgedanken • Unterscheidung konkret definierter Frühwarnzeichen von normalen Schwankungen im Befinden • Wiederholung hilfreicher Strategien im Fall des Eintretens von Frühwarnzeichen <p><u>Aufgaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfrage bei Bezugspersonen in Bezug auf die Normalität von Schwankungen im Befinden • Formulierung konkreter, individueller Frühwarnzeichen

2.3.2 Wirksamkeit der metakognitiven Therapie

Sowohl zur Wirksamkeit der MKT insgesamt als auch zur Wirksamkeit von ATT als alleinige Intervention liegen Studien zu verschiedenen Störungen mit unterschiedlicher Methodik vor.

Befunde zur Wirksamkeit des ATT

Das ATT ist zwar als Teil eines umfassenden metakognitiven Therapieplans gedacht, einige vorläufige Studien bei verschiedenen Störungen zeigen jedoch, dass ATT auch als alleinige Intervention wirksam sein kann (Wells, 2009). Bisher liegen zum Großteil Fallstudien vor.

So behandelte Wells (1990) in einer Fallstudie eine Patientin mit Panikstörung in einer ersten Therapiephase zunächst mit ATT, in einer zweiten Phase mit autogenem Training und danach erneut mit ATT. In den beiden ATT-Phasen war die Häufigkeit von Panikattacken im Vergleich zu einer vierwöchigen Baseline-Phase reduziert, in der Phase mit autogenem Training war die Häufigkeit von Panikattacken erhöht. In einem ähnlichen Studiendesign untersuchten Wells, White und Carter (1997) die Effektivität von ATT bei zwei Panikpatienten und einem Patienten mit sozialer Phobie. In der Behandlung des Patienten mit sozialer Phobie wurden zwei Phasen mit ATT unterbrochen von einer Phase, in der der Patient die Instruktion erhielt, die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper zu lenken. Es zeigte sich, dass sich in den ATT-Phasen Angst und negative Überzeugungen im Vergleich zu zusätzlichen Baseline-Messungen reduzierten und dass sich dieser Effekt in der Phase körperfokussierter Aufmerksamkeit umkehrte. Bei den Panikpatienten wurde ausschließlich ATT angewandt und im Vergleich zu einer drei- bzw. fünfwöchigen Baseline-Phase eine Reduktion der Panikattacken und negativen Überzeugungen beobachtet, die sich auch in Phasen weiter fortsetzte, in denen das Training ausgesetzt wurde.

In der Behandlung von zwei sozialphobischen Kindern wendeten Cowart und Ollendick (2011) fünf Wochen das ATT an und fanden im Vergleich zu zufällig bestimmten, multiplen Baseline-Messungen eine Reduktion der sozialphobischen Symptomatik. In einer größer angelegten kontrollierten Studie von McEvoy und Perini (2009) wurden 81 sozialphobische Patienten Bedingungen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie plus ATT oder plus Entspannungstraining zugewiesen. Beide Behandlungsgruppen zeigten signifikante Verbesserungen zu Behandlungsende in Bezug auf sozialphobische Symptomatik, Depressi-

vität, Metakognitionen und Aufmerksamkeitskontrolle. Die ATT-Gruppe war der Gruppe mit Entspannung dabei jedoch nicht überlegen.

In einer experimentellen Analogstudie ließen Watson und Purdon (2008) 107 Studenten mit erhöhten Werten in Fragebögen zu Zwangssymptomen ihren unangenehmsten intrusiven Gedanken nennen. Die Probanden sollten in einem Zeitabschnitt von sieben Minuten die Häufigkeit des Gedankens beobachten und Belastung durch den Gedanken einschätzen. Danach wurden die Probanden randomisiert einer von vier Bedingungen zugewiesen, in der sie entweder eine Sitzung mit ATT, eine Sitzung mit Instruktionen zum Ersetzen des Gedankens mit einem neutralen Gedanken, eine Sitzung mit Instruktionen zur Ablenkung mit einem positiven Gedanken oder keine Intervention erhielten. In allen Gruppen zeigte sich eine Reduktion der Häufigkeit des Gedankens und der Belastung durch den Gedanken. Die Gruppen unterschieden sich nicht. Moritz, Wess, Treszl und Jelinek (2011) rekrutierten 80 Zwangspatienten über das Internet und wiesen sie randomisiert entweder einer mittels Bibliothherapie implementierten ATT-Bedingung oder einer Wartelisten-Kontrollbedingung zu. Nach einer vierwöchigen Behandlungsphase gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Zwangssymptomatik. Nur 50% der Probanden in der Experimentalgruppe führten das Training regelmäßig durch. Die Autoren schlussfolgern, dass dies gegen die Behandlung von Zwangspatienten mit ausschließlich ATT in Rahmen eines bibliothераapeutischen Ansatzes spricht.

Sharpe et al. (2010) untersuchten den Einfluss von ATT auf Schmerzwahrnehmung, Schmerzschwelle und Schmerztoleranz. Dazu erhielten 103 Studenten randomisiert entweder eine Sitzung ATT oder eine Sitzung progressive Muskelentspannung. In der ATT-Bedingung zeigte sich im Vergleich zur Entspannungsbedingung eine Reduktion der körperbezogenen Aufmerksamkeit und der Hypervigilanz in Bezug auf schmerzbezogene Wörter. Auch war in der ATT Bedingung die Schmerzschwelle in der cold pressor task im Vergleich zur Entspannungsgruppe erhöht, die Schmerzratings hingegen waren entgegen den Erwartungen gleich hoch.

Papageorgiou und Wells (1998) behandelten in einer Fallstudie drei über 60jährige hypochondrische Patientinnen mit einer reinen ATT-Intervention und stellten bei allen Patientinnen im Vergleich zu stabilen Baseline-Messungen eine Reduktion in der Häufigkeit von gesundheitsbezogenen Sorgen, dysfunktionalen Überzeugungen, auf den Körper fokussierte Aufmerksamkeit, Checking, Vermeidung und Rückversicherungsverhalten fest, die über sechs Monate stabil blieb.

In der Behandlung eines schizophrenen Patienten mit auditorischen Halluzinationen wurde ATT im Anschluss an eine KVT eingesetzt (Valmaggia, Bouman & Schuurman, 2007). In ihrer Fallbeschreibung schildern die Autoren ihren Eindruck, dass durch das zusätzliche ATT die Halluzinationen in Intensität und Häufigkeit abgenommen hatten und der Patient eine größere subjektive Kontrolle über seine Symptome erlangt hatte. Levaux et al. (2011) untersuchten ebenfalls in einer Fallstudie mit einer schizophrenen Patientin den Effekt von neun ATT-Sitzungen auf intrusive Gedanken. Im Vergleich zu einer dreiwöchigen Baseline-Phase reduzierten sich nach dem ATT sowohl intrusive Gedanken als auch positive Symptomatik. Nach sechs Monaten blieben die Verbesserungen größtenteils erhalten.

Papageorgiou und Wells (2000) behandelten vier Patienten mit rezidivierender Major Depression mit fünf bis acht ATT-Sitzungen. Im Vergleich zu drei- bis fünfwöchigen Baseline-Phasen reduzierten sich sowohl Depressivität als auch Angst, Rumination, negative automatische Gedanken, der Selbstfokus und die Stärke von metakognitiven Überzeugungen. Die Behandlungserfolge zeigten sich auch nach zwölf Monaten stabil. Siegle, Ghinassi und Thase (2007) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie zu neurobehavioraler Therapie den Effekt eines kognitiven Trainingsprogramms für Depression, das ATT als eine von zwei Komponenten enthielt. Im Vergleich zu einer Patientengruppe mit reiner Standardbehandlung verbesserten sich die Patienten, die zusätzlich mit dem kognitiven Trainingsprogramm behandelt wurden, innerhalb von zwei Wochen signifikant stärker in Bezug auf Depressivität und Rumination. Über die Wirksamkeit des ATT ohne den zweiten Behandlungsbaustein lässt sich jedoch in dieser Studie keine Aussage machen.

Wells (2009) trifft zwar die zusammenfassende Bewertung, dass ATT bereits erfolgreich bei einer Reihe von Störungen eingesetzt wurde, dies ist jedoch kritisch zu sehen. Die Ergebnisse zur Nutzung von ATT als alleinige Intervention sind nur als vorläufig zu bezeichnen, da die positiven Befunde bisher fast ausschließlich in Fallstudien ohne inferenzstatistische Auswertung, teils sehr kleinen Fallzahlen und insgesamt unterschiedlicher methodischer Qualität vorliegen. In einigen experimentellen und kontrollierten Studien erzielte das ATT hingegen nicht die erwartete Wirkung.

Befunde zur Wirksamkeit der metakognitiven Therapie

Die MKT in ihrer vollständigen Form wurde bereits bei generalisierter Angststörung, sozialer Phobie, PTBS, Zwangsstörungen, körperdysmorpher Störung und Depression untersucht.

In einer nicht kontrollierten Studie, in der zehn GAS-Patienten mit durchschnittlich sieben Sitzungen MKT behandelt wurden, verbesserten sich alle Patienten bezüglich Ängstlichkeit, Sich-Sorgen und Depressivität. Direkt nach der Behandlung waren 87.5%, zum Follow-up-Zeitpunkt zwölf Monate später noch 75% der Patienten remittiert (Wells & King, 2006). In einer späteren Studie von Wells et al. (2010) wurden 20 GAS-Patienten randomisiert entweder einer MKT-Bedingung oder einer Bedingung mit angewandter Entspannung nach Öst (1987) mit jeweils acht bis zwölf Sitzungen zugewiesen. In der MKT-Bedingung reduzierten sich Angst, Sich-Sorgen und Metakognitionen deutlich stärker. Zu Behandlungsende fanden sich in der MKT-Bedingung ähnliche Remissionsraten wie bei Wells und King (2006). Van der Heiden, Muris und Van der Molen (2012) verglichen MKT mit einer Intolerance-of-Uncertainty-Therapie (IUT) und einer Wartelistenkontrollgruppe. 126 Patienten wurden randomisiert einer der drei Bedingungen zugewiesen. Patienten in den Therapiebedingungen erhielten bis zu 14 Therapiesitzungen. Verglichen mit der Wartelistenkontrollgruppe verbesserten sich die Patienten in beiden Therapiebedingungen signifikant in Bezug auf GAS-Symptomatik, Depressivität und Metakognitionen. Dabei zeigte sich die MKT-Bedingung sowohl direkt nach der Behandlung als auch zum Follow-up-Zeitpunkt sechs Monate später der IUT-Bedingung überlegen.

Clark et al. (2003) wiesen 60 Patienten mit sozialer Phobie einer Behandlung mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern plus Exposition, Placebo plus Exposition oder einer kognitiven Therapieform bestehend aus klassischer kognitiver Therapie mit MKT-Komponenten zu. Die kognitive Therapie war in Bezug auf die Reduktion sozialphobischer Symptome effektiver als die beiden anderen Bedingungen, wobei die Verbesserungen auch zum Follow-up zwölf Monate später erhalten blieben. Eine ausschließlich metakognitiv ausgerichtete Therapie der sozialen Phobie mit durchschnittlich fünf Sitzungen wendeten Wells und Papageorgiou (2001) in einer Fallstudie bei sechs sozialphobischen Patienten an und zeigten, dass diese verglichen mit einer drei- bis fünfwöchigen Baseline-Phase effektiv die Symptomatik reduzierte. Die Behandlungserfolge blieben zur Follow-up-Messung sechs Monate später erhalten.

In einer Fallstudie zu MKT bei PTBS reduzierten sich nach einer MKT-Behandlung bei sechs Patienten im Vergleich zu einer vierwöchigen Baseline-Phase PTBS-Symptome, Ängstlichkeit und Depressivität (Wells & Sembi, 2004). Die Behandlungserfolge blieben zum Follow-up-Zeitpunkt sechs Monate später erhalten. Wells et al. (2008) fanden in einer nicht kontrollierten Studie nach einer MKT-Behandlung mit durchschnittlich acht Sitzungen bei elf Patienten mit PTBS ebenfalls Verbesserungen von PTBS-Symptomen, Ängstlichkeit und Depressivität. Auch nach einem halben Jahr blieben die Behandlungserfolge erhalten und 89% der Patienten waren deutlich gebessert oder remittiert. Eine randomisierte kontrollierte Studie von durchschnittlich sechs Sitzungen MKT bei 20 Patienten mit PTBS führten Wells und Colbear (2012) durch. Die MKT-Gruppe verbesserte sich im Gegensatz zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe deutlich in Bezug auf PTBS-Symptomatik, Depressivität und Angst. Zum Behandlungsende waren 80% der Patienten in der MKT-Bedingung remittiert und 10% deutlich gebessert, die Verbesserungen blieben zum Follow-up-Zeitpunkt sechs Monate später erhalten.

Fisher und Wells (2008) untersuchten in einer Fallstudie die Wirksamkeit von zwölf bis 14 MKT-Sitzungen bei vier erwachsenen Patienten mit einer Zwangsstörung. Im Vergleich zu einer drei- bis vierwöchigen Baseline-Phase verbesserten sich die Patienten nach der MTK-Behandlung in Bezug auf Zwangssymptomatik und Metakognitionen. Alle Patienten waren nach Ende der Behandlung remittiert, die Behandlungserfolge waren auch sechs Monate später noch stabil. Rees und Van Koesveld (2008) wählten für ihre Studie zur MKT bei Zwangsstörungen ein Gruppensetting mit acht Patienten. Im Vergleich zum Behandlungsbeginn verbesserten sich die Patienten zum Behandlungsende in Bezug auf Zwangssymptome und Metakognitionen. Zum Follow-up-Zeitpunkt drei Monate später zeigten die Patienten noch eine weitere Verbesserung. Eine Kontrollgruppe war nicht vorhanden. Simons, Schneider und Herpertz-Dahlmann (2006) wiesen zehn Kinder bzw. Jugendliche mit Zwangsstörung randomisiert entweder einer Bedingung mit einer Mischung aus traditioneller KVT und MKT oder einer Bedingung mit Exposition mit Reaktionsverhinderung zu. In beiden Bedingungen reduzierte sich die Zwangssymptomatik im Vergleich zum Behandlungsbeginn, die Bedingungen unterschieden sich in Bezug auf die Reduktion der Symptomatik jedoch nicht voneinander.

Bei einer Studie, in der die Effektivität von acht Sitzungen MKT bei 20 Patienten mit körperdysmorpher Störung untersucht wurde, reduzierten sich in der MKT Gruppe im Vergleich

mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe zum Behandlungsende signifikant körperdysmorphe Symptome und Metakognitionen (Rabiei, Mulkens, Kalantari, Molavi & Bahrami, 2012).

Wells et al. (2009) untersuchten die Wirksamkeit der MKT bei Depressionen in einer Fallstudie mit vier depressiven Patientinnen mit chronischer oder rezidivierender Major Depression. Nach sechs bis acht metakognitiven Therapiesitzungen zeigten die Patientinnen eine deutliche Reduktion bezüglich Depressivität, Ängstlichkeit und Metakognitionen im Vergleich zu zufällig bestimmten, multiplen Baseline-Messungen. In einer Folgestudie mit zwölf depressiven Patienten, elf davon weiblich, fanden Wells et al. (2012) ähnliche Ergebnisse. Im Vergleich zu einer drei- bis sechswöchigen Baseline-Phase reduzierten sich nach bis zu acht MKT-Sitzungen Depressions- und Angstsymptome sowie Rumination. Auch in einer Fallstudie mit sechs Patientinnen mit postpartaler Depression zeigten sich Depressivität, Angst und Metakognitionen nach sechs bis acht MKT-Sitzungen reduziert im Vergleich zu multiplen Baseline-Messungen (Bevan, Wittkowski & Wells, 2013). Die Verbesserungen blieben zum Follow-up-Zeitpunkt sechs Monate später stabil.

Wells (2009) stellt fest, dass es zur MKT deutlich weniger Befunde gibt als zum S-REF-Modell. Vor allem liegen bisher nur wenige Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien vor. Trotzdem bewertet der Autor insgesamt die MKT als vielversprechenden Therapieansatz, da sie konsequent aus einer überprüften Theorie, dem S-REF-Modell, abgeleitet wurde und in einigen vorläufigen Studien zu unterschiedlichen Störungen bereits gute Behandlungserfolge erzielt hat.

Zusammenfassung in Bezug auf die Wirksamkeit des metakognitiven Therapieansatzes bei Depression

Zum metakognitiven Therapieansatz bei Depressionen gibt es bisher nur wenige Studien. Das ATT als alleinige Behandlungsmethode wurde in einer vorläufigen Studie nur an vier Probanden untersucht (Papageorgiou & Wells, 2000). Die größer angelegte randomisierte kontrollierte Studie von Siegle et al. (2007) lässt zur alleinigen Behandlung mit ATT keine Schlüsse zu, weil das kognitive Training zusätzlich zum ATT noch eine weitere Aufgabe enthielt. Auch die vollständige metakognitive Therapie bei Depression wurde, wie oben dargestellt, bisher nur in drei Fallstudien untersucht. Die dargestellten Therapieerfolge aus diesen Studien rechtfertigen jedoch eine Anwendung und Überprüfung der Wirksamkeit der

metakognitiven Therapie bei Depression mittels eines randomisierten, kontrollierten Designs. Eine solche Überprüfung soll in der vorliegenden Studie durchgeführt werden.

Zusätzlich bietet eine Überprüfung der Wirksamkeit von MKT bei Depression auch eine Möglichkeit, Rückschlüsse auf das der MKT zugrundeliegende S-REF-Modell zu ziehen. So diskutieren Brotman und DeRubeis (2004), dass eine Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen, die auf einer bestimmten Ruminationstheorie basieren, auch eine Form der Überprüfung der zugrundeliegenden Theorie sein kann. Watkins (2009) argumentiert ähnlich: "[If] a specific process causes the maintenance of symptoms, then a treatment that specifically and explicitly alters that process should have therapeutic benefit" (Watkins, 2009, S. 9). Das Ergebnis einer genaueren Evaluation der MKT bei Depression ergibt demnach zusätzlich Belege, die das S-REF-Modell ggf. stützen können. Das Zitat von Watkins (2009) weist auch darauf hin, dass für einen Beleg für die zugrundeliegende Theorie nicht nur eine allgemeine Verbesserung eintreten, sondern vor allem auch die von der Theorie postulierten zentralen Prozesse durch die Therapie spezifisch verändert werden sollten. Zusätzlich zu einer generellen Reduktion der Depressivität sollte die MKT bei Depression laut dem zugrundeliegenden S-REF-Modell daher Metakognitionen und Rumination reduzieren. Ob eine solche spezifische Veränderung durch MKT bei Depressionen eintritt, soll in der vorliegenden Studie untersucht werden.

Wenn die MKT für Depression sich auch in randomisierten, kontrollierten Studien als effektiv sowohl in Bezug auf eine Reduktion der Depressivität als auch in Bezug auf eine spezifische Reduktion von Metakognitionen und Rumination zeigt, könnte MKT das Spektrum von wirksamen Therapiemöglichkeiten bei Depression sinnvoll erweitern.

2.3.3 Ressourcenknappheit in der Psychotherapie

Doch auch wenn wir über gute Depressionstherapien verfügen und noch mehr wirksame Depressionstherapien entwickelt werden, ist damit das Problem der wenig zufriedenstellenden Versorgung depressiver Patienten (siehe auch Abschnitt 2.1.4) nicht gelöst. Im Jahr 2011 führte die Bundespsychotherapeutenkammer eine Umfrage zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland mit Beteiligung von über 9000 Psychotherapeuten durch und stellte fest, dass „die psychotherapeutischen Praxen [...] bundesweit sehr stark überlaufen [sind]“ (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011, S. 5): Durchschnittlich beträgt in Deutschland die Wartezeit auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten drei

Monate (12.5 Wochen), 31.5% der Patienten warten länger als drei Monate. In einigen Bundesländern bzw. Regionen ist die Wartezeit deutlich höher. So warten Patienten auf dem Land knapp vier Monate auf ein Erstgespräch, in ostdeutschen Bundesländern wie beispielsweise Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg sind es 18 oder mehr Wochen Wartezeit. Das Ruhrgebiet liegt mit 17 Wochen Wartezeit auf ein Erstgespräch ebenfalls über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Ambulante Psychotherapie ist damit auch in Deutschland eine knappe Ressource, wobei die Bundesrepublik Deutschland „im internationalen Vergleich sowohl im stationären (Krankenhäuser, Kliniken) als auch im teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen) Bereich über ein besonders dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung [verfügt]“ (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008, S. 7).

Unter anderem diese Ressourcenknappheit ist ein Faktor, der dazu geführt hat, dass in den letzten zwei Jahrzehnten Selbsthilfe-Behandlungen (self-help treatments oder auch self-administered treatments) immer populärer geworden sind (Clarke, Lynch, Spofford & Debar, 2006; Norcross, 2000) und es eine regelrechte “self-help revolution“ in der Behandlung von psychischen Erkrankungen gegeben hat (Norcross, 2000, S. 370).

Eine Selbsthilfe-Behandlung ist definiert als Behandlung, die von Betroffenen angewendet werden kann, ohne notwendigerweise einen Therapeuten oder andere professionelle Helfer zu konsultieren (Jorm, Christensen, Griffiths & Rodgers, 2002). Zu den Selbsthilfe-Behandlungen gehören Bibliothherapie, Selbsthilfegruppen, Tonaufnahmen, Videoaufnahmen, Filme (cinematherapy) oder automatische Telefonsysteme und Computerprogramme zu therapeutischen Zwecken (Mains & Scogin, 2003). Norcross (2000) zählt zu den self-help-Methoden auch das gezielte Lesen von Internetseiten, um sich Rat zu suchen, oder die Einnahme von frei verkäuflichen pflanzlichen Medikamenten wie Johanniskraut ohne ärztliche Konsultation. Selbsthilfe-Behandlungen können in eine Psychotherapie integriert, aber auch durch einen Therapeuten lediglich empfohlen oder sogar vollständig allein angewendet werden (Campbell & Smith, 2003). Sie besitzen also das Potenzial, evidenzbasierte Interventionen kostengünstig weit zu verbreiten (Clarke et al., 2006).

Von den verschiedenen Formen der Selbsthilfe-Interventionen ist es die Bibliothherapie, zu der bisher am meisten Befunde vorliegen. Im Folgenden soll Bibliothherapie näher betrachtet werden.

2.4 Bibliotherapie

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Entwicklung und die unterschiedlichen Definitionen von Bibliotherapie beschrieben. Anschließend wird ein Kategorisierungssystem für Bibliotherapie vorgestellt, um die Einordnung verschiedener Interventionen und damit auch von Forschungsbefunden zu ermöglichen. Befunde zu Bibliotherapie allgemein werden sodann unter Bezugnahme auf das Kategoriensystem dargestellt und sowohl mögliche negative Wirkungen als auch Vorteile und Chancen von Bibliotherapie diskutiert. Nach einer spezifischeren Darstellung von Befunden zur Wirksamkeit von Bibliotherapie bei Depression werden Befunde zu unterschiedlichen Faktoren genannt, die die Wirksamkeit von Bibliotherapie beeinflussen. Abschließend wird der Nutzen der Anwendung von Interventionen in Selbsthilfebuchform für die Psychotherapieforschung dargelegt.

2.4.1 Entwicklung, Definition und Kategorisierung von Bibliotherapie

Der Begriff Bibliotherapie setzt sich zusammen aus den altgriechischen Wörtern für *Buch* (βιβλος) und für *heilen* (θεραπεύω). Bibliotherapie bezeichnet also vom Wortsinn her eine Therapieform, bei der die Heilung durch ein Buch bewirkt wird.

Entwicklung der Bibliotherapie

Bibliotherapie ist eine heterogene Sammlung von Techniken und Praktiken, bei denen Literatur zur Erreichung unterschiedlicher Ziele genutzt wird (Grahlmann & Linden, 2005; Jack & Ronan, 2008). Daher soll hier zunächst die Entwicklung der Bibliotherapie kurz dargestellt werden, um einen Überblick über die vielfältigen Vorstellungen und Anwendungen der Bibliotherapie von verschiedenen Autoren zu verschiedenen Zeiten zu ermöglichen.

Die Vorstellung, durch Literatur, Dichtung und Lesen heilen zu können, ist sehr alt. Schon Aristoteles schreibt in seinem Werk *Poetik* der Dichtung eine reinigende Wirkung (Katharsis) auf die Psyche zu (Aristoteles, trans. 1994). Über den antiken Bibliotheken von Theben und Alexandria sollen die Inschriften „Heilungsort der Seele“ (Pardeck, 1990) bzw. „Medizin für die Seele“ (Reevy, Malamud Ozer & Ito, 2010) in den Stein gemeißelt gewesen sein.

Bibliotheken speziell für Patienten wurden erstmals in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in vielen Krankenhäusern eingerichtet. Zu dieser Zeit wurde das Lesen von Büchern häufig im Rahmen einer Beschäftigungstherapie eingesetzt. Der Arzt Benjamin Rush empfahl

im Jahr 1802 als einer der ersten in Amerika Lesen als Teil eines stationären Behandlungsplans für körperlich Kranke und später auch für psychiatrische Patienten (Weimerskirch, 1965). Rush unterschied dabei zwei Arten von Lesen, zum einen das Lesen von z.B. Reisebüchern zur Unterhaltung, zum anderen das Lesen zum Erwerb von Wissen, womit die Beschäftigung mit religiösen, philosophischen und moralischen Themen in der Literatur gemeint war. Auch das Schreiben von Texten wurde als heilsam erachtet. Das Lesen von Romanen bzw. Fiktion hingegen wurde von vielen kritisch gesehen. Rush empfahl das Lesen von Romanen zwar in einigen Fällen, beispielsweise bei Melancholie, manche Behandler aber sahen darin sogar eine häufige Ursache von Geisteskrankheiten (Weimerskirch, 1965). Eines der frühesten Werke über Lesen in der Behandlung stammt von Galt (1846). In einem späteren Aufsatz nennt dieser verschiedene Gründe, warum Lesen für psychisch Kranke heilsam sei. Unter anderem lenke es von krankhaften Gedanken ab, vertreibe die Zeit, bilde und mache Patienten zufriedener (Galt, 1853, zit. nach Weimerskirch, 1965).

Der Begriff *Bibliotherapie* wurde erstmals 1916 von Crothers verwendet (Jack & Ronan, 2008). Bibliotherapie wurde 1904 als ein Aspekt des Bibliothekswesens anerkannt und erfuhr erstmals in den 1930er Jahren in der Menninger Clinic in Kansas eine systematische Nutzung innerhalb eines experimentellen klinischen Bibliotherapieprogramms mit einem Bibliothekar in der Rolle des Bibliotherapeuten (Silverberg, 2003). Bücher in bibliotherapeutischer Anwendung sollten bilden, unterhalten, ermutigen und Patienten in Lesegruppen sozial integrieren. Die Rolle des Bibliotherapeuten, der die Bibliotherapie „verschreibt“ und begleitet, wurde zunehmend auch von Bibliothekaren und nicht mehr nur von Ärzten eingenommen, was zu Spannungen zwischen den Berufsgruppen führte (Jack & Ronan, 2008). In den 1950er Jahren rückte noch mehr der dynamische Prozess zwischen Leser und Text unter Anleitung eines Experten in den Vordergrund (Dysart-Gale, 2008). Bibliotherapie wurde nicht mehr nur von Ärzten und Bibliothekaren angewendet, sondern zunehmend auch von anderen Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeitern, Erziehern und Beratern (Jack & Ronan, 2008).

In den 1960er Jahren erkannten Verhaltenstherapeuten das Lesen als Möglichkeit zur Verhaltens- und Einstellungsänderung und es wurden zunehmend Selbsthilfebücher veröffentlicht (Papworth, 2006). Als prototypisch für diese Art von Bibliotherapie sehen McKendree-Smith et al. (2003) Bücher wie *Mind Over Mood* (Padesky & Greenberger, 1995) und *Habit Control in a Day* (Azrin & Nunn, 1977). Die konkreten und spezifischen therapeutischen Interventionen, die diese Selbsthilfebücher beinhalten, variieren je nach den für die jeweilige Zeit aktuellen Therapien (Glasgow & Rosen, 1978).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Geschichte der Bibliothherapie komplex ist und im Laufe ihrer Entwicklung eine große Anzahl von Büchern und Artikeln zu diesem Thema von Autoren aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen – Medizinern, Bibliothekaren, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeitern, Pflegewissenschaftlern – veröffentlicht wurden (Forrest, 1998; Jack & Ronan, 2008).

Definition der Bibliothherapie

Aufgrund der umfangreichen Literatur zum Thema Bibliothherapie aus unterschiedlichen theoretischen Richtungen ist es nicht erstaunlich, dass auch deutliche Unterschiede in den Definitionen von Bibliothherapie bestehen. Jack und Ronan (2008) stellen fest, dass die Definition von Bibliothherapie sich über die Zeit immer mehr erweitert hat und eine zunehmende Unsicherheit besteht, was unter Bibliothherapie zu verstehen ist und was nicht. Cohens (1994) Einteilung der Entwicklung von Bibliothherapie in zwei Hauptansätze bietet eine Möglichkeit, die unterschiedlichen Definitionen von Bibliothherapie einzuordnen: Der erste von Cohen genannte Hauptansatz basiert auf Shrodes (1950, zit. nach Cohen, 1994), die Bibliothherapie als eine Möglichkeit sah, durch fiktionale Literatur emotionale Probleme zu erkennen und zu therapieren. Sie beschrieb die heilende Wirkung von Bibliothherapie als einen Prozess von Identifikation, Katharsis und der Entwicklung von Einsicht. Dieser erste Ansatz hat die Bibliothherapiepraxis zunächst dominiert, Cohen bemängelt jedoch, dass Forschung zu diesem Ansatz weitgehend fehlt. Der zweite Hauptansatz (siehe auch Glasgow & Rosen, 1978) nimmt laut Cohen (1994) eine verhaltenstherapeutische Perspektive ein, bei der in Forschung und Praxis ein instruktionales Selbsthilfebuch mit wenig oder keinem Therapeutenkontakt genutzt wird. Zu diesem zweiten Ansatz liegen deutlich mehr und qualitativ hochwertigere Forschungsbefunde vor (Cohen, 1994).

In den ersten Hauptansatz können Definitionen eingeordnet werden, die vor allem die Interaktion von meist fiktionaler Literatur und Leser in den Vordergrund rücken und auch eine Diskussion des Gelesenen mit einem Bibliothherapeuten als zentral sehen. Wird in diesen Definitionen die Unterstützung eines Therapeuten gefordert, wird Bibliothherapie nicht mehr als Selbsthilfe-Behandlung verstanden, da sie nicht völlig ohne Unterstützung durch einen Behandler angewendet werden kann. Es gibt jedoch keinen Konsens in der Literatur darüber, wie viel Therapeutenkontakt für eine Einordnung einer Intervention als Selbsthilfe-Behandlung noch zulässig ist (Gellatly et al., 2007). Als Ziel wird bei Definitionen, die dem ersten Hauptansatz zugeordnet werden können, oft Persönlichkeitsentwicklung genannt. Die Auto-

ren stammen dabei meist aus dem pädagogischen Bereich. Hier ist beispielsweise die Definition von Russell und Shrodes (1950) zu nennen, die Bibliothherapie im Rahmen des Sprachenunterrichtes an Schulen als den Prozess einer dynamischen Interaktion zwischen der Persönlichkeit des Lesers und der Literatur sahen, der zur Persönlichkeitsdiagnostik und Persönlichkeitsentwicklung genutzt werden kann. Rubin (1978, zit. nach Jack & Ronan, 2008) klassifiziert Bibliothherapie in institutionelle, klinische und entwicklungsorientierte Bibliothherapie und bezieht dadurch neben der Anwendung von Bibliothherapie zu therapeutischen Zwecken mit Klienten (institutionell und klinisch) auch die Anwendung zum Zweck der Persönlichkeitsentwicklung bei Gesunden ein. Sie sieht die Komponente der Diskussion des Gelesenen mit einem Bibliothérapeuten als absolut notwendig an. Ein bloßes „Verschreiben“ von Texten versteht sie nicht als Bibliothherapie (Rubin, 1979, zitiert nach Jack & Ronan, 2008). Auch Howie (1983) schließt sich Rubins Definition an und sieht Bibliothherapie als eine Form der Kunsttherapie zusammen mit Musik, Tanz und Psychodrama in der Tradition der humanistischen Psychologie. Ähnlich definiert Cohen (1992, zit. nach Cohen, 1994) Bibliothherapie als therapeutischen Einsatz von Literatur unter Anleitung von und mit Intervention durch einen Therapeuten. Dysart-Gale (2008) definiert Bibliothherapie zwar zunächst allgemein als die Nutzung von Büchern durch Patienten, um sich mit ihren emotionalen und psychologischen Problemen sowie mit anderen Anpassungsproblemen zu beschäftigen und Krankheiten zu heilen. Sie legt den Fokus jedoch explizit mehr auf den Prozess zwischen der Persönlichkeit des Lesers und dem Text und weniger auf instruktionale Selbsthilfebücher.

In den zweiten, verhaltenstherapeutisch geprägten Hauptansatz können all jene Definitionen eingeordnet werden, die den Fokus auf instruktionale Selbsthilfebücher legen. So definieren beispielsweise Glasgow und Rosen (1978) Bibliothherapie zunächst breit als die Nutzung von Literatur (einschließlich Fiktion) in der Behandlung physischer und emotionaler Probleme. Besonders stellen sie jedoch als einen Unterbereich der Bibliothherapie die Nutzung von Selbsthilfe-Manualen mit spezifischen therapeutischen Interventionen heraus. Marrs (1995) definiert Bibliothherapie für die Studienauswahl in seiner Meta-Analyse als "the use of written materials or computer programs or the listening/viewing of audio/videotapes for the purpose of gaining understanding or solving problems relevant to a person's developmental or therapeutic needs" (Marrs, 1995, S. 846). Häufig wird in Definitionen, die diesem Hauptansatz zugeordnet werden können, fiktionale Literatur ausgeschlossen – entweder explizit oder auch implizit durch die Forderung eines strukturierten Behandlungsprogramms. So beschreibt

Cuijpers (1997) Bibliothherapie als eine Behandlungsart, in der ein Patient eine standardisierte Behandlung in Form eines Buches mit nach Hause bekommt und selbstständig durcharbeitet. In ihrem Review definieren McKendree-Smith et al. (2003) Bibliothherapie als eine Intervention in geschriebener Form, die so entwickelt wurde, dass der Patient selbst sie entweder ohne Therapeuten oder mit minimalem Kontakt zu einem Therapeuten anwenden kann. Als ein weiteres Kriterium für ein Bibliothherapie-Manual nennen die Autoren, dass in dem bibliothherapeutischen Manual ein spezifisches Behandlungsprogramm vermittelt wird, womit sie alle anderen Bücher, z.B. auch Fiktion, explizit ausschließen. Sie geben aber auch zu bedenken, dass manche Bücher nach dieser Definition schwer einzuordnen sind, wie zum Beispiel das Buch *The 36-Hour Day* (Mace & Rabins, 2001), das zwar Informationen und Tipps für Menschen enthält, die demente Angehörige pflegen, aber kein Behandlungsprogramm beinhaltet.

Zusätzlich zum Begriff Bibliothherapie sind in der Literatur noch weitere, ähnlich gebrauchte Begriffe zu finden. So ist vor allem in Großbritannien und unter Bibliothekaren der Begriff *reading therapy* anstelle von Bibliothherapie gebräuchlich, wobei beide Begriffe dasselbe meinen (Forrest, 1998). Aus Großbritannien stammt auch der Begriff *guided self-help*, womit die Anwendung von Selbsthilfe-Interventionen mit minimalem Therapeutenkontakt gemeint ist (Gellatly et al., 2007). Der Begriff *information prescription* (Chamberlain, Heaps & Robert, 2008) bezeichnet die Verschreibung von Informationen zu einer Erkrankung an einen Klienten durch einen Behandler und ist neuer und enger definiert als der Begriff Bibliothherapie. Jorm und Griffiths (2006) nennen die selbstinitiierte, selbstständige Nutzung von Selbsthilfematerial ohne therapeutische Empfehlung und ohne Kontakt *informal self-help* und betonen dessen Wichtigkeit in der Reduktion von milden psychischen Symptomen.

Kategorisierung der Bibliothherapie

Wie gezeigt wurde, wird Bibliothherapie sehr unterschiedlich definiert. Eine einheitlichere, präzisere Definition wäre jedoch von Vorteil für Theoriebildung und Forschung zum Thema Bibliothherapie (Jack & Ronan, 2008). Inmitten der vielen unterschiedlichen Definitionen scheint es indes keine zu geben, die der Anforderung gerecht wird, die komplette Vielfalt der Bibliothherapiepraxis abbilden zu können, ohne zum trivialen Allgemeinplatz zu werden. Daher erscheint es angemessener, die Komplexität der Bibliothherapiepraxis mit Kategorisierungen unterschiedlicher Arten von Bibliothherapie näher zu beschreiben und damit zu spezifizieren.

Solche Kategorisierungen mit meist nur einer Dimension wurden bereits von verschiedenen Autoren nach unterschiedlichen Gesichtspunkten aufgestellt (z.B. Bergsma, 2008; Campbell & Smith, 2003; Cohen, 1994; Glasgow & Rosen, 1978; Hynes & Hynes-Berry, 1986; Lenkowsky, 1987; Rubin, 1978; Shrodes, 1950). Besonders interessant ist aber der Ansatz von Grahlmann und Linden (2005), der mehrere dieser Dimensionen, bezüglich derer sich bibliotherapeutische Interventionen unterscheiden, in einer umfassenden Kategorisierung zusammenfasst. Folgende Dimensionen werden dabei von den Autoren genannt:

- Fiktionale vs. didaktische Texte (siehe auch Campbell & Smith, 2003; Shrodes, 1950): Mit fiktionalen Texten sind Biographien, Romane oder Gedichte gemeint, didaktische Texte hingegen vermitteln Informationen, z.B. über ein bestimmtes Störungsbild.
- Rezeptive vs. produktive Bibliotherapie: Bei rezeptiver Bibliotherapie wird mit bestehenden Texten gearbeitet, bei produktiver Bibliotherapie werden Texte von den Patienten geschrieben und dann diskutiert (expressives Schreiben).
- Intentionale vs. relationale vs. transponierende Bibliotherapie (siehe auch Cohen, 1994): Intentionale Bibliotherapie ist bezogen auf ein bestimmtes Thema, Ziel oder eine Aufgabe. Relationale Bibliotherapie bedeutet die Auseinandersetzung mit einem Text oder einer Information gemeinsam mit anderen Menschen. Transponierende Bibliotherapie bedeutet eine gedankliche Vertiefung in eine Vorstellungswelt, was z.B. kognitives Probehandeln oder neue Sichtweisen ermöglichen kann.
- Therapeuten- vs. selbstverantwortete Bibliotherapie (siehe auch Glasgow & Rosen, 1978): Es kann unterschieden werden, ob der Patient sich den Text selbst aussucht und bearbeitet (keine Therapeutenbegleitung), der Patient selbstständig mit dem Text arbeitet, aber die Möglichkeit hat, Fragen mit einem Therapeuten zu klären (minimale Therapeutenbegleitung), der Patient innerhalb einer Psychotherapie den Text oder die Empfehlung dafür vom Therapeuten erhält und Fragen mit ihm in Einzel- oder Gruppensitzungen klären kann (Therapeutenempfehlung) oder ob mit dem Text im Rahmen einer Therapie explizit gearbeitet wird, z.B. als Hausaufgabe.
- Interaktive vs. rezeptive/lesende Bibliotherapie (siehe auch Hynes & Hynes-Berry, 1986, zit. nach Cohen, 1994): Bei interaktiver Bibliotherapie soll der Text eine Diskussion zwischen Patienten oder Patient und Therapeut anregen, wohingegen der Text in der rezeptiven bzw. lesenden Bibliotherapie nur vom Leser aufgenommen wird.

- Bibliotherapie in der Psychotherapie vs. in der Somatotherapie: Bibliotherapie kann als Teil der Psychotherapie oder als psychotherapeutischer Baustein in der Somatotherapie eingesetzt werden.

Eine solche Kategorisierung bietet die Möglichkeit, die Praxis der Bibliotherapie in komplexerer Weise abzubilden als einfache Definitionen. Daher wird in der vorliegenden Arbeit ein erweitertes System vorgeschlagen, um Bibliotherapie zu kategorisieren. Hierzu soll eine doppelte Dimension im Kategoriensystem von Grahlmann und Linden (2005) zusammengefasst, eine Dimension ausgespart sowie fehlende Dimensionen hinzugefügt werden.

Eine Doppelung besteht in den Unterscheidungen intentional vs. relational vs. transponierend sowie interaktiv vs. rezeptiv. Die Dimensionen sind identisch in ihrer Beschreibung von relationaler und interaktiver Bibliotherapie. Beide Begriffe bezeichnen eine Diskussion des Textes mit anderen. Die Kategorien intentional vs. relational vs. transponierend sind jedoch aufgrund der zusätzlichen Differenzierung zwischen intentional und transponierend ausführlicher und sollen daher vorgezogen werden.

Die Unterscheidung nach Einsatz in der Psychotherapie vs. in der Somatotherapie soll ausgelassen werden, um vorschnelle Generalisierungen von Befunden zu vermeiden. Forschungsergebnisse sollten zunächst genauer getrennt nach Störungen bzw. Erkrankungen betrachtet werden, da bisherige Befunde zeigen, dass die Effektivität von Bibliotherapie sich bei verschiedenen Störungen unterscheiden kann (siehe auch Abschnitt 2.4.4).

Fehlende Merkmale von Bibliotherapie, die zusätzlich aufgenommen werden sollen, sind die Kategorien problemfokussiert vs. wachstumsorientiert, Material mit oder ohne interaktive Komponente und das Medium des Materials.

Folgendes, erweitertes Kategoriensystem mit einer Aufteilung in vier Merkmale des Materials und drei Merkmale der Anwendung wird hier vorgeschlagen:

Merkmale des Materials

Didaktisches vs. fiktives Material (siehe auch Grahlmann & Linden, 2005; Silverberg, 2003): Didaktisches Material ist instruktional ähnlich wie in einem Lehrbuch und vermittelt in strukturierter Form Informationen im Sinne einer Psychoedukation sowie häufig auch die Anwendung von psychotherapeutischen Techniken und Interventionen. Solche didaktischen Manuale werden in der kognitiven Verhaltenstherapie am häufigsten verwendet, wie beispielsweise das klassische Selbsthilfebuch *Feeling Good* (Burns, 1980) zum Thema Depression. Gutes didaktisches Material enthält zudem auch explizite Aufgaben und Übungen, die das Verständnis, die Umsetzung und die Übertragung dieser Techniken und Interventionen in den Alltag unterstützen. Auch zeichnet sich gutes didaktisches Material dadurch aus, dass Leser Informationen zur Diagnose oder zum Problem wie z.B. einen Selbsttest oder eine Liste von Kriterien vorfinden, um selbst einschätzen zu können, ob und in welchem Schweregrad sie betroffen sind. Des Weiteren sollte das Manual Empfehlungen darüber enthalten, welche professionellen Stellen bei Verschlechterung des Zustandes, Nichtansprechen auf die Behandlung oder zu hohem Schweregrad kontaktiert werden sollten. Soll es mit minimalem oder auch ohne therapeutischen Kontakt angewendet werden, muss das Manual so konzipiert und verfasst sein, dass es für betroffene Laien auch allein verständlich ist (siehe Redding, Herbert, Forman & Gaudiano, 2008). Eine interessante zusätzliche Unterscheidung für didaktisches Material ist die Aufteilung zwischen theoriegeleitetem vs. eklektischem Material (Bergsma, 2008). Theoriegeleitete Selbsthilfebücher stellen Ideen von bestimmten theoretischen Schulen, meist der kognitiven Verhaltenstherapie, für Laien verständlich dar, eklektische Selbsthilfebücher nutzen hingegen Ideen aus unterschiedlichen theoretischen Schulen der Psychologie.

Fiktives Material, von Silverberg (2003) auch imaginatives Material genannt, präsentiert hingegen menschliches Verhalten und Erleben in Form von Romanen, Gedichten, Dramen, Geschichten, Fabeln, Biographien und Autobiographien. Diese Texte sollten sich für eine bibliothераpeutische Anwendung inhaltlich auf das beziehen, was bearbeitet werden soll. Silverberg (2003) nennt als eines von mehreren Beispielen das Buch *Coming Into the End Zone: A Memoir* (Grumbach, 1991) für den Einsatz bei Klienten, bei denen ein konstruktiver Umgang mit dem Ende des Berufslebens gefördert werden soll.

Material mit problemfokussiertem vs. wachstumsorientiertem Inhalt (Bergsma, 2008): Material mit problemfokussiertem Inhalt ist ausgerichtet auf die Bearbeitung eines konkreten Problems. Es beinhaltet häufig Psychoedukation oder die Anleitung von Interventionen zu einer bestimmten Erkrankung wie beispielsweise Major Depression oder zu einem Störungsbereich wie beispielsweise Angststörungen. Möglich ist auch, dass das Material sich auf ein anderes spezifisches Problem bezieht, wie z.B. Kommunikationsprobleme in Paarbeziehungen, oder auf eine spezifische psychotherapeutische Technik, wie z.B. kognitive Umstrukturierung. Ein Beispiel ist hier wieder das Buch *Feeling good* (Burns, 1980).

Ist der Inhalt eines Buches wachstumsorientiert, das heißt ausgerichtet auf das Erreichen von persönlichem Wachstum, geht es oft um Themen wie das effiziente Erreichen persönlicher Ziele, Selbstfindung oder allgemeines Wohlbefinden. Ein Beispiel ist das Buch *Finding Flow: The Psychology of Engagement in Everyday Life* von Csikszentmihalyi (1997).

Problemfokussierte Bücher sind an jene Personen gerichtet, die von der jeweiligen Störung oder dem Problem betroffen sind. Bei wachstumsorientierten Büchern ist der Adressatenkreis breiter. Dieser Anwendungskontext sollte bei Studien in der Auswahl der Stichprobe berücksichtigt werden (Glasgow & Rosen, 1978).

Material mit oder ohne interaktive Komponente: Eine interaktive Komponente erlaubt, dass das Material dem Nutzer auf eine vorher festgelegte Art und Weise eine Rückmeldung gibt. Bücher haben meist keine interaktive Komponente, es sei denn, sie sind didaktisch und beinhalten einen Fragebogen, der strukturiert vom Nutzer ausgewertet werden kann. Weitere Beispiele für interaktive Komponenten im Material sind das automatische Telefonsystem, das Osgood-Hynes et al. (1998) zusätzlich zu einem Booklet genutzt haben, Programme auf Smartphones (siehe z.B. Ly, Carlbring & Andersson, 2012) oder auch die strukturierte Behandlung mit Computerprogrammen (computerized cognitive behavioral therapy, CCBT) wie z.B. mit dem Programm *Beating the Blues* für die Behandlung von Depression und Angst (<http://www.beatingtheblues.co.uk/>), das durch Algorithmen berechnetes Feedback an den Nutzer gibt (Proudfoot et al., 2003). Schließt man eine interaktive Komponente mit ein, könnte CCBT also ebenfalls in die Kategorisierung von Bibliothherapie mit aufgenommen werden. Auch internetbasierte Programme, bei denen der Nutzer Selbsthilfematerialien durcharbeitet und dabei die Möglichkeit hat,

Unterstützung von einem Therapeuten z.B. via E-Mail zu erhalten, würden in die Kategorisierung und Definition fallen (siehe z.B. Carlbring & Andersson, 2006). Eine reine sogenannte *E-Therapie* ohne geleitete Selbsthilfe (siehe z.B. Manhal-Baugus, 2001) sollte allerdings nicht in das Kategoriensystem aufgenommen werden, da sie sich vom Grundsatz zu stark von Bibliothherapie unterscheidet. Bei E-Therapie geht es nicht um die Nutzung eines Textes zu therapeutischen Zwecken, sondern um einen individuellen Kontakt mit einem Therapeuten, der nur über ein anderes Medium (Schriftform) realisiert wird.

Medium des Materials (Buch, Film, PC, Smartphone): Das Material kann für unterschiedliche Medien aufbereitet sein, wie beispielsweise Bücher, Audioformate, Videos, den PC oder Smartphones (siehe z.B. Ly et al., 2012). Auch multimediale Materialien sind möglich. Beispielsweise bearbeitet der Nutzer in dem Computerprogramm *Beating the Blues* nach einem kurzen Einführungsvideo acht „Therapiesitzungen“, die mit Grafiken, Bildern sowie gesprochenen Texten und kurzen Videos kognitive und behaviorale Interventionen bei Depression und Ängsten vermitteln.

Merkmale der Anwendung

Rezeptive vs. produktive Bibliothherapie (Grahmann & Linden, 2005): Rezeptive Bibliothherapie meint das Lesen von Texten, produktive Bibliothherapie das Schreiben von Texten (siehe oben).

Intentionale vs. relationale vs. transponierende Bibliothherapie (siehe auch Cohen, 1994; Grahmann & Linden, 2005): Bei intentionaler Bibliothherapie geht es um die Bearbeitung eines bestimmten Themas oder einer Aufgabe, bei relationaler Bibliothherapie um die gemeinsame Diskussion über den Text, bei transponierender Bibliothherapie um die gedankliche Vertiefung in eine Vorstellungswelt (siehe oben). Cohen (1994) sieht dabei poetry therapy als eine spezielle Form der interaktiven Bibliothherapie. Sie beschreibt poetry therapy als Kombination des Lesens eines Gedichts und seiner lauten Rezitation zur Auslösung von Emotionen sowie das Schreiben von Gedichten zu therapeutischen Zwecken. Interaktive Bibliothherapie mit Therapeutenbegleitung nennt Silverberg (2003) auch Literatherapy.

Vier Stufen des Therapeutenkontakts (siehe auch Glasgow & Rosen, 1978): Es wird Bibliothherapie ohne Therapeutenbegleitung, mit minimaler Therapeutenbegleitung, mit Therapeutenempfehlung in einer Psychotherapie und thematisch integriert in eine Psychotherapie unterschieden (siehe oben). Ist die Bibliothherapie Hauptthema in der Psychotherapie, sprechen Campbell und Smith (2003) auch von integrativer Bibliothherapie, ist sie nur Randthema und wird wenig besprochen, sprechen sie von ergänzender Bibliothherapie.

Eine solche Differenzierung und Kategorisierung verbessert nicht nur die Definition von Bibliothherapie, sondern bietet auch die Möglichkeit, Forschungsergebnisse zu Bibliothherapie besser einzuordnen und zu bewerten. Beispielsweise berichtet Bergsma (2008) in seinem Review Befunde für Selbsthilfebücher getrennt nach seinen Kategorien problemfokussiert vs. wachstumsorientiert. In vielen Studien, sowohl RCTs als auch Meta-Analysen und Reviews, wird diese genauere Differenzierung leider häufig nicht vorgenommen. Stattdessen wird von den Autoren eine eigene oder eine der fremden Definitionen genannt oder lediglich die genutzte Intervention beschrieben. Es ist jedoch anzunehmen, dass Forschungsbefunde nicht für Bibliothherapie allgemein gelten, sondern von bestimmten Faktoren bzw. Kategorien abhängen. So weisen beispielsweise Glasgow und Rosen (1978) darauf hin, dass es bei der Zusammenfassung von Forschungsergebnissen zu verhaltenstherapeutischen Selbsthilfe-Manualen wichtig ist, den unterschiedlich intensiven Therapeutenkontakt in den einzelnen Studien zu berücksichtigen. Forschungsergebnisse, die unter einer Bedingung des Therapeutenkontaktes gewonnen wurden, sind nicht ohne weiteres auf andere Bedingungen generalisierbar (Glasgow & Rosen, 1978). Andererseits ist es eventuell möglich, Forschungsergebnisse über Kategorien zu generalisieren, die zuvor nicht gemeinsam betrachtet wurden. So kann mehr Wissen darüber gewonnen werden, was die relevanten Faktoren sind, die die Wirksamkeit einer Intervention ausmachen.

Daher soll nun soweit möglich eine Einordnung der Befunde zur Wirksamkeit von Bibliothherapie allgemein und spezifisch bei Depressionen entsprechend des vorgeschlagenen Kategoriensystems vorgenommen werden.

2.4.2 Wirksamkeit von Bibliotherapie allgemein

Die meisten empirischen Befunde zur Wirksamkeit von Bibliotherapie liegen zu didaktischem Material vor, das problemfokussiert ist (Bergsma, 2008). Das Medium ist häufig ein Buch ohne interaktive Komponente. Der Anwendungskontext in den betreffenden Studien ist im Wesentlichen rezeptiv und intentional mit minimalem Therapeutenkontakt. Eine Besprechung des Materials mit einem Versuchsleiter ist häufig nur kurz und auf Verständnisfragen beschränkt.

Zu diesen Kategorien liegen bereits mehrere Meta-Analysen mit vielversprechenden Ergebnissen vor (Campbell & Smith, 2003). In der Meta-Analyse von Marrs (1995), die insgesamt eine Stichprobe von 4677 Probanden und Studien zu den unterschiedlichsten Problem-bereichen umfasste, zeigte sich eine signifikante moderate Gesamt-Effektstärke von $d = 0.565$. Scogin, Bynum, Stephens und Calhoun (1990) berichten eine signifikante Gesamt-Effektstärke von 0.96 für den Vergleich von Interventionen mit Selbsthilfebüchern oder Audiomaterial mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe. Gould und Clum (1993) untersuchten Studien zu didaktischen Selbsthilfebüchern und anderem didaktischen Selbsthilfematerial (Videos, Audiomaterial) und berichten eine Gesamt-Effektstärke von $d = 0.76$ im Vergleich zu unterschiedlichen Kontrollgruppen (Placebo, Wartelisten-Kontrollgruppe, Gruppe ohne Intervention).

In vielen Studien wurde eine Bibliotherapie-Bedingung mit minimalem Therapeutenkontakt zudem mit normaler face-to-face-Psychotherapie verglichen. Marrs (1995) fand zwischen diesen beiden Bedingungen in seiner Meta-Analyse keine signifikanten Unterschiede. Da die meisten ausgewerteten Studien jedoch an nicht-klinischen Populationen durchgeführt wurden, kann laut dem Autor aus dieser Analyse nicht der Schluss gezogen werden, dass Bibliotherapie ebenso bei schwerer Symptomatik und bei klinischen Populationen gleichermaßen wirksam ist wie Psychotherapie. In einer neueren Meta-Analyse mit ausschließlich klinischen Stichproben wurde hingegen ebenfalls kein Unterschied zwischen Bibliotherapie und therapeutengeleiteten Behandlungen bei Depression und Angststörungen gefunden (Den Boer, Wiersma & Van Den Bosch, 2004). Auch Scogin et al. (1990) fanden keinen Unterschied zwischen Psychotherapie mit regulärem Therapeutenkontakt und Selbsthilfebuchinterventionen. Die Autoren schlussfolgern ähnlich wie Marrs (1995) nicht, dass Selbsthilfebücher in jedem Fall genauso effektiv sind wie Psychotherapie, da die meisten Studien in ihrer Analyse auf umschriebene Probleme bezogen waren, die nicht die Komplexität „normaler“ Psychotherapie-Fälle hatten. Cuijpers, Donker, Van Straten, Li und Andersson (2010) fanden in ihrer

Meta-Analyse über 21 Studien mit 810 Probanden zu den Problembereichen Angst und Depression ebenfalls keinen Unterschied zwischen Selbsthilfebuchinterventionen mit minimalem Kontakt zu einem Therapeuten und regulärer face-to-face-Psychotherapie. Dieses Ergebnis erwies sich auch als robust bei Ausschluss von Studien, die besonders stark zur Gesamteffektstärke beitrugen. Auch zu den Follow-up-Zeitpunkten unterschieden sich die Gruppen nicht, es zeigten sich keine Unterschiede in den Drop-out-Raten. Doch auch diese Autoren ziehen nicht den Schluss, dass Selbsthilfematerialien mit minimalem Kontakt für Angst und Depression in jedem Fall genauso effektiv wie traditionelle Psychotherapie sind. Sie weisen darauf hin, dass die Ergebnisse an einer Stichprobe von Probanden gewonnen wurde, die positive Einstellungen zu Selbsthilfematerial haben, da sie damit einverstanden sein mussten, in beide Bedingungen randomisiert zu werden. Auch argumentieren sie, dass eine funktionierende therapeutische Beziehung auch bei minimalem Kontakt realisiert werden kann.

In Bezug auf die Kategorie Therapeutenkontakt liegen die meisten Befunde zu Bibliothherapie mit zumindest minimalem Kontakt zu einem Therapeuten vor. Daher können keine fundierten Aussagen über die Wirksamkeit von Selbsthilfebüchern gemacht werden, die ohne Empfehlung und Begleitung eines Therapeuten gekauft und gelesen werden (Marrs, 1995).

Auch sind es vor allem die problemfokussierten Bibliotherapiematerialien, die in Bezug auf die Behandlung von Störungen gut evaluiert und effektiv sind. Für wachstumsorientierte Materialien ist eine Wirksamkeit bisher nicht in der Weise belegt (Bergsma, 2008).

Zu internetbasierten, interaktiven Selbsthilfematerialien liegen bereits einige Studien vor. In ihrem Review über elf randomisierte, kontrollierte Studien zu CCBT zu Depression und Angststörungen schlussfolgern Kaltenthaler, Parry und Beverley (2004), dass es Hinweise darauf gibt, dass CCBT wirksamer sein könnte als treatment as usual und genauso wirksam wie therapeutengeleitete Therapie. Sie weisen aber darauf hin, dass die Studienlage unter anderem aufgrund von methodischen Defiziten nicht eindeutig ist. Auch sei eine meta-analytische Aggregation der Daten aufgrund zu weniger und zu heterogener Studien noch nicht möglich.

Die theoretische Ausrichtung des untersuchten Materials ist meist kognitiv-verhaltenstherapeutisch. Bibliotherapiematerialien basierend auf psychodynamischen Prinzipien sind zwar verfügbar (z. B. Atkinson, 1993; Rowe, 1996), bisher liegen jedoch für psychodynamisch orientierte Materialien keinerlei Wirksamkeitsnachweise vor (Anderson et al., 2005).

Fiktionales Material wie Kurzgeschichten, Dramen und Prosa soll laut Silverberg (2003) schon erfolgreich bei vielen Problemen von Alkoholismus bis hin zu sexuellen Störungen eingesetzt worden sein. Das besondere Potenzial, Veränderungen zu bewirken, habe fiktives Material vor allem aufgrund seiner Fähigkeit, emotionale Erfahrungen zu ermöglichen. Als empirische Belege für seine Schlussfolgerungen zu fiktionalem Material nennt der Autor jedoch im Wesentlichen Studien und Metaanalysen zu didaktischem Material (wie z.B. Cuijpers, 1997; Smith, Floyd, Scogin & Jamison, 1997). Quantitative Daten zur Wirksamkeit fiktionaler Bibliothherapie oder produktiver Bibliothherapie liegen tatsächlich nur sehr vereinzelt vor (Campbell & Smith, 2003; Marrs, 1995). In einigen empirischen Studien wurde fiktionales Material in einer Kontrollgruppe eingesetzt so wie beispielsweise das Buch *Man's Search for Meaning* (Frankl, 1959) in der Studie von Scogin, Hamblin und Beutler (1987). In Bezug auf eine Reduktion depressiver Symptomatik schnitt die Kontrollgruppe, die das fiktionale Material erhalten hatte, signifikant schlechter ab als die Experimentalgruppe, die didaktisches Material zum Thema Depression gelesen hatte. Dysart-Gale (2008) kritisiert jedoch die Fixierung der evidenzbasierten Medizin auf quantitative Methodologie in der Erforschung von Bibliothherapie, da sie wesentliche Genres wie die Poesie außer Acht lasse und mit ihren Methoden die subjektive Sprache im Text, die Reaktion des Patienten und die Interaktion zwischen Patient und Therapeut ohnehin nicht erfasst werden könne. So verstelle sie nur den Blick darauf, wie Bibliothherapie heilen könne: durch die persönliche, emotionale Beschäftigung eines individuellen Lesers mit einem bestimmten Text. Die Autorin hält qualitative Methodik für besser geeignet, die Wirksamkeit von Bibliothherapie zu erforschen. Solche qualitativen Studien zu fiktionalem Material liegen vereinzelt vor. So erwies sich beispielsweise in einer Studie von Hayes und Amer (1999) fiktionale Bibliothherapie als hilfreich, Kindern mit Diabetes oder Kleinwuchs zur offenen Diskussion über ihre Erkrankung und Erfahrungen mit Mitschülern anzuregen.

Nebenwirkungen von Bibliothherapie

Neben vielen positiven Befunden gibt es jedoch auch einige kritische Stimmen zu Bibliothherapie und spezifisch zu Selbsthilfebüchern. Die Kritik reicht von Überlegungen, Selbsthilfebücher würden falsche Hoffnungen auf Besserung machen bis hin zu Vorwürfen, dass Selbsthilfebücher sogar für gesellschaftliche Probleme verantwortlich seien (Bergsma, 2008).

So wird zum einen kritisiert, dass die spezifische Symptomatik der zu behandelnden Störung selbst ein effektives Arbeiten mit Selbsthilfematerial verhindern kann. Beispielsweise

scheint die Behandlung von Selbsthilfebüchern bei Patienten mit ausgeprägten kognitiven Defiziten, motivationalen Problemen und schlechter Response auf individuelle Psychotherapie weniger wirksam zu sein (Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd & Rokke, 2004).

Zum anderen wird angemerkt, dass es in der Anwendung innerhalb einer Therapie problematische motivationale Aspekte geben kann. Campbell und Smith (2003) weisen darauf hin, dass Patienten sich bei einer Integration von Selbsthilfebüchern in eine Psychotherapie vom Therapeuten eventuell abgelehnt und abgeschoben fühlen könnten. Zudem könnte ein starker „Hausaufgaben“-Charakter von Selbsthilfebüchern manche Klienten abschrecken (Floyd, 2003).

Vor allem aber sehen viele Autoren Schwierigkeiten in der Anwendung, wenn Personen sich Selbsthilfebücher ohne Therapeutenempfehlung eigenständig aussuchen und diese auch ohne Begleitung durcharbeiten. Rosen (1987, zit. nach Cuijpers, 1997) warnt, dass unter diesen Bedingungen das Buch unpassend sein könnte, weil keine professionelle Diagnose gestellt wurde. Cuijpers (1997) befürchtet, dass die Arbeit mit dem Buch schneller abgebrochen werden könnte, die Personen dann von der mangelhaften Wirksamkeit enttäuscht sind und sich die Problematik daraufhin sogar verschärfen könnte. Grahlmann und Linden (2005) weisen darauf hin, dass es durch Bibliothherapie zu einer Stimmungsverschlechterung kommen könnte, wenn Patienten durch die Lektüre aufkommende negative Gefühle nicht allein bewältigen oder vorgeschlagene Strategien nicht anwenden können. Ratschläge im Material können zudem missverstanden, grundsätzlich falsch oder für den einzelnen Patienten schlicht nicht zutreffend sein. Bergsma (2008) erinnert daran, dass nicht nur das Lesen von didaktischem, sondern auch von fiktivem Material unerwünschte Wirkungen haben kann. So sei nach der Veröffentlichung des Werks *Die Leiden des jungen Werthers* von Goethe (1774) die Selbstmordrate gestiegen.

Floyd, McKendree-Smith und Scogin (2004) hingegen sind diesbezüglich der Meinung, dass die meisten Konsumenten von Selbsthilfebüchern ein Buch lesen und es dann in den Schrank stellen, ohne davon wesentlich positiv oder negativ beeinflusst worden zu sein. Aber auch eine solche komplett fehlende negative oder positive Wirkung ist nicht unproblematisch. Rosen (1993, zit. nach Floyd, McKendree-Smith et al., 2004) argumentiert, dass Autoren bzw. Verleger von Selbsthilfebüchern in diesem Fall ebenfalls unmoralisch handeln, da der Kunde Geld für ein als hilfreich beworbenes, aber tatsächlich wirkungsloses Produkt ausgegeben hat.

Um den negativen Wirkungen von Bibliothherapie zu begegnen oder diese zu verhindern, gibt es verschiedene Vorschläge zur Anwendung. So wird zum einen empfohlen, dass Therapeuten die Materialien, die sie empfehlen, gut kennen (Campbell & Smith, 2003) und allgemein in Bibliothherapie trainiert sein sollten (Silverberg, 2003). Zum anderen soll die Anwendung von Bibliothherapie zuvor mit Patienten ausführlich besprochen werden (Campbell & Smith, 2003). Dabei soll auch ihre Motivation und ihr Interesse, mit Bibliothherapie zu arbeiten, abgeklärt werden (Floyd, 2003). Auch weisen einige Autoren darauf hin, dass vor allem die Passung zwischen Patient und Material in Bezug auf unterschiedliche Faktoren wichtig ist. So ist bei schlechter Lesefähigkeit beispielsweise Audiomaterial vorzuziehen (Silverberg, 2003) und bei der Materialauswahl eine Passung bezüglich Altersgruppe und Schwierigkeitsgrad des Materials zu berücksichtigen (Grahlmann & Linden, 2005). Campbell und Smith (2003) regen an, dass das Material auch abgestimmt sein sollte auf die Phase der Therapie sowie auf den Coping-Stil des Patienten und auf dessen Stadium der Verhaltensänderung nach dem transtheoretischen Modell (siehe Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Des Weiteren sollte laut den Autoren beim Einsatz von Bibliothherapie im Rahmen von Psychotherapie sichergestellt sein, dass der Klient eine ausreichende Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit sowie Lesefähigkeit besitzt, dass das im Buch behandelte Problem auch das Problem des Klienten ist, dass die Lösungsvorschläge für den Klienten machbar sind und dass bei Kindern die Entwicklungsstufe berücksichtigt wird. In Bezug auf die Passung zwischen Material und Patient ist jedoch zu bemängeln, dass Untersuchungen zu der Frage, welchem Patienten zu welchem Zeitpunkt welches Material zu empfehlen ist, weitgehend fehlen (Grahlmann & Linden, 2005).

Vor allem ist jedoch bei der Diskussion um Risiken und Nebenwirkungen von Bibliothherapie zu berücksichtigen, dass man, ebenso wie bei der Beurteilung der Wirksamkeit, auch hier kein pauschales Urteil fällen kann, sondern dass es Material mit mehr und mit weniger oder sehr geringen Risiken geben kann (siehe auch Jorm & Griffiths, 2006).

Hervorzuheben sind daher die wenigen konkreten Hinweise zu negativen Wirkungen aus empirischen Studien. So konstatieren Scogin, Floyd, Jamison und Ackerson (1996), dass negative Effekte bei der Anwendung des Buches *Feeling Good* (Burns, 1980) zur Behandlung von Depressionen selten sind.

Im Licht dieser Diskussion scheint es besonders problematisch, dass die wenigsten Selbsthilfebücher auf dem Markt auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert wurden (Mains & Scogin, 2003; Marrs, 1995; Scogin et al., 1990). McKendree-Smith et al. (2003) geben zu bedenken:

“Not all bibliotherapy materials are created equal“ (S. 284) und votieren dafür, nur empirisch untersuchtes Material zu empfehlen. Die meisten evaluierten, nachweislich wirksamen Manuale hingegen werden nicht veröffentlicht (McKendree-Smith et al., 2003; Scogin et al., 1990) oder sind nur schwer erhältlich (z.B. die Manuale von Holdsworth & Paxton, 1999, oder von Kennedy & Lovell, 2005) bzw. sind zudem nicht ins Deutsche übersetzt. Daher scheint es berechtigt, dass Floyd, McKendree-Smith et al. (2004) zur Diskussion stellen, ob nicht Selbsthilfebücher – wie auch Medikamente – nur nach erfolgreichen klinischen Studien in den Verkauf gebracht werden sollten. Sie schlagen in Anlehnung an Glasgow und Rosen (1978) vor, dass Autoren von Selbsthilfebüchern auf freiwilliger Basis im Buch selbst Informationen zur Studienlage zu ihrem speziellen Material (Ergebnisse, Stichprobengröße, Prädiktoren für Erfolg) bereitstellen, sodass Käufer sich ein eigenes Bild machen können.

Vorteile von Bibliotherapie

Werden die oben genannten Anwendungshinweise und Vorschläge zur Minimierung von Nebenwirkungen jedoch beachtet, kann Bibliotherapie relevante Vorteile mit sich bringen.

Besonders betont werden dabei von vielen Autoren die Vorteile der Anwendung von Selbsthilfebüchern mit wenig Therapeutenkontakt, die sich im Wesentlichen mit den Vorteilen von Selbsthilfeinterventionen allgemein decken. So wird hervorgehoben, dass die Anwendung von Selbsthilfebüchern einfach und kostengünstig ist und trotzdem gute Qualität gewährleisten kann (Cuijpers, 1997; Gregory, Schwer Canning, Lee & Wise, 2004; Norcross, 2000). Diese Gründe sieht Norcross (2000) vor dem Hintergrund finanzieller Einschnitte im Gesundheitssystem als besonders relevant für die steigende Popularität und Nutzung von Selbsthilfe-Interventionen an. Auch können Selbsthilfebücher potentiell mehr Menschen erreichen als reguläre Psychotherapie (Mains & Scogin, 2003). Dies gilt beispielsweise dann, wenn kein Psychotherapeut verfügbar ist, entweder aufgrund langer Wartezeiten (Gregory et al., 2004) oder weil am Wohnort der Patienten kein Therapeut in der Nähe ist (Cuijpers, 1997). Doch selbst bei guter Verfügbarkeit von Therapeuten können Selbsthilfebücher-Interventionen eher die Menschen erreichen, die Vorbehalte haben, zum Therapeuten zu gehen, weil sie sich keinem Fremden öffnen möchten, weil sie die Stigmatisierung fürchten (Cuijpers, 1997; Mains & Scogin, 2003; Norcross, 2000) oder weil sie mehr Kontrolle über die eigene Therapie wünschen (Mains & Scogin, 2003).

Auch innerhalb einer Psychotherapie kann die Nutzung von Selbsthilfebüchern Vorteile haben. So wird ihnen zugeschrieben, dass sie den Lernprozess beschleunigen, eine eventuelle

Zeitbegrenzung der Therapie ausgleichen können und es ermöglichen, innerhalb der Sitzungen mehr Zeit auf weitere, ergänzende Themen zu verwenden. Zudem können sie das Verantwortungsgefühl des Patienten für die Therapie sowie sein Selbstwirksamkeitserleben erhöhen (Floyd, 2003). Scogin, Hanson und Welsh (2003) ergänzen, dass Patienten mit Selbsthilfebüchern in ihrem eigenen Tempo arbeiten können und das Buch auch nach der eigentlichen Therapie noch zu ihrer Verfügung haben, um hilfreiche Strategien aufzufrischen.

Aufgrund der Vorteile von Bibliothherapie, v.a. mit Selbsthilfebüchern, wundert es nicht, dass sie häufig von Therapeuten eingesetzt wird (siehe z.B. Adams & Pitre, 2000). Auch wurde diese Therapieform bereits als die erste Behandlungsstufe innerhalb von stepped-care-Modellen vorgeschlagen, da Selbsthilfebücher die einfachste, am wenigsten intrusive und kostengünstigste Behandlung sind (Lovell & Richards, 2000; Mains & Scogin, 2003; Scogin et al., 2003). Scogin et al. (2003) schlagen beispielsweise in ihrem stepped-care-Ansatz vor, dass Patienten mit leichter bis mittelschwerer Depression im Anschluss an eine Diagnostik zunächst mit einem Selbsthilfebuch arbeiten sollen. Patienten mit schwerer Depression sollen auf der untersten Stufe zusätzlich zur Bibliothherapie eine Medikation erhalten. Dabei soll berücksichtigt werden, ob die Patienten Bibliothherapie machen möchten oder eine andere Behandlung (Medikation, Psychotherapie) vorziehen. In England und Schottland werden bereits in Pilotprojekten Modelle realisiert, die man als stepped-care-Modelle bezeichnen kann und in denen Selbsthilfeinterventionen auf den ersten Behandlungsstufen eingesetzt werden (Williams & Martinez, 2008). Denkbar wäre laut Williams und Martinez (2008) aber auch der Einsatz eines matched-care-Systems, bei dem Selbsthilfebücher nicht unbedingt als erste Behandlungsstufe eingesetzt werden, sondern vielmehr die Präferenz des Patienten und seine Passung zur Intervention die Wahl der Intervention leitet.

Bibliothherapie – Chance und Verantwortung

Insgesamt kann in Bibliothherapie, vor allem in Selbsthilfebüchern in der Anwendung mit minimalem Therapeutenkontakt, eine einzigartige Chance, aber auch eine große Verantwortung gesehen werden (siehe auch Norcross, 2000).

Eine Chance von Selbsthilfematerialien zeigt uns die Diskussion ihrer Vorteile auf (siehe oben). Angesichts des hohen Bedarfs an Psychotherapie und der Einsparungen im Gesundheitssystem ist Bibliothherapie mit Selbsthilfebüchern eine gute Möglichkeit, psychotherapeutische Interventionen zu verbreiten und zu intensivieren (Grahmann & Linden, 2005). Gleichzeitig gibt es bezüglich der genauen Anwendung noch Diskussionsbedarf. Grahmann

und Linden (2005) schlagen einen systematischeren Einsatz von Selbsthilfebüchern durch die Entwicklung von therapeutischen Algorithmen vor, in denen Bibliotherapie ausdrücklich einen Platz hat. Diese Intervention wollen sie jedoch vor allem vor dem Hintergrund von umfassenden Therapieplänen verstanden wissen und zitieren das chinesische Sprichwort „Auch eine Fülle von Büchern ersetzt einen guten Lehrer nicht“ (Grahlmann & Linden, 2005, S. 92). McKendree-Smith et al. (2003) hingegen geben zu bedenken, dass die Minimierung von Therapeutenkontakt in manchen Fällen auch in Bezug auf die Effektivität Vorteile haben kann, vor allem wenn Psychotherapie mehr und mehr von weniger umfassend ausgebildeten Therapeuten gemacht wird: “A good bibliotherapy program presents a standardized, well-planned intervention that ‘doesn’t have bad days.’ Unfortunately, the same cannot be said for a psychotherapist. [...] Perhaps a sound book is better than a subpar therapist“ (S.282).

Bei allen Vorteilen von Bibliotherapie muss auch die große Verantwortung für Forscher und Therapeuten gesehen werden: Forscher sollten darüber informieren, welche Selbsthilfemethoden und -materialien nachweislich effektiv sind – und auch publik machen, welche keinen Nutzen bringen oder gar schädlich sind (Norcross, 2000). Damit geben sie Therapeuten eine dringend notwendige Entscheidungshilfe, da niemand die Kapazitäten besitzt, alles verfügbare Material selbst zu sichten, zu lesen und zu überprüfen (Grahlmann & Linden, 2005). Vor allem zu der Frage, welchem Patienten zu welchem Zeitpunkt welches Material zu empfehlen ist, ist noch Forschung von Nöten (Grahlmann & Linden, 2005). Auch die Lesbarkeit und damit die Anwendbarkeit von Selbsthilfematerialien sollte Gegenstand von Untersuchungen sein. So analysierten Martinez, Whitfield, Dafters und Williams (2008) die Lesbarkeit von sieben populären Selbsthilfebüchern zu Depression und schlussfolgerten, dass der Schwierigkeitsgrad mancher dieser Bücher für Teile der britischen Bevölkerung zu hoch ist und daher auch kürzere, leichter lesbare Materialien bzw. nicht-textbasierte Materialien zur Verfügung gestellt werden sollten. Therapeuten stehen bei der Anwendung von Bibliotherapie in der Verantwortung, eine Diagnose zu stellen und zu prüfen, ob Bibliotherapie bei einem bestimmten Patienten angezeigt ist. Daraufhin müssen Therapeuten diesen Patienten wie bei jeder anderen Intervention dann auf die Intervention vorbereiten, indem sie aufklären und eine positive Einstellung fördern. Schlussendlich tragen Therapeuten auch die Verantwortung dafür, dass sie für den Patienten ein gut evaluiertes Manual auswählen (Gregory et al., 2004).

2.4.3 Wirksamkeit von Bibliotherapie spezifisch bei Depressionen

Zur Wirksamkeit von didaktischem, problemfokussiertem Bibliotherapiematerial spezifisch für Depressionen liegen bereits viele empirische Befunde vor und mehrere Reviews empfehlen den Einsatz von Selbsthilfebüchern bei dieser Störung (siehe z.B. Anderson et al., 2005; Bower, 2001; Cuijpers, 1997; Jorm et al., 2002; Mains & Scogin, 2003; McKendree-Smith et al., 2003). Die meisten Selbsthilfematerialien zu Depression sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet (Gregory et al., 2004). Bücher mit psychodynamischem Inhalt sind selten und bisher nicht empirisch untersucht (Anderson et al., 2005).

Insgesamt zeigen sich mittlere bis hohe Effektstärken bei der Untersuchung von Selbsthilfebüchern zum Thema Depression. McKendree-Smith et al. (2003) geben jedoch zu bedenken, dass die Generalisierbarkeit empirischer Befunde zu Selbsthilfebüchern auf die Allgemeinbevölkerung eventuell nicht gerechtfertigt sein könnte, da die Probanden in den Studien häufig eine gute Bildung haben. In einer frühen Meta-Analyse zu Selbsthilfebüchern findet Marrs (1995) spezifisch für den Störungsbereich Depression eine signifikante mittlere Effektstärke von $d = 0.567$. Die Effektstärken der nachfolgenden Meta-Analysen liegen in der Regel noch höher. So findet Cuijpers (1997) in seiner Meta-Analyse über sechs Studien zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Selbsthilfebüchern bei Depression eine signifikante mittlere Effektstärke von $d = 0.82$ für den Vergleich mit Wartelisten-Kontrollgruppen. Der Vergleich von Selbsthilfebüchern mit individueller Psychotherapie (vier Studien) war nicht signifikant. Der Autor schlussfolgert, dass Bibliotherapie für leichte bis mittelschwere Depressionen eine effektive Behandlung ist. Gregory et al. (2004) geben in ihrer Meta-Analyse über 29 Studien zu kognitiven Selbsthilfebuchinterventionen bei Depression eine ähnliche Effektstärke von $d = 0.77$ für den Vergleich mit verschiedenen Kontrollgruppen an. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass diese Effektstärke vergleichbar mit individueller bzw. traditioneller kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression ist, wie beispielsweise in der Meta-Analyse von Gloaguen, Cottraux, Cucherat und Blackburn (1998), die eine Effektstärke von 0.83 für KVT bei Depression berichten. In der Meta-Analyse von Den Boer et al. (2004) wurden 14 Studien zu Selbsthilfebüchern (eine Studie zu Selbsthilfegruppen) bei Depression und Angststörungen untersucht. Im Vergleich zu verschiedenen Kontrollgruppen (Wartelisten-Kontrollgruppe, Kontrollgruppe ohne Behandlung, Placebo-Kontrollgruppe) wurde eine signifikante Effektstärke der Selbsthilfebehandlungen von $d = 0.84$ gefunden, zum Follow-up-Zeitpunkt betrug die Effektstärke noch $d = 0.76$. Beim Vergleich zwischen Bibliotherapie und therapeutengeleiteten Behandlungen (Einzel- oder Gruppentherapie)

waren die Effektstärken wie bereits in Abschnitt 2.4.2 erwähnt zum Post- und Follow-up-Zeitpunkt mit $d = -.03$ und $d = -.07$ jedoch nicht signifikant. Gellatly et al. (2007) fanden in ihrer Meta-Analyse zu Selbsthilfebüchern und Selbsthilfe-Computerprogrammen für Depression, Stress und Depressionsprävention bei Risikogruppen eine geringere Effektstärke von $d = 0.43$ für den Vergleich von Selbsthilfeinterventionen zu verschiedenen Kontrollgruppen. In dieser Meta-Analyse wurde jedoch bewusst eine große Bandbreite von Interventionen eingeschlossen, darunter auch reine Selbsthilfe-Interventionen ohne Therapeutenkontakt. Wurden nur die Interventionen mit guided self-help analysiert, erhöhte sich die Effektstärke auf $d = 0.80$. Unter guided self-help verstanden die Autoren face-to-face-Kontakt oder Kontakt per Mail oder Telefon, der beobachtenden Charakter (z.B. ob die Materialien genutzt werden oder Klären von Verständnisfragen) oder supportiven Charakter haben konnte. Der Kontakt durfte jedoch nach Definition der Autoren eine Dauer von insgesamt drei Stunden nicht überschreiten.

Die vorliegenden Befunde haben auch bereits Eingang in aktuelle Leitlinien zur Psychotherapie affektiver Störungen gefunden. Diese empfehlen ausdrücklich den Einsatz von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Bibliothherapie bei Depression. De Jong-Meyer et al. (2007) geben kognitiv-verhaltenstherapeutischer Bibliothherapie für subklinische depressive Verstimmungen eine Behandlungsempfehlung mit dem höchsten Evidenzniveau. Parikh et al. (2009) empfehlen in ihren Leitlinien für das Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) Bibliothherapie, definiert als das Lesen von Selbsthilfebüchern, als eine second-line-Behandlung für akute Depression ebenfalls mit dem höchsten Evidenzniveau, wobei eine second-line-Behandlung dann zur Anwendung kommen soll, wenn first-line-Behandlungen nicht indiziert sind, nicht genutzt werden können oder keinen Erfolg gebracht haben. Die britischen Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) empfehlen ebenfalls kognitiv-behaviorale guided self-help für persistierende subklinische depressive Symptome oder leichte bis mittelschwere Depression (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

2.4.4 Faktoren, die die Wirksamkeit von Bibliothherapie beeinflussen

Die vielen positiven Befunde zur Wirksamkeit von Bibliothherapie stimmen zuversichtlich, jedoch sollten immer die spezifischen Voraussetzungen berücksichtigt werden, unter denen diese Interventionen wirksam sein können. McKendree-Smith et al. (2003) kritisieren zwar in ihrem Review zu Bibliothherapie bei Depression, dass die Stichproben in empirischen Studien

häufig zu klein sind, sodass Prädiktoren nicht ausreichend untersucht werden können. Es gibt jedoch bereits einige untersuchte Einflussfaktoren, zu denen Befunde oder zumindest Empfehlungen vorliegen. Diese Faktoren können grob eingeteilt werden in Faktoren in Bezug auf die behandelte Störung oder das Problem, methodische Charakteristika der Studien, die Art der Anwendung der Bibliothherapie und verschiedene Patientenvariablen.

Einfluss der behandelten Störung

Bezüglich der behandelten Störung haben sich Selbsthilfebücher als effektiver bei Depression und Angststörungen gezeigt als bei Rauchen und Alkoholproblemen (Mains & Scogin, 2003). In der Meta-Analyse von Marrs (1995) zeigen sich Selbsthilfebücher als wirksamer bei Angst, Selbstsicherheitstraining und sexueller Dysfunktion und weniger hilfreich bei Gewichtsabnahme, Impulskontrolle und Arbeitsstörungen. Auch in der Meta-Analyse von Gould und Clum (1993) wurde gefunden, dass Selbsthilfebücher weniger hilfreich bei Problemen wie Rauchen, Trinken und Übergewicht sind. Scogin et al. (1990) finden in ihrer Meta-Analyse zwar keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Problembereichen. Marrs (1995) führt dies jedoch auf veraltete Analysemethoden zurück, die aussagekräftige Moderatoranalysen bei kleinen Stichproben, wie sie häufig bei Selbsthilfebuch-Studien vorliegen, nicht ermöglichen.

Betrachtet man unterschiedliche theoretische Ausrichtungen von Selbsthilfebüchern, so hat sich in einer Studie von Scogin, Jamison und Gochneaur (1989) gezeigt, dass es für die Behandlung von Depressionen keinen Unterschied machte, ob das Selbsthilfebuch kognitiv oder behavioral ausgerichtet war. In Studien mit kognitiv-behavioralen Interventionen sind die Effektstärken jedoch höher als in Studien mit rein psychoedukativen Interventionen (Gellatly et al., 2007).

Einfluss von methodischen Charakteristika der Studien

Auch methodische Charakteristika der Studien spielen eine Rolle. Bezüglich des Einflusses der Auswahl von Kontrollgruppen zeigte sich in der Meta-Analyse von Marrs (1995), dass Studien, mit einer Placebo-Kontrollgruppe geringere Effektstärken aufwiesen als Studien mit einer Wartelistenkontrollgruppe oder Kontrollgruppen gänzlich ohne Intervention. Auch Gould und Clum (1993) fanden in ihrer Meta-Analyse, dass die größten Effektstärken bei einem Vergleich von Selbsthilfematerial mit Kontrollgruppen ohne jede Intervention gefun-

den wurden ($d = 0.99$). Wurde mit Wartelisten-Kontrollgruppen oder Placebo-Kontrollgruppen verglichen, fielen die Effektstärken geringer aus ($d = 0.74$ und $d = 0.49$). Größere Effektstärken beim Vergleich von Bibliothherapie mit Wartelistenkontrollgruppen als beim Vergleich mit Placebo-Kontrollgruppen oder treatment as usual fanden auch Gellatly et al. (2007). Gould und Clum (1993) empfehlen daher methodologisch eine Placebo-Kontrollgruppe, da so unspezifische Faktoren wie eine positive Erwartungshaltung, Selbstbeobachtung und die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm kontrolliert werden können.

Auch hat die Wahl der Instrumente zur Beurteilung des Therapieerfolgs einen Einfluss. In einer Meta-Analyse von Den Boer et al. (2004) zeigte sich beim Vergleich von sechs Studien, die sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungs-Instrumente verwendeten, dass die Effektstärke von Bibliothherapie vs. Kontrollgruppe bei Selbstbeurteilungsinstrumenten als abhängige Variable deutlich geringer ausfiel ($d = 0.69$) als bei Fremdbeurteilungsinstrumenten ($d = 1.40$). Zu diesem Ergebnis kommen auch Gellatly et al. (2007) in ihrer Meta-Analyse zu Selbsthilfebüchern und Selbsthilfe-Computerprogrammen bei unterschiedlich ausgeprägter depressiver Symptomatik.

Gellatly et al. (2007) fanden zudem höhere Effektstärken bei Studien mit verdeckter Zuteilung der Probanden auf die Bedingungen (concealment of allocation) im Vergleich zu Studien ohne Verdeckung, bei Studien im non-klinischen Setting im Vergleich zu klinischem Setting und bei Studien mit standardisierter Diagnose im Vergleich zu Studien ohne standardisierte Diagnose. Ob eine intention-to-treat-Analyse durchgeführt wurde oder wie hoch der Drop-out war, hatte hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die Effektstärke.

Einfluss der Art der Anwendung der Selbsthilfebücher

Der Einfluss von Unterschieden in der Art der Anwendung von Selbsthilfebüchern, wie beispielsweise das Ausmaß des Therapeutenkontakts oder die Länge der Intervention, wurde ebenfalls untersucht. Die Länge der Intervention zeigte in der Meta-Analyse von Gregory et al. (2004) keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. In Bezug auf die Effekte der Menge des Therapeutenkontakts sind die Befunde auch in meta-analytischen Untersuchungen gemischt. So vertreten Mains und Scogin (2003) in ihrem Review die Meinung, dass die Anwendung von Selbsthilfebüchern mit zumindest minimalem Therapeutenkontakt wirksamer ist als ohne Kontakt. In der Meta-Analyse von Marrs (1995) hatte das Ausmaß an Kontakt zu einem Therapeuten jedoch keine generellen Auswirkungen auf das

Ergebnis. Eine Ausnahme stellten nur die Problembereiche Übergewicht und Angststörungen dar, bei denen sich mehr Kontakt positiv auswirkte. Wie oben erwähnt, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass in Studien zu Selbsthilfebüchern zumindest minimaler Therapeutenkontakt die Regel ist. Auch in der Meta-Analyse von Scogin et al. (1990) waren Interventionen mit Therapeutenkontakt nicht effektiver als solche ohne Kontakt. In einer neuen Meta-Analyse zu Selbsthilfematerialien für Depression zeigten sich hingegen höhere Effektstärken bei Studien mit angeleiteter Selbsthilfe im Vergleich zu Selbsthilfe ohne Therapeutenkontakt (Gregory et al., 2004). Trotz gemischter Befunde bemerken Gregory et al. (2004), dass ein Vorteil von zumindest minimalem Kontakt während der Intervention darin liegt, dass der Therapeut oder Forscher eine mögliche Verschlechterung der Symptomatik bemerken und eingreifen kann und damit seiner ethischen Verantwortung gerecht wird.

Einfluss von Patientencharakteristika

Zum Einfluss von Patientencharakteristika auf das Ergebnis von Therapiestudien zu Selbsthilfebüchern wurden bereits Variablen wie die Zielgruppe, das Alter, die Schwere der Erkrankung, die Komorbidität und Persönlichkeitseigenschaften diskutiert.

In Bezug auf die Zielgruppe fanden Gellatly et al. (2007) in ihrer Meta-Analyse höhere Effektstärken bei Studien mit Patienten mit bereits diagnostizierter Depression im Vergleich zu Risikopopulationen für eine spätere Depressionsentwicklung.

Der Einfluss des Alters scheint noch nicht abschließend geklärt. In der Meta-Analyse von Gregory et al. (2004) zeigte eine Untersuchung getrennt nach Altersgruppen, dass die Gruppe der Jugendlichen und Erwachsenen ähnlich große Effektstärken ($d = 1.32$ und $d = 1.18$), die Gruppe der älteren Erwachsenen hingegen eine geringere Effektstärke ($d = 0.57$) aufwies. Diesen Unterschied führen die Autoren jedoch darauf zurück, dass die älteren Probanden auch zu Beginn der Studien niedrigere Depressionswerte und daher weniger Raum für Verbesserung hatten.

Zum Einfluss der Symptomschwere bzw. der Schwere der Erkrankung liegen bisher wenige Daten vor (McKendree-Smith et al., 2003). Hinweise gibt die Meta-Analyse von Den Boer et al. (2004), in der die Effektstärke stabil blieb ($d = 0.88$), auch wenn nur die acht Studien mit Patienten untersucht wurden, die sich entweder in psychiatrischer Behandlung befanden oder bereits chronisch krank waren. Trotzdem wird in vielen Publikationen eine Behandlung mit Selbsthilfebüchern bei Depressionen nur bei leichtem bis mittlerem

Schweregrad empfohlen (Anderson et al., 2005; Gregory et al., 2004; Mains & Scogin, 2003). Sinnvoll erscheint allerdings die Argumentation einiger Autoren, dass das Suizidrisiko besonders bei schwerer Symptomatik dafür sprechen sollte, diesen Patienten nicht nur minimalen Kontakt im Rahmen einer Behandlung mit einem Selbsthilfebuch zukommen zu lassen (siehe Campbell & Smith, 2003; Floyd, 2003; Gregory et al., 2004). Generell wird von McKendree-Smith et al. (2003) empfohlen, depressive Patienten bei einer Selbsthilfebuch-Intervention konstant zu beobachten, um Verschlechterungen in der Symptomatik bemerken und eingreifen zu können.

Das Alter, in dem zum ersten Mal eine depressive Episode aufgetreten ist (Ersterkrankungsalter), wurde von Brown und Lewinsohn (1984) als Prädiktor für das Ansprechen auf eine Behandlung mit dem Coping With Depression-Programm (siehe Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeiss, 1978) gefunden. Die Autoren untersuchten die Anwendung des Programms im individuellen face-to-face-Format, im Gruppenformat und als Selbsthilfebuch mit minimalem Therapeutenkontakt per Telefon. Alle drei Gruppen unterschieden sich in Bezug auf die Reduktion der Depressivität nicht statistisch signifikant voneinander, waren aber einer Wartelisten-Kontrollgruppe überlegen. Insgesamt sagten von mehreren untersuchten potenziellen Prädiktoren nur ein hohes Ausmaß stressreicher Lebensereignisse, eine höhere Lebenszufriedenheit in Bereich Freundschaften und ein frühes Ersterkrankungsalter ein schlechteres Ansprechen auf die Behandlung voraus.

Die Effektivität von Selbsthilfebehandlungen bei Vorliegen von Komorbiditäten ist schwer zu beurteilen. McKendree-Smith et al. (2003) beklagen, dass wenig darüber bekannt ist, welche depressiven Patienten besonders gut für eine Selbsthilfebuch-Intervention geeignet seien, da viele komorbide Erkrankungen in Studien unerwünscht sind, um eine möglichst reine Stichprobe zu erhalten. So werden Patienten mit komorbider Schizophrenie, Demenz oder Alkoholabhängigkeit meist ausgeschlossen. Andererseits geben die Autoren zu bedenken, dass bei Schizophrenie und Demenz schon aufgrund der kognitiven Defizite ein Selbsthilfebuch eher nicht indiziert sei. Andere komorbide psychiatrische Erkrankungen wie beispielsweise Angststörungen sprechen nicht per se gegen die Behandlung mit einem Selbsthilfebuch, weshalb die Fragestellung interessant ist, ob Komorbiditäten mit diesen Störungen einen schlechteren Behandlungserfolg vorhersagen. Ein negativer Einfluss von komorbiden Erkrankungen auf die Effektivität einer Depressionsbehandlung wird beispielsweise in Leitlinien erwähnt (de Jong-Meyer et al., 2007; Parikh et al., 2009). Daher soll in der vorliegenden Studie untersucht werden, ob zusätzlich zur primären Diagnose Depression vorliegende

komorbide psychische Störungen außer den in der Studie ausgeschlossenen Erkrankungen sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe einen schlechteren Behandlungserfolg vorhersagen.

Auch zu Persönlichkeitseigenschaften und persönlichen Charakteristika liegen nicht viele Befunde vor. Beutler et al. (1991) untersuchten den Einfluss von Coping-Stilen und fanden, dass Probanden mit einem externalisierenden Coping-Stil ein schlechteres Therapieergebnis aufwiesen als solche mit einem internalisierenden Coping-Stil. Günstig wirkte sich in dieser Studie auch ein hoher Widerstand aus.

In Bezug auf das Bildungsniveau zeigte sich in Studien von Scogin et al. (1987, 1989), dass Probanden mit geringerem Bildungsniveau die Behandlung in einer Selbsthilfebuchbedingung mit höherer Wahrscheinlichkeit abbrechen.

Mains und Scogin (2003) argumentieren, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörung, emotionaler Vermeidung oder interpersonalen Problemen schlechter von Selbsthilfebüchern profitieren könnten. Sie weisen auch darauf hin, dass die Motivation und die Einstellung des Individuums speziell zu Selbsthilfebüchern eine wichtige Rolle in Bezug auf das Therapieergebnis spielen könnte. Die Motivation, mit einem Selbsthilfebuch zu arbeiten, könnte sich beispielsweise in der Compliance eines Patienten im Sinne von gelesenen Seiten oder bearbeiteten Aufgaben im Buch ausdrücken. In Bibliotherapiestudien zu Depression wurde dies von einigen Autoren mit erhoben (Floyd, Scogin et al., 2004; Jamison & Scogin, 1995; Landreville & Bissonnette, 1997). Die erhobenen Daten zur Compliance wurden von den Autoren jedoch nicht in Beziehung zur Wirksamkeit der Behandlung gesetzt, sondern im Wesentlichen genutzt, um zu belegen, dass die Probanden tatsächlich große Teile des Manuals gelesen hatten. In der vorliegenden Studie soll der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Compliance und dem Behandlungserfolg untersucht werden.

Frühe Verbesserung der Symptomatik als Prädiktor

Neben den oben genannten Faktoren soll im folgenden Abschnitt die frühe Verbesserung der Symptomatik als weiterer Prädiktor beschrieben werden, der für die Anwendung in der Praxis relevant sein kann. Innerhalb von stepped-care-Modellen, für die auch Selbsthilfebücher vorgeschlagen wurden (siehe Abschnitt 2.4.2), ist es notwendig, zu bestimmen, unter welcher Bedingung eine Behandlungsstufe nicht mehr ausreichend ist und eine intensivere Behand-

lung eingesetzt werden muss (Scogin et al., 2003). Ein solches Abbruchkriterium sollte also auch für Bibliotherapie mit Selbsthilfebüchern festgelegt werden.

Mains und Scogin (2003) weisen diesbezüglich zwar darauf hin, dass es wichtig ist, bei Patienten, die mit einem Selbsthilfebuch arbeiten, regelmäßig zu überprüfen, ob es Veränderungen in der Symptomatik gegeben hat, die eine intensivere Behandlung notwendig machen. Eine genauere Festlegung erfolgt hier jedoch nicht. Scogin et al. (2003) schlagen in ihrem stepped-care-Ansatz wöchentliche Telefonate vor, in denen das Befinden und der Fortschritt im Material erfragt wird und der Patient Gelegenheit hat, Fragen zu stellen. Nach einem Monat Behandlung soll der Therapiefortschritt evaluiert und entschieden werden, ob die Patienten weiter in der Stufe verbleiben (maintenance) oder auf die nächstintensivere Stufe der Behandlung vorrücken. Auch hier wird kein konkretes Kriterium genannt.

Es wäre jedoch auch denkbar, in den ersten Behandlungswochen den Fortschritt anhand von Depressionsskalen zu überprüfen und Kriterien zu entwickeln, nach denen es mehr oder weniger wahrscheinlich ist, dass die Patienten noch in einem bestimmten Ausmaß von dem Material profitieren werden oder nicht. Auf diese Weise kann eine Bibliotherapie bereits früher abgebrochen werden, wenn schon zeitnah ein Kriterium erfüllt ist, das vorhersagt, dass der Patient mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit auch nach längerer Behandlungszeit nicht relevant profitieren wird. Solche Kriterien wurden bisher jedoch für Bibliotherapie nicht entwickelt. Es liegen einige Studien vor, die den Prädiktorwert einer frühen Verbesserung der Depressivität für den abschließenden Behandlungserfolg von Psychotherapie und vor allem von Pharmakotherapie untersucht haben (Kok, Van Baarsen, Nolen & Heeren, 2009). Prädiktoren in diesen Studien sind ein Abfall der Depressionswerte auf unterschiedlichen Skalen, z.B. mehr als 20% oder 30% zum Zeitpunkt von z.B. zwei oder vier Wochen nach Beginn der Behandlung (siehe z.B. Kieser & Szegedi, 2005; Nierenberg et al., 2000; Tadić et al., 2010). Diese Prädiktoren werden in Beziehung zu einem Kriterium gesetzt wie z.B. einem Abfall der Depressionswerte um mindestens 50% oder einem Abfall unter einen bestimmten Cut-off-Wert zum Ende der Behandlung. Kok et al. (2009) stellen fest, dass die Wahl des Prädiktors und des Kriteriums in der Literatur sehr unterschiedlich ausfällt und oft beliebig erscheint, weshalb sie in ihrer Studie zur Vorhersage des Behandlungserfolgs von Pharmakotherapie bei depressiven älteren Patienten verschiedene Kriterien und Prädiktoren in Bezug auf ihre Sensitivität und Spezifität vergleichen. Ein ähnliches Vorgehen erscheint auch in Bezug auf das frühe Ansprechen auf Bibliotherapie nützlich und soll in der vorliegenden Studie angewandt werden.

2.4.5 Therapieforschung mit Bibliotherapie

Die beschriebenen Befunde zeigen, dass Interventionen mit Selbsthilfebüchern unter bestimmten Bedingungen gut wirksam und daher eine Behandlungsmöglichkeit z.B. innerhalb von stepped-care-Modellen sein können. Cohen (1994) argumentiert dabei, dass Studien zur Wirksamkeit von bestimmten Selbsthilfebüchern gleichzeitig auch den Selbsthilfe-Ansatz einem Test unterziehen. Das bedeutet, dass diese Studien prüfen, ob Interventionen auch ohne oder mit wenig Hilfe durch einen Therapeuten wirksam sind. Dies ist für Interventionen wie z.B. behaviorale und kognitive Therapie, die meist in depressionsspezifischen Selbsthilfebüchern angewendet werden, bereits hinreichend belegt (siehe Abschnitt 2.4.3). Bisher wurden in diesen Studien Interventionen als Selbsthilfebuch-Behandlung getestet, deren Wirksamkeit in der normalen face-to-face-Psychotherapie bereits belegt war. Man kann aber noch einen Schritt weiter gehen und Selbsthilfebuchstudien nutzen, um nicht nur den Selbsthilfeansatz selbst, sondern spezifische psychotherapeutische Interventionen zu untersuchen. Das würde bedeuten, dass man nicht nur bereits evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen daraufhin untersucht, ob sie auch im Selbsthilfe-Ansatz wirken, sondern dass man Selbsthilfebuchstudien nutzt, um therapeutische Interventionen generell auf ihre Wirksamkeit hin zu testen. Damit wird der Selbsthilfebuchansatz ein methodisches Werkzeug für die Therapieforschung.

Gerade im Rahmen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieforschung ist der Selbsthilfebuchansatz gut geeignet, da kognitive Verhaltenstherapie mit der Selbsthilfebuchform gut kompatibel ist (Anderson et al., 2005; McKendree-Smith et al., 2003). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen können besonders gut in ein Selbsthilfebuchformat „übersetzt“ werden, da hier der Fokus auf spezifischen Techniken liegt. Zudem sind diese Techniken ohnehin bereits häufig detailliert beschrieben und auch manualisiert worden (Richardson & Richards, 2006).

Durch Therapieforschung mit Selbsthilfebuchstudien könnte besonders effizient die spezifische Wirksamkeit der therapeutischen Intervention untersucht werden. Selbst bei dem Einsatz mit minimalem Therapeutenkontakt liegt der Aufwand noch immer deutlich unter dem Aufwand, den eine Therapiestudie mit face-to-face-Psychotherapie erfordern würde.

Methodisch wichtig bei einer Selbsthilfebuchstudie mit minimalem Therapeutenkontakt wäre dabei der Einsatz von Placebo-Kontrollgruppen, wie er auch von Gould und Clum (1993) empfohlen wird. Nur so lassen sich tatsächlich die spezifischen Faktoren untersuchen.

Bei Wartelisten-Kontrollgruppen oder Kontrollgruppen ohne jede Intervention können unspezifische Faktoren wie das Einflößen von Hoffnung, das Gefühl, etwas gegen die Erkrankung zu unternehmen, reine Psychoedukation und die therapeutische Beziehung nicht kontrolliert werden.

Genau diese Therapieforschung mit Placebo-Kontrollgruppen wird von Richardson und Richards (2006) kritisiert. Sie bemängeln, dass dadurch wichtige therapeutisch wirksame Faktoren, nämlich die unspezifischen, vor allem auf die therapeutische Beziehung bezogenen Faktoren kontrolliert werden und es so erscheint, als ob die Wirksamkeit von KVT-Interventionen allein auf die spezifischen Techniken zurückgeführt werden könnte. Die Autoren führen Befunde zur Wirksamkeit unspezifischer Faktoren an wie eine therapeutische Allianz, Empathie und Einigung über gemeinsame Ziele (siehe Norcross, 2002, zit. nach Richardson & Richards, 2006). Auch meta-analytische Befunde zu Bibliothherapie, die besagen, dass die Effektstärken in Studien mit Wartelisten-Kontrollgruppen oder Kontrollgruppen ohne jede Intervention größer sind als in Studien mit Placebo-Kontrollgruppen (Gellatly et al., 2007; Gould & Clum, 1993; Marrs, 1995), weisen darauf hin, dass unspezifische Wirkfaktoren auch bei Interventionen mit Selbsthilfebüchern eine Rolle spielen.

Doch gerade weil die Existenz unspezifischer Faktoren bereits bekannt ist, gilt es, spezifische Effekte darüber hinaus zu erforschen und zu bestimmen, welche spezifischen Interventionen ggf. eine besonders gute Wirksamkeit haben, auf bestimmte Variablen besonders stark, also differentiell wirken oder bei bestimmten Personen besonders wirksam sind. Wenn diese Interventionen sich in Selbsthilfebuchstudien als spezifisch wirksam erwiesen haben, ist hochwahrscheinlich, dass sie auch in einer face-to-face-Psychotherapie wirksam sind – mit allen zusätzlichen unspezifischen Wirkfaktoren.

3 ZUSAMMENFASSUNG DES THEORETISCHEN HINTERGRUNDES UND ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNGEN

3.1 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes

Depressive Erkrankungen zählen in Deutschland, aber auch weltweit, zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Andrade et al., 2000; Jacobi, Wittchen et al., 2004). So fanden Jacobi, Wittchen et al. (2004) für Deutschland in der Altersgruppe der 18-65-Jährigen eine 4-Wochen-Prävalenz von 5.6%, eine 12-Monats-Prävalenz von 10.7% und eine Lebenszeitprävalenz von 17.1% von unipolaren depressiven Störungen basierend auf den DSM-IV-Kriterien (American Psychiatric Association [APA], 1994).

Unter anderem aufgrund dieser großen Häufigkeit verursachen Depressionen beträchtliche und jährlich steigende direkte Kosten für das deutsche Gesundheitssystem (König & Friemel, 2006; Statistisches Bundesamt Destatis, 2010). Zusätzlich entstehen indirekte Kosten für die Wirtschaft durch reduzierte Produktivität und verlorene Arbeitstage (Bramesfeld & Schwartz, 2007; Jacobi, Klose et al., 2004; Kessler et al., 2006). Neben den Kosten von Depressionen ist auch die Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen relevant. Laut Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO in der aktualisierten Global Burden of Disease-Studie waren Depressionen im Jahr 2010 in Westeuropa auf Platz vier der Krankheiten, die die meisten verlorenen Lebensjahre in Gesundheit verursachen (Murray et al., 2012). Studien zeigen, dass Menschen, die unter Depressionen leiden, Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen erleben (Kessler et al., 2003) und ein erhöhtes Suizidrisiko haben (Alberdi-Sudupe et al., 2011; Arsenaault-Lapierre et al., 2004).

Trotz der hohen Kosten durch Depressionen für Gesundheitssystem und Wirtschaft und großen Beeinträchtigungen für die Betroffenen ist die Versorgung und Behandlung der Patienten wenig zufriedenstellend (Kessler & Wang, 2009). Beispielsweise fanden Jacobi, Klose et al. (2004), dass Menschen mit depressiver Störung in Deutschland nur in 53.5% der Fälle jemals eine wenn auch nur minimale Behandlung aufgrund ihrer psychischen Probleme gesucht haben oder ihnen dies von einem Arzt empfohlen wurde. Laut Bundespsychotherapeutenkammer (2011) beträgt in Deutschland die Wartezeit auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten durchschnittlich drei Monate (12.5 Wochen), wobei 31.5% der Patienten

länger als drei Monate warten. In einigen Bundesländern bzw. Regionen ist die Wartezeit deutlich höher. Dies ist erschreckend, da wirksame Behandlungen für Depressionen zur Verfügung stehen und in Behandlungsleitlinien empfohlen werden (siehe z.B. de Jong-Meyer et al., 2007). Diese Behandlungen reduzieren zum einen das Leid der Betroffenen und zum anderen auch indirekte Kosten von Depressionen (Rost et al., 2004; Wells et al., 2000; Wang et al., 2006).

Basierend auf diesen bestehenden wirksamen Depressionstherapien werden psychotherapeutische Behandlungsformen fortwährend weiterentwickelt, um Therapieeffekte und Response-Raten insbesondere bei bestimmten Patientengruppen weiter zu erhöhen und die Rezidivwahrscheinlichkeit zu verringern. So soll das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2000) spezifisch chronisch Depressiven helfen, die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2002) soll insbesondere zur Rückfallprophylaxe beitragen. Beide erwähnten Therapieformen sind bereits in aktuelleren Leitlinien vertreten (de Jong-Meyer et al., 2007; Parikh et al., 2009).

Ein weiteres, neues Beispiel für Weiterentwicklungen von bestehenden, evidenzbasierten Therapien ist die metakognitive Therapie (MKT; Wells, 2009), die auf der kognitiven Therapie aufbaut. In der metakognitiven Therapie der Depression ist das Konstrukt der Rumination zentral.

Rumination und das S-REF-Modell

Rumination ist ein wichtiges Konstrukt in der Depressionsforschung, da viele sowohl längsschnittliche als auch experimentelle Befunde belegen, dass Rumination mit der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Stimmung in Verbindung steht (Brotman & DeRubeis, 2004; Lyubomirsky & Tkach, 2004; Papageorgiou & Wells, 2004; Smith & Alloy, 2009; Watkins, 2008). Es gibt eine Vielzahl von Theorien zum Konstrukt Rumination (Smith & Alloy, 2009). Die metakognitive Therapie der Depression (Wells, 2009) basiert auf der Konzeptionalisierung von Rumination im Rahmen des Self-Regulatory Executive Function (S-REF)-Modells (Wells & Matthews, 1994, 1996).

Das S-REF-Modell ist ein störungsübergreifendes Modell der Informationsverarbeitung (Wells & Matthews, 1996). Rumination wird im S-REF-Modell wie andere Formen repetitiven negativen Denkens als unflexibel eingesetzte emotionsfokussierte Coping-Strategie verstanden und wird definiert als "repetitive thoughts generated by attempts to cope with self-

discrepancy that are directed primarily toward processing the content of self-referent information and not toward immediate goal-directed action” (Matthews & Wells, 2004, S. 131 f.). Der Einsatz von Rumination als Coping-Strategie wird dabei von positiven und negativen Metakognitionen über Rumination gesteuert. Positive Metakognitionen besagen, dass Rumination eine hilfreiche Strategie ist, wie beispielsweise „Um meine depressiven Gefühle zu verstehen, muss ich über meine Probleme nachgrübeln“. Negative Metakognitionen beschäftigen sich inhaltlich zum einen mit der Unkontrollierbarkeit und Schädlichkeit von Rumination und zum anderen mit den negativen sozialen Konsequenzen von Rumination. Beispiele für negative Metakognitionen sind „Grübeln heißt, dass ich mich nicht unter Kontrolle habe“ und „Grübeln wird mich zum Versager machen“ (Papageorgiou & Wells, 2004, S.14). Positive Metakognitionen über Rumination bewirken, dass Rumination als Coping-Strategie ausgewählt wird. Der dann initiierte ruminative Prozess wird aufgrund von negativen Metakognitionen als unkontrollierbar, schädlich und sozial unerwünscht bewertet, woraufhin eine negative affektive Reaktion erfolgt. Ein Teufelskreis entsteht, da zur Bewältigung der negativen Stimmung wieder Rumination als Coping-Strategie ausgewählt wird (Papageorgiou & Wells, 2003). Rumination tritt dabei laut S-REF-Modell als Teil eines kognitiv-attentionalen Syndroms (cognitive-attentional syndrome, CAS) auf (Wells & Matthews, 1994, 1996), das zusätzlich unter anderem aus einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit, Gefahrenmonitoring und weiteren dysfunktionalen Coping-Strategien wie beispielsweise Sich-Sorgen besteht (Papageorgiou & Wells, 2003; Wells, 2009). Das CAS ist maladaptiv und trägt nach dem S-REF-Modell zu Entstehung und Rückfall bei emotionalen Störungen bei (Wells & Matthews, 1994, 1996).

Die metakognitive Therapie

Basierend auf dem S-REF-Modell soll in der MKT nicht der Inhalt dysfunktionaler Kognitionen, sondern der Prozess der dysfunktionalen kognitiven Verarbeitung selbst verändert werden (Wells & Matthews, 1996). Die MKT der Depression fokussiert vor allem auf Rumination als zentralen Bestandteil des CAS bei dieser Störung (Wells, 2009). Ziele der MKT bei Depression sind nach Wells und Papageorgiou (2004) Psychoedukation über Rumination, die Erleichterung des Aufgebens von Rumination, die Erhöhung flexibler Kontrolle über das Denken und die Modifikation von Metakognitionen. Zur Erhöhung flexibler Kontrolle über das Denken wurde das attention training treatment (ATT, Wells, 1990) entwickelt, das über ein Aufmerksamkeitstraining mit auditorischen Stimuli funktionale meta-

kognitive Pläne zur Regulation kognitiver Prozesse stärken und flexible exekutive Kontrolle über die Verarbeitung trainieren soll (Wells & Papageorgiou, 2004; Wells, 2009).

Laut Wells (2009) wurde ATT bereits erfolgreich als alleinige Intervention bei einer Reihe von Störungen eingesetzt, z.B. bei Major Depression (Papageorgiou & Wells, 2000), Panikstörung (Wells, 1990; Wells et al., 1997), sozialer Phobie (Coward & Ollendick, 2011), Zwangsstörung (Watson & Purdon, 2008), Hypochondrie (Papageorgiou & Wells, 1998) und Schizophrenie (Levaux et al., 2011; Valmaggia et al., 2007). Bisher liegen jedoch diesbezüglich fast ausschließlich Fallstudien vor. In experimentellen und kontrollierten Studien erzielte das ATT hingegen nicht die erwartete Wirkung (McEvoy & Perini, 2009; Moritz et al., 2011).

Die Wirksamkeit der MKT wurde bisher ebenfalls im Wesentlichen in Fallstudien bzw. nicht kontrollierten Studien untersucht, z.B. bei Depression (Bevan et al., 2013; Wells et al., 2009; Wells et al., 2012), generalisierter Angststörung (Wells & King, 2006), sozialer Phobie (Wells & Papageorgiou, 2001), PTBS (Wells et al., 2008; Wells & Sembi, 2004) und Patienten mit einer Zwangsstörung (Fisher & Wells, 2008; Rees & van Koesveld, 2008). Doch auch erste randomisierte, kontrollierte Studien liefern Befunde zur Wirksamkeit der MKT bei generalisierter Angststörung (Van der Heiden et al., 2012; Wells et al., 2010), sozialer Phobie (Clark et al., 2003), PTBS (Wells & Colbear, 2012), Zwangsstörung (Simons et al., 2006) und körperdysmorpher Störung (Rabiei et al., 2012).

Wenn in randomisierten, kontrollierten Studien gezeigt werden kann, dass die MKT der Depression sowohl Depressivität als auch spezifisch Rumination und Metakognitionen über Rumination reduzieren kann, könnte MKT das Spektrum von Depressionstherapien sinnvoll erweitern.

Vorteile von Bibliotherapie für Praxis und Forschung

Auch die Entwicklung neuer wirksamer Depressionstherapien kann das Problem der wenig zufriedenstellenden Versorgung depressiver Patienten nicht lösen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011; Jacobi, Klose, et al., 2004). Unter anderem eine Unzufriedenheit mit der Versorgung hat dazu geführt, dass in den letzten zwei Jahrzehnten Selbsthilfe-Behandlungen immer populärer geworden sind (Clarke et al., 2006; Norcross, 2000) und es eine regelrechte self-help revolution in der Behandlung von psychischen Erkrankungen gegeben hat (Norcross, 2000). Eine Selbsthilfe-Behandlung ist definiert als Behandlung, die von Be-

troffenen angewendet werden kann, ohne notwendigerweise einen Therapeuten oder andere professionelle Helfer zu konsultieren (Jorm et al., 2002). Ein Beispiel für eine Selbsthilfe-Behandlung ist Bibliothherapie (Mains & Scogin, 2003).

Die Definitionen von Bibliothherapie gehen weit auseinander (Jack & Ronan, 2008) und nicht alle Definitionen sind mit dem Selbsthilfe-Ansatz vereinbar. Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive und mit dem Fokus auf instruktionale Selbsthilfebücher (siehe Cohen, 1994) wird Bibliothherapie beispielsweise von McKendree-Smith et al. (2003) definiert als eine konkrete Intervention in geschriebener Form, die so entwickelt wurde, dass der Patient selbst sie entweder ohne Therapeuten oder mit minimalem Kontakt zu einem Therapeuten anwenden kann. Vorteile von Bibliothherapie in Form von didaktischen Selbsthilfebüchern sind die einfache und kostengünstige Anwendung und das Potenzial, viele Menschen mit Materialien guter Qualität zu erreichen (Cuijpers, 1997; Gregory et al., 2004; Norcross, 2000). Diese Vorteile sind vor allem relevant, wenn Psychotherapie schlecht verfügbar ist, entweder aufgrund langer Wartezeiten (Gregory et al., 2004) oder weil kein Psychotherapeut in der Nähe des Wohnortes der Patienten praktiziert (Cuijpers, 1997). Daher wird Bibliothherapie in Form von didaktischen (Grahmann & Linden, 2005; Silverberg, 2003), problemfokussierten (Bergsma, 2008) Selbsthilfebüchern oft als die erste Behandlungsstufe innerhalb von stepped-care-Modellen vorgeschlagen (Lovell & Richards, 2000; Mains & Scogin, 2003; Scogin et al., 2003).

Zur Wirksamkeit von didaktischem, problemfokussiertem Bibliotherapiematerial bzw. Selbsthilfebüchern für Depressionen liegen bereits viele empirische Befunde vor und in vielen Überblicksartikeln wird der Einsatz von Selbsthilfebüchern bei dieser Störung empfohlen (siehe z.B. Anderson et al., 2005; Bower et al., 2001; Cuijpers, 1997; Jorm et al., 2002; Mains & Scogin, 2003; McKendree-Smith et al., 2003). Die meisten Selbsthilfematerialien zu Depression sind dabei kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet (Gregory et al., 2004). Auch in Meta-Analysen zum Einsatz von Selbsthilfebüchern bei Depression zeigt sich allgemein eine gute Wirksamkeit mit Effektstärken von $d = 0.567$ (Marrs, 1995), $d = 0.82$ (Cuijpers, 1997) und $d = 0.77$ (Gregory et al., 2004). Aktuelle Leitlinien zur Psychotherapie affektiver Störungen empfehlen ausdrücklich den Einsatz von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Bibliothherapie bei Depression (de Jong-Meyer et al., 2007; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009; Parikh et al., 2009).

Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfebüchern prüfen auch den Selbsthilfe-Ansatz selbst (Cohen, 1994) bzw. ob psychotherapeutische Interventionen auch ohne oder mit wenig Hilfe

durch einen Therapeuten wirksam sind. Dies ist für evidenzbasierte Interventionen wie z.B. behaviorale und kognitive Therapie, die meist in depressionsspezifischen Selbsthilfebüchern angewendet werden, bereits hinreichend belegt. Selbsthilfebuchstudien können aber auch genutzt werden, um spezifische neue psychotherapeutische Interventionen zu untersuchen. Damit wird der Selbsthilfebuchansatz ein effizientes methodisches Werkzeug für die Therapieforschung, da der therapeutische Aufwand deutlich unter dem der face-to-face-Psychotherapie liegt. Gerade im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie ist der Selbsthilfebuchansatz zur Therapieforschung gut geeignet, da kognitive Verhaltenstherapie mit Selbsthilfebüchern gut kompatibel ist (Anderson et al., 2005; McKendree-Smith et al., 2003) und diese Techniken ohnehin bereits häufig detailliert beschrieben und auch manualisiert worden sind (Richardson & Richards, 2006).

Für die vorliegende Arbeit soll ein Bibliothherapie-Manual zur metakognitiven Therapie der Depression erstellt werden, das charakterisiert werden kann als didaktisches (Grahmann & Linden, 2005; Silverberg, 2003), problemfokussiertes Buch (Bergsma, 2008) ohne interaktive Komponente, das rezeptiv (Grahmann & Linden, 2005), intentional (Cohen, 1994; Grahmann & Linden, 2005) und mit minimaler Therapeutenbegleitung (Glasgow & Rosen, 1978) eingesetzt werden soll.

3.2 Hauptfragestellungen: Wirksamkeit der metakognitiven Therapie als Bibliotherapie und Prädiktoren für den Therapieerfolg

3.2.1 Ableitung der Hauptfragestellungen

Zum metakognitiven Therapieansatz bei Depressionen gibt es bisher nur wenige Studien. Das ATT als alleinige Behandlungsmethode wurde bisher nur in einer vorläufigen Studie von Papageorgiou und Wells (2000) an vier Probanden untersucht. Auch zur vollständigen metakognitiven Therapie bei Depression gibt es lediglich unkontrollierte, nicht randomisierte Studien mit geringen Stichprobengrößen von vier bis zwölf Probanden (Bevan et al., 2013; Wells et al., 2009; Wells et al., 2012). In allen Studien war die Anwendung von MKT bei Depression jedoch erfolgreich, sodass eine Überprüfung der Wirksamkeit der MKT bei Depression mittels eines randomisierten, kontrollierten Designs gerechtfertigt erscheint. Eine solche Überprüfung soll in der vorliegenden Studie durchgeführt werden.

Die metakognitive Bibliotherapie soll in der vorliegenden Studie mit einer Placebo-Kontrollgruppe verglichen werden, so wie es von Gould und Clum (1993) empfohlen wird, da auf diese Weise unspezifische Faktoren wie eine positive Erwartungshaltung, Selbstbeobachtung und die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm kontrolliert werden können.

Zusätzlich soll der prädiktive Wert von Komorbidität, Ersterkrankungsalter, Compliance und früh eintretender Verbesserung untersucht werden.

Über den Einfluss von Komorbidität auf die Wirkung von Bibliotherapie ist wenig bekannt, da für eine möglichst reine Stichprobe viele komorbide Erkrankungen wie Schizophrenie, Demenz oder Alkoholabhängigkeit in Studien meist ausgeschlossen werden und da aufgrund der mit diesen Erkrankungen assoziierten kognitiven Defizite ein Selbsthilfebuch eher nicht indiziert ist (McKendree-Smith et al., 2003). Andere komorbide psychiatrische Erkrankungen wie beispielsweise Angststörungen sprechen nicht per se gegen die Behandlung mit einem Selbsthilfebuch, weshalb die Fragestellung interessant ist, ob Komorbiditäten einen schlechteren Behandlungserfolg vorhersagen. Ein negativer Einfluss von komorbiden Erkrankungen auf die Effektivität einer Depressionsbehandlung wird beispielsweise in Depressions-Leitlinien erwähnt (de Jong-Meyer et al., 2007; Parikh et al., 2009). Daher wird hier vermutet, dass zusätzlich zur primären Diagnose Depression vorliegende komorbide

psychische Störungen außer den in der Studie ausgeschlossenen Erkrankungen sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe einen schlechteren Behandlungserfolg vorherzusagen.

Ein frühes Ersterkrankungsalter in Bezug auf die depressive Störung wurde von Brown und Lewinsohn (1984) als Prädiktor für ein schlechteres Ansprechen auf eine Behandlung mit dem Coping with depression-Programm sowohl im face-to-face-Format, im Gruppenformat und als Selbsthilfebuch mit minimalem Therapeutenkontakt gefunden. Daher wird in der vorliegenden Studie erwartet, dass ein frühes Ersterkrankungsalter sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe einen schlechteren Behandlungserfolg vorhersagt.

Es wird angenommen, dass die Motivation und die Einstellung des Individuums speziell zu Selbsthilfebüchern wichtig für das Therapieergebnis ist (Mains & Scogin, 2003). Die Motivation, mit einem Selbsthilfebuch zu arbeiten, kann sich beispielsweise in der Compliance eines Patienten im Sinne von gelesenen Seiten oder bearbeiteten Aufgaben im Buch ausdrücken. In Bibliotherapiestudien zu Depression wurde dies von einigen Autoren mit erhoben (Floyd, Scogin, et al., 2004; Jamison & Scogin, 1995; Landreville & Bissonnette, 1997), jedoch nicht in Beziehung zur Wirksamkeit der Behandlung gesetzt. In der vorliegenden Studie soll der Zusammenhang der Compliance mit dem Behandlungserfolg untersucht werden mit der Hypothese, dass eine höhere Compliance sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe einen besseren Behandlungserfolg vorhersagt.

Im Bereich der face-to-face-Psychotherapie und vor allem der Pharmakotherapie liegen bereits einige Studien vor, die zeigen, dass eine frühe Verbesserung der Depressivität im Behandlungsverlauf einen besseren Behandlungserfolg vorhersagt (Kieser & Szegedi, 2005; Kok et al., 2009; Nierenberg et al., 2000; Tadić et al., 2010). Dies ist von Interesse, da im Rahmen von stepped-care-Modellen, in denen auch Bibliothherapie eingesetzt werden soll, bestimmt werden muss, unter welcher Bedingung eine Behandlungsstufe nicht mehr ausreichend ist und eine intensivere Behandlung eingesetzt werden sollte. Bisherige Vorschläge zum Vorgehen blieben jedoch unkonkret (siehe Mains & Scogin, 2003; Scogin et al., 2003), eine Entwicklung von konkreteren Anhaltspunkten diesbezüglich ist daher wünschenswert. Kok et al. (2009) stellen fest, dass die Wahl des Prädiktors und des Kriteriums in der Literatur sehr unterschiedlich ausfallen und oft beliebig erscheinen. Die Autoren vergleichen in ihrer Studie zur Vorhersage des Behandlungserfolgs von Pharmakotherapie bei depressiven älteren Patienten verschiedene Kriterien und Prädiktoren in Bezug auf ihre Sensitivität und Spezifität. Ein ähnliches Vorgehen soll in der vorliegenden Studie angewandt werden.

3.2.2 Hypothesen zu den Hauptfragestellungen

I.A. Veränderung der Depressivität

- I.A.1. In beiden Gruppen reduziert sich das Ausmaß der Depressivität über die Zeit.
- I.A.2. In der Gruppe, die das metakognitive Manual erhält, ist die Reduktion der Depressivität größer als in der Kontrollgruppe.
- I.A.3. Die Verbesserungen bleiben zum Follow-up-Zeitpunkt erhalten.

I.B. Weitere Prädiktoren für Depressivität in beiden Gruppen

- Compliance:
 - I.B.1. Je mehr Seiten des Bibliothherapie-Manuals gelesen wurden, desto größer die Reduktion der Depressivität.
 - I.B.2. Je mehr Aufgaben im Bibliothherapie-Manual bearbeitet wurden, desto größer die Reduktion der Depressivität.
- Schwere der Erkrankung:
 - I.B.3. Je früher der Beginn der depressiven Störung (bei rezidivierender depressiver Störung das Alter bei der ersten Episode), desto geringer die Reduktion der Depressivität.
 - I.B.4. Wenn eine oder mehr komorbide psychische Erkrankungen zur Depression bestehen, ist die Reduktion der Depressivität geringer.
- Frühes Ansprechen auf die Behandlung:
 - I.B.5. Verschiedene Kriterien und Prädiktoren für den Behandlungserfolg sollen in Bezug auf ihre Sensitivität und Spezifität untersucht werden.

3.3 Nebenfragestellung: Spezifische Veränderung kognitiver Variablen

3.3.1 Ableitung der Nebenfragestellung

Eine Überprüfung der Wirksamkeit von MKT bei Depression bietet auch eine Möglichkeit, Rückschlüsse auf das der MKT zugrundeliegende S-REF-Modell zu ziehen, da eine Überprüfung von Interventionen, die auf einer bestimmten Ruminationstheorie basieren, auch als eine Form der Überprüfung der zugrundeliegenden Theorie angesehen werden können (Brotman & DeRubeis, 2004). Wenn ein bestimmter Prozess eine Störung tatsächlich aufrechterhält, müsste eine Intervention, die diesen Prozess spezifisch beeinflusst, therapeutischen Nutzen haben (Watkins, 2009, S. 9). Zusätzlich zu einer generellen Reduktion der Depressivität sollte die MKT bei Depression daher die vom S-REF-Modell postulierten zentralen Prozesse Metakognitionen und Rumination reduzieren. Ob eine solche spezifische Veränderung durch MKT bei Depressionen eintritt, soll in der vorliegenden Studie untersucht werden. Vermutet wird, dass sich Rumination sowie positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen in der metakognitiven Bibliothherapiegruppe stärker reduzieren als in der Kontrollgruppe. Zusätzlich soll explorativ die Veränderung von Selbstaufmerksamkeit, Lebenszufriedenheit und automatischen Gedanken analysiert werden.

3.3.2 Hypothesen zur Nebenfragestellung

II.A. Hypothese zur Veränderung von Rumination

- II.A.1. In der Gruppe, die das metakognitive Manual erhält, ist die Reduktion der Rumination größer als in der Kontrollgruppe.

II.B. Hypothesen zur Veränderung von Metakognitionen

- II.B.1. In der Gruppe, die das metakognitive Manual erhält, ist die Reduktion von positiven Metakognitionen über Rumination größer als in der Kontrollgruppe.
- II.B.2. In der Gruppe, die das metakognitive Manual erhält, ist die Reduktion von negativen Metakognitionen über Rumination größer als in der Kontrollgruppe.
- II.B.3. In der Gruppe, die das metakognitive Manual erhält, ist die Reduktion von positiven Metakognitionen über Sorgen größer als in der Kontrollgruppe.

- II.B.4. In der Gruppe, die das metakognitive Manual erhält, ist die Reduktion von negativen Metakognitionen über Sorgen größer als in der Kontrollgruppe.

II.C. Explorative Analysen zur Veränderung weiterer Variablen

Zusätzlich sollen explorative Analysen zur Veränderung von negativem Selbstfokus, automatischen Gedanken und Lebensqualität durchgeführt werden.

4 HAUPTFRAGESTELLUNGEN: WIRKSAMKEIT DER METAKOGNITIVEN THERAPIE ALS BIBLIOTHERAPIE UND PRÄDIKTOREN FÜR DEN THERAPIEERFOLG

4.1 Methode

4.1.1 Stichprobe

An der Studie nahmen 32 Patientinnen und Patienten der Psychotherapieambulanz am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Münster teil, die auf einen Therapieplatz warteten. Eingeschlossen wurden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit aktueller leichter bis mittelschwerer Major Depression, dysthymen Störung oder nicht näher bezeichneten depressiven Störung, diagnostiziert mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I Interview; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997). Ausschlusskriterien waren schwere Depression, Abhängigkeit von Substanzen, bipolare Störung, selbstberichtete generelle Leseschwierigkeiten, akute Suizidalität, psychotische Symptome und eine aktuelle Psychotherapie oder die durch die Versuchsleiterin eingeschätzte Notwendigkeit der unmittelbaren Überweisung in eine stationäre Therapie. War die Muttersprache nicht Deutsch, musste Deutsch mit Beginn der Grundschule erlernt worden sein. Nahmen die Probanden Antidepressiva oder andere Psychopharmaka ein, so durften Präparat und Dosis nicht innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn oder während der Studie verändert worden sein.

Die Experimentalgruppe (EG), die das Manual zur metakognitiven Therapie erhielt, bestand aus 15 Probanden, die Kontrollgruppe (KG) bestand aus 17 Probanden. Die Stichprobencharakteristika getrennt nach der Gruppe sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Stichprobencharakteristika getrennt nach Gruppe

Variable	Experimentalgruppe (<i>n</i> = 15)	Kontrollgruppe (<i>n</i> = 17)
Geschlecht	♀ = 10, ♂ = 5	♀ = 9, ♂ = 8
Alter	<i>M</i> = 27.4, <i>SD</i> = 6.2	<i>M</i> = 29.8, <i>SD</i> = 8.2
Schulabschluss	Realschule: 2 Fachabitur/Abitur: 9 Hochschulabschluss: 4	Realschule: 2 Fachabitur/Abitur: 11 Hochschulabschluss: 4
Antidepressive Behandlung*	Ja = 5, Nein = 10	Ja = 3, Nein = 14
Depressivität baseline (BDI-V)	<i>M</i> = 53.2, <i>SD</i> = 13.0	<i>M</i> = 53.2, <i>SD</i> = 14.7
Hauptdiagnose:		
MD, einzelne Episode	<i>n</i> = 7 (47%)	<i>n</i> = 6 (35%)
MD, rezidivierend	<i>n</i> = 7 (47%)	<i>n</i> = 9 (53%)
Dysthyme Störung	<i>n</i> = 1 (6%)	<i>n</i> = 0 (0%)
Depressive Störung NNB	<i>n</i> = 0 (0%)	<i>n</i> = 2 (12%)
Ersterkrankungsalter**	<i>M</i> = 21.6, <i>SD</i> = 7.2	<i>M</i> = 22.4, <i>SD</i> = 9.0
Komorbide Störungen		
Min. 1 komorbide Störung	<i>n</i> = 8 (53%)	<i>n</i> = 8 (47%)
Angststörung(en)	<i>n</i> = 8 (53%)	<i>n</i> = 5 (29%)
Somatoforme Störung	<i>n</i> = 1 (7%)	<i>n</i> = 0 (0%)
Essstörung	<i>n</i> = 1 (7%)	<i>n</i> = 1 (6%)
Alkoholmissbrauch	<i>n</i> = 1 (7%)	<i>n</i> = 2 (12%)

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; * Zu antidepressiver Behandlung zählte auch die Behandlung mit Johanniskraut-Präparaten; MD: Major Depression; **: bezogen auf die affektive Störung.

4.1.2 Entwicklung des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals

Grundlage für das Manual zur metakognitiven Therapie (Miethe, 2008) sind die in Wells (2000) und Wells und Papageorgiou (2004) dargestellten Therapieprinzipien für metakognitive Therapie bei Depressionen. Diese umfassen folgende Schritte:

1. Psychoedukation zum Einfluss von Rumination auf Depression: Die Probanden erhalten Informationen zu Grübeln und dessen Folgen für die Stimmung (Aufrechterhaltung der Depression).
2. Frühes Unterbrechen ruminativer Prozesse: Durch Identifizierung subjektiver Vor- und Nachteile von Rumination sowie gezielte Planung von Aktivitäten als Strategie

zum Unterbrechen von Grübelprozessen sollen ruminative Prozesse früh unterbrochen werden.

3. Training flexibler Aufmerksamkeitslenkung: Mit Hilfe einer Übungs-CD werden die Probanden zum attention training treatment (ATT; Wells, 1990; Wells, 2000) angeleitet, das die flexible Aufmerksamkeitslenkung trainieren soll.
4. Identifizierung und Modifikation negativer und positiver Metakognitionen über Rumination: Metakognitionen über Rumination wurden identifiziert und durch realistische Informationen, Disputation mit Vorwegnahme von Argumenten sowie den Aufbau von Alternativstrategien gezielt modifiziert.
5. Rückfallprophylaxe: Durch Reduktion von Symptomstress sollen neue ruminative Prozesse und erhöhter Selbstfokus bei normalen Stimmungsschwankungen verhindert werden, was zur Rückfallprophylaxe beitragen soll.

Jedem Schritt ist ein Kapitel gewidmet. Zusätzlich wird das Manual durch ein psychoedukatives Kapitel eingeleitet, das allgemeine Informationen zu Prävalenz, Symptomen und Entstehung von Depressionen vermittelt. Alle insgesamt sechs Kapitel beinhalten Übungsaufgaben (z.B. Selbstbeobachtung, Verhaltensexperimente, Sammeln von Argumenten zur kognitiven Umstrukturierung) zu den einzelnen Themen.

Manual der Kontrollgruppe

Ein Kontrollgruppen-Manual (Miethe, 2009) wurde erstellt, um unspezifische Wirkfaktoren wie das Normalisieren depressiver Symptome, Aufmerksamkeit durch die Versuchsleiterin oder das Gefühl, etwas gegen die Erkrankung zu unternehmen, zu kontrollieren. Das Kontrollgruppen-Manual beinhaltet über diese unspezifischen Wirkfaktoren hinaus keinerlei spezifische Therapieelemente. Es besteht aus Texten, in denen depressive Symptome dargestellt werden, wie z.B. Erfahrungsberichten depressiver Patienten oder Romanausschnitten. Die Texte sind nach inhaltlichen Aspekten in Kapitel unterteilt (z.B. zu Symptomen, zu sozialen Kontakten, zu Arbeit und Aktivitäten). In Übungsaufgaben sollen die Probanden ihr Erleben mit dem dargestellten Erleben im Text vergleichen. Insgesamt besteht das Manual der Kontrollgruppe wie das Manual zur metakognitiven Therapie aus sechs Kapiteln, dabei ist das erste Kapitel identisch mit dem psychoedukativen ersten Kapitel des Manuals zur metakognitiven Therapie.

4.1.3 Messinstrumente

Als Screeninginstrument wurde das Depressionsmodul aus dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002; englische Originalversion: Prime MD Patient Health Questionnaire; PHQ; Spitzer, Kroenke & Williams, 1999) genutzt. Der PHQ wurde für die Primärmedizin entwickelt, um die Erkennung der häufigsten psychischen Störungen, wie unter anderem somatoformer Störungen, Angststörungen und depressiver Störungen, zu erleichtern. In der vorliegenden Untersuchung wurde nur das Depressionsmodul genutzt, das mit neun Items die Symptome des A-Kriteriums für eine Episode einer Major Depression nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) erfragt. Die Items sollen in Bezug auf ihre Häufigkeit in den vorangegangenen zwei Wochen auf einer vierstufigen Skala von *Überhaupt nicht*, *An einzelnen Tagen*, *An mehr als der Hälfte der Tage* bis *Beinahe jeden Tag* eingeschätzt werden. Das Depressionsmodul des PHQ-D kann dimensional (genannt PHQ-9) und kategorial ausgewertet werden. Die interne Konsistenz der PHQ-9-Skala beträgt $\alpha = .88$ (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004). Hier wurde nur eine kategoriale Auswertung vorgenommen, bei der ein an das DSM-IV angelegter Algorithmus angewendet wird, um das Vorliegen eines depressiven Syndroms zu bestätigen oder abzulehnen. Eine Diagnose einer Störung ermöglicht der PHQ-D nicht, da dafür noch die Abklärung weiterer Kriterien notwendig wäre. Die Sensitivität bei kategorialer Auswertung für die Diagnose einer Major Depression wird mit 78%, die Spezifität mit 80% in einer Stichprobe von Patienten aus einer psychosomatischen Ambulanz angegeben (Gräfe et al., 2004).

Depressivität wurde mit dem vereinfachten Beck-Depressions-Inventar (BDI-V; Schmitt & Maes, 2000) erfasst. Das BDI-V hat 20 Items, in denen depressive Symptome mit nur einer Aussage operationalisiert werden. Die Symptome sollen bezüglich ihrer Auftretenshäufigkeit auf einer 6-stufigen Skala (von 0 = *nie* bis 5 = *fast immer*) beurteilt werden. Damit unterscheidet es sich vom originalen BDI (Beck & Steer, 1987; deutsch: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994), welches 21 Symptome mit je vier Aussagen mit ansteigender Schwierigkeit abfragt. Im BDI-V wurden bis auf das Symptom des Gewichtsverlustes alle Symptome aus dem originalen BDI übernommen. Für die hier beschriebene Untersuchung wurde das BDI-V anstelle des originalen BDIs gewählt, da es durch das vereinfachte Format am Telefon besser durchführbar ist. Schmitt und Maes (2000) berichten eine interne Konsistenz von $\alpha = .90$. Laut Schmitt et al. (2003) hat die Vereinfachung des BDI zu keiner wesentlichen Änderung seiner Messeigenschaften geführt. Normen liegen vor (Schmitt, Altstötter-

Gleich, Hinz, Maes & Brähler, 2006). Als Cut-off-Wert für eine klinisch relevante Ausprägung der Depressivität empfehlen die Autoren einen Rohwert von 35 (Sensitivität = 92%, Spezifität = 91%).

Die Compliance der Probanden wurde über die Anzahl gelesener Seiten und die Anzahl bearbeiteter Aufgaben in einer Woche operationalisiert. Diese wurden in der Therapiephase wöchentlich telefonisch erfasst mit den Fragen „Wie viele Seiten haben Sie in der letzten Woche gelesen?“ und „Wie viele Aufgaben haben Sie in der letzten Woche gemacht?“.

Anhand des SKID-I Interviews (Wittchen et al., 1997) wurden sowohl die depressive Störung als auch vorliegende komorbide psychische Erkrankungen diagnostiziert und das Erkrankungsalter in Bezug auf die depressive Störung erfragt.

Die Erwartung der Probanden an die Behandlung wurde vor Ausgabe des Selbsthilfebuches erfasst mit den Fragen „Was denken Sie, wie sehr Ihnen das Lesen dieses Selbsthilfebuches helfen wird?“ (einzuschätzen auf einer 5-stufigen Skala von 0 = *es wird mir gar nicht helfen* bis 4 = *es wird mir sehr helfen*) und „Was denken Sie, wie es Ihnen in sechs Wochen (nach der Lesephase) gehen wird?“ (einzuschätzen auf einer 5-stufigen Skala von -2 = *es wird mir viel schlechter gehen* bis +2 = *es wird mir viel besser gehen*).

4.1.4 Studienablauf und -design

Ablauf

Die Studie bestand aus einem Screening, einem ersten Diagnostiktermin, einer sechswöchigen Therapiephase, einer abschließenden Diagnostik, einem Debriefingtermin sowie einem Follow-up-Telefonat. Die Vorgehensweise zu den einzelnen Zeitpunkten wird im Folgenden beschrieben:

Screening: Patienten, die im Erstkontakt in der Psychotherapie-Ambulanz Münster eine depressive Symptomatik berichteten, wurden auf ihre Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, mündlich angesprochen. Stimmt die Patienten zu, wurden sie telefonisch mit Hilfe des PHQ-D gescreent. Lag laut Screening ein depressives Syndrom vor, wurden die Probanden zu einem Diagnostiktermin eingeladen.

Diagnostiktermin (Zeitpunkt „Prä“): Nach ausführlicher Aufklärung und schriftlicher Dokumentation der Einwilligung der Probanden wurde ein SKID-I Interview (Wittchen et al.,

1997) durchgeführt und die Probanden füllten den Fragebogen BDI-V und die Fragen zur Erwartung an die Behandlung aus. Die Ergebnisse weiterer Fragebögen, die von den Probanden an dieser Stelle bearbeitet wurden, werden in Abschnitt 5 beschrieben. Danach erhielten die Probanden eines der beiden Selbsthilfe-Manuale mit einer kurzen inhaltlichen Einführung und der Empfehlung, jede Woche ein Kapitel zu lesen.

Therapiephase: Während einer sechswöchigen Therapiephase lasen die Probanden selbstständig das Selbsthilfebuch. Bei wöchentlichen Telefonkontakten mit der Versuchsleiterin hatten die Probanden die Gelegenheit, Verständnisfragen zum Manual zu stellen. Zusätzlich wurde telefonisch der BDI-V durchgeführt und die Anzahl gelesener Seiten und bearbeiteter Aufgaben erfragt. Die Messzeitpunkte der Telefonate eins bis sechs werden im Folgenden mit „tel1“ bis „tel6“ abgekürzt.

Post-Messung (Zeitpunkt „Post“): Nach Ablauf der sechs Wochen bearbeiteten die Probanden erneut den BDI-V und Fragen zum Eintreffen der Erwartung (sowie weitere Fragebögen, siehe Abschnitt 5). Das Fragebogenpaket wurde den Probanden per Post zugeschickt.

Debriefing: Nach Rücklauf der Fragebögen wurden die Probanden zu einem Debriefing-Termin eingeladen, bei dem sie eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Fragebogen-diagnostik sowie Informationen über weitere Behandlungsmöglichkeiten erhielten. Auf Wunsch erhielten die Probanden ein Exemplar des jeweils anderen Manuals.

Follow-up (Zeitpunkt „FU“): Sechs Wochen nach dem Debriefing wurde telefonisch erneut der BDI-V durchgeführt sowie die weitere Nutzung des Manuals (Antwortmöglichkeiten: *ja* oder *nein*) erfasst.

Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethik-Kommission des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Münster vor.

Die Anzahl von Probanden in jeder Phase sowie ausgeschlossene Probanden und Drop-outs können dem Ablaufdiagramm (Abbildung 1) entnommen werden. Wie aus dem Ablaufdiagramm ersichtlich wird, war ein häufiger Grund für Drop-outs, dass die Probanden im Verlauf der Studie eine Therapie begonnen hatten.

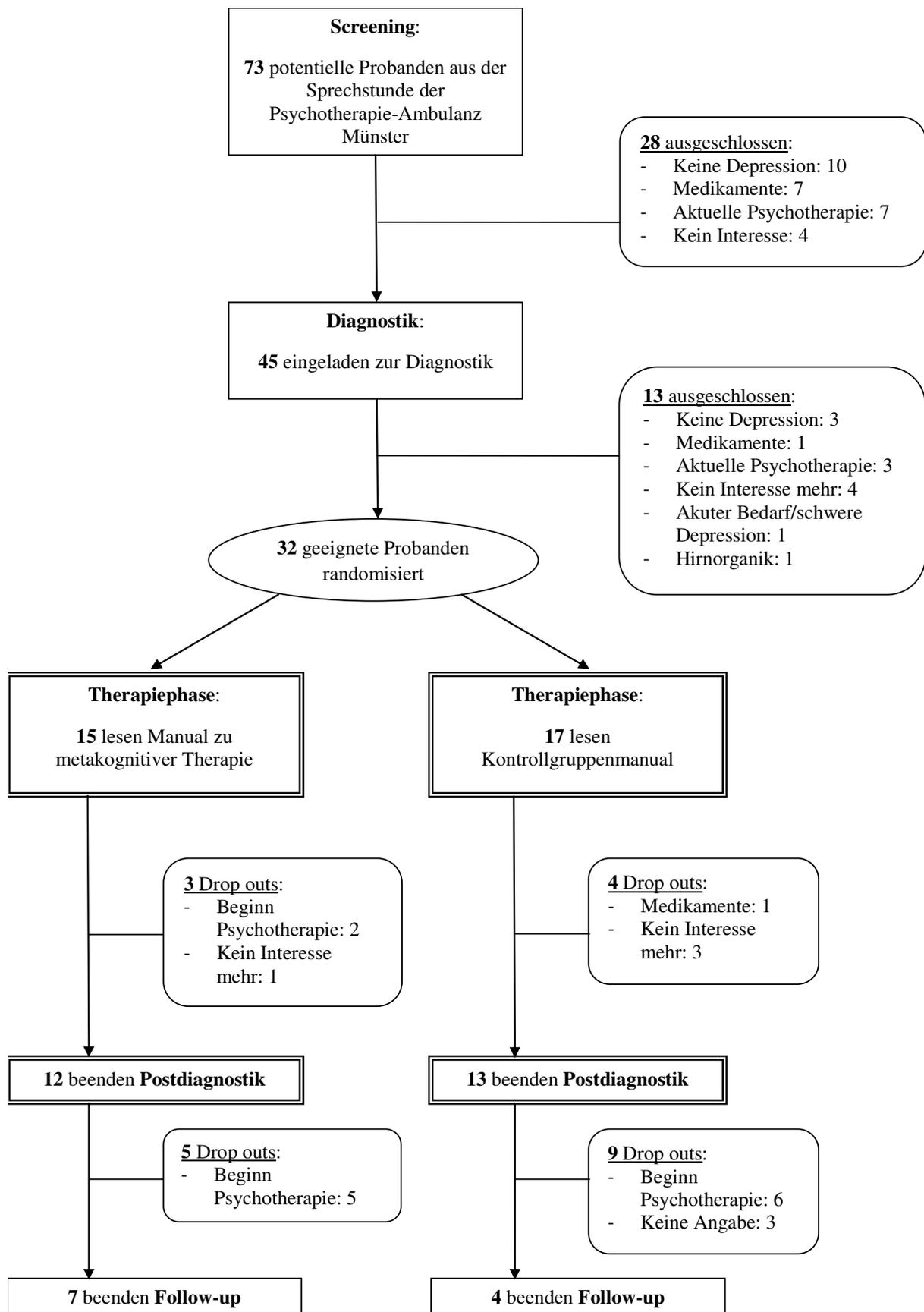


Abbildung 1: Ablaufdiagramm der Studie

Design

Die Probanden wurden anhand eines vorher festgelegten Randomisierungsplans zufällig entweder der Experimentalgruppe zugeteilt, die das Manual zur metakognitiven Therapie erhielt, oder der Placebo-Kontrollgruppe zugeteilt, die das Kontrollgruppen-Manual ohne spezifische Wirkfaktoren erhielt. Bei der Randomisierung wurden das Alter, das Geschlecht, der Bildungsgrad sowie eventuelle antidepressive Medikation berücksichtigt.

Es liegt ein 2x3-faktorielles Design mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppe (Experimental- vs. Kontrollgruppe) und dem Innersubjektfaktor Zeit (Prä-, Post-, Follow-up-Messung) vor.

4.1.5 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte bei einzelnen Items der Fragebögen wurden mit der Methode der response function imputation (Sijtsma & Van der Ark, 2003) imputiert. Hierzu wurde im Programm IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., 2011) eine Syntax von Van Ginkel und Van der Ark (2010) verwendet, die frei verfügbar ist.

Fehlende Werte auf ganzen Skalen (BDI-V, gelesene Seiten oder bearbeitete Aufgaben) kamen dadurch zustande, dass Probanden entweder aus der Studie herausgefallen sind (zu Anzahl von Drop-outs siehe Abbildung 1), für einen Messzeitpunkt nicht erreichbar waren oder zu einem Messzeitpunkt nicht alle Daten erhoben werden konnten (z.B. weil Probanden die Zeit fehlte, um den Fragebogen durchzugehen, oder sie zur Arbeit mit dem Buch keine Angaben machen konnten). Häufigkeiten dieser fehlenden Werte sind Tabelle 19 in Abschnitt 9.1.1 (BDI-V) und Tabelle 22 in Abschnitt 9.1.2 (gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben) des Anhangs zu entnehmen. Wie mit diesen fehlenden Werten umgegangen wurde, wird bei den jeweiligen Analysen beschrieben.

4.2 Ergebnisse

Alle Berechnungen und statistischen Tests wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., 2011) durchgeführt. Den statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt.

4.2.1 Unterschiede zwischen den Gruppen und zwischen Completern und Drop-outs

Untersuchung von Baseline-Unterschieden zwischen den Gruppen

Bezüglich des Geschlechterverhältnisses gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (EG = 67% bzw. KG = 53% weibliche Probanden; $\chi^2(1) = 0.622, p = .491$). Auch der Anteil an Probanden, die Antidepressiva einnahmen, unterschied sich zwischen den Gruppen nicht signifikant (33% bzw. 18%; $\chi^2(1) = 1.046, p = .423$, exakter Test nach Fisher). Der Anteil an Probanden mit mindestens einer komorbiden Störung war in beiden Gruppen annähernd gleich (53% bzw. 47%; $\chi^2(1) = 0.125, p > .999$). Zu Beginn der Studie gab es bezüglich Alter, Ersterkrankungsalter, BDI-V und Erwartung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (MANOVA: $F(5, 26) = 0.207, p = .957$).

Untersuchung von Unterschieden zwischen Completern und Drop-outs

Als Completer werden im Folgenden Probanden bezeichnet, die bis zum Zeitpunkt der Post-Diagnostik an der Studie teilgenommen haben. Drop-outs sind diejenigen Probanden, die vor der Post-Diagnostik aus der Studie herausgefallen sind.

Zu Beginn der Studie gab es bezüglich Alter, Ersterkrankungsalter, BDI-V und Erwartung keine signifikanten Unterschiede zwischen späteren Drop-outs und Completern (MANOVA: $F(5, 26) = 0.453, p = .807$).

4.2.2 Ergebnisse zu den Hypothesen I.A. – Veränderung der Depressivität

Mittelwerte und Standardabweichungen der BDI-V-Werte für die Completer getrennt nach Messzeitpunkt und Gruppe (metakognitive Gruppe und Kontrollgruppe) sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: BDI-V-Werte der Completer zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten.

BDI-V	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe		
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>n</i>
Prä	51.2	(13.8)	12	53.1	(16.5)	13
tel1	41.4	(14.3)	12	40.8	(19.3)	12
tel2	39.1	(16.3)	11	44.3	(18.2)	10
tel3	37.8	(17.8)	12	38.7	(18.7)	12
tel4	28.5	(15.2)	11	33.7	(14.5)	11
tel5	34.5	(16.5)	10	38.6	(13.2)	12
tel6	29.7	(15.4)	12	35.7	(19.4)	13
Post	29.2	(16.9)	12	37.4	(20.1)	13

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *n*: Anzahl gültiger Werte für den jeweiligen Messzeitpunkt; Prä: Zeitpunkt Diagnostiktermin; tel1 bis tel6: Telefonkontakte eins bis sechs in der Therapiephase; Post: Zeitpunkt Post-Messung.

Die Mittelwerte der Completer getrennt nach Gruppen werden in Abbildung 2 graphisch dargestellt.

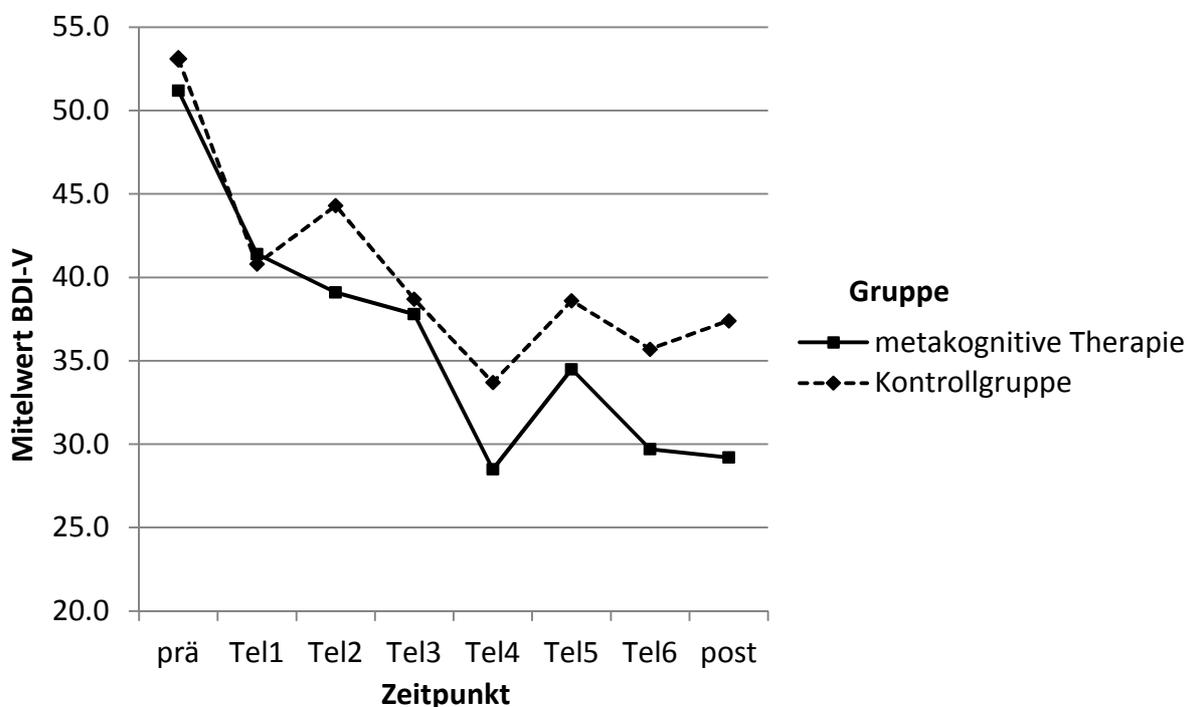


Abbildung 2: Mittelwerte des BDI-V über die Zeit für Completer getrennt nach Gruppe. Prä: Zeitpunkt Diagnostiktermin; tel1 - tel6: Telefonkontakte eins bis sechs in der Therapiephase; Post: Zeitpunkt Post-Messung.

Hypothesen I.A.1. und I.A.2 – Reduktion der Depressivität

Die Hypothesen I.A.1. zur Reduktion der Depressivität über die Zeit in beiden Gruppen und I.A.2. zur größeren Reduktion der Depressivität in der Experimentalgruppe wurden mit einem hierarchischen linearen Modell (HLM) überprüft. In diesem Modell wurde das Vorliegen fester Effekte getestet. Die Methode HLM wurde den varianzanalytischen Verfahren vorgezogen, da HLM mit abhängigen Daten aufgrund von Messwiederholung und mit fehlenden Werten auf der Ebene der Messwiederholung besser umgehen kann (siehe z.B. Göllner, Gollwitzer, Heider, Zaby & Schröder, 2010). Daher gingen in die HLM-Analysen die Werte von Completern und Drop-outs ein. Für alle folgenden hierarchischen linearen Modelle wurden random intercepts und random slopes erlaubt. Random intercepts wurden angenommen, da alle Probanden zwar aufgrund einer Depressionsdiagnose erhöhte Ausgangswerte bezüglich ihrer Depressivität haben sollten, aber sich die Werte einzelner Probanden trotzdem deutlich voneinander unterscheiden können. Random slopes wurden angenommen, weil plausibel ist, dass das Ausmaß der linearen Veränderung der Depressivität über die Zeit bei den Probanden unterschiedlich ist, d.h. Probanden unterschiedlich stark profitieren. Zur Schätzung der Parameter wurde in jedem Modell die restricted maximum likelihood-Methode (REML) verwendet. Es wurde von einer unstrukturierten Kovarianzmatrix ausgegangen.

Die Analysen wurden auf die Zeitpunkte tell (erster Telefonkontakt) bis Post (Post-Messung) bezogen. Der Zeitpunkt tell wurde anstelle des Zeitpunktes Prä (erster Diagnostiktermin) gewählt, weil die Interventionen sich erst ab tell unterschieden. Bis zum Zeitpunkt tell waren die Bibliothherapie-Manuale identisch. Als feste Effekte wurden Veränderung über die Zeit, die Gruppenzugehörigkeit (metakognitive Gruppe vs. Kontrollgruppe) und die Interaktion von Zeit*Gruppenzugehörigkeit aufgenommen.

Der Effekt Zeit sagte Depressivität signifikant vorher, $F(1, 25.11) = 12.85, p < .001$, ebenso wie der Interaktionseffekt von Zeit*Gruppenzugehörigkeit, $F(1, 25.15) = 4.88, p = .036$. Der Effekt der Gruppenzugehörigkeit allein war jedoch nicht signifikant, $F(1, 29.98) = 0.64, p = .432$. Die Schätzungen für die festen Parameter finden sich in Tabelle 4.

Die Varianz der random intercepts betrug 172.99 (Standardfehler = 61.86), die Varianz der random slopes betrug 0.56 (Standardfehler = 0.80). Die Kovarianz von random intercepts und random slopes betrug 0.66 (Standardfehler = 5.25).

Tabelle 4: Schätzungen für die festen Parameter

Parameter	Schätzung	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Gruppenzugehörigkeit	-4.43	5.56	-15.77	6.92
Zeit	-3.56	0.99	-5.60	-1.52
Zeit*Gruppenzugehörigkeit	1.40	0.63	0.10	2.70

Ergänzende Analysen mit weiteren Ansätzen zum Umgang mit fehlenden Werten

Um die Analysen mit HLM zu stützen, wurden zu den Hypothesen I.A.1. und I.A.2. ergänzende Analysen durchgeführt, die andere Ansätze wählen, um mit fehlenden Werten auf der Variable BDI-V umzugehen. Es wurden drei Ansätze verglichen, eine Completer-Analyse, ein intention-to-treat-Ansatz (ITT) und eine multiple Imputation der fehlenden Daten. Die Completer-Analyse wurde nur mit den Daten der Completer durchgeführt. Als ITT-Ansatz wurde die Methode last observation carried forward gewählt, bei der für die fehlenden Werte der jeweils letzte gültige Wert des Probanden für die Variable imputiert wird. Die multiple Imputation wurde mit dem Modul von IBM SPSS Statistics 20 zu missing values durchgeführt (IBM Corp., 2011). Fehlende Werte auf der Variable BDI-V zu einem Messzeitpunkt wurden imputiert unter Einbezug der Informationen der Variable BDI-V zu den Messzeitpunkten von Prä bis Post.

Für die Durchführung der statistischen Analysen wurde für alle drei Ansätze die Variable *BDI-V-Reduktion* gebildet durch eine Subtraktion des BDI-V-Werts zum Zeitpunkt Post von dem BDI-V-Wert zum Zeitpunkt tell. Über die Variable BDI-V-Reduktion wurden für die Completer- und ITT-Daten univariate ANOVAs gerechnet mit dem zweistufigen festen Faktor Gruppe (metakognitive Gruppe vs. Kontrollgruppe). Bei den Daten aus der multiplen Imputation wurde ein *t*-Test berechnet, da ein gepoolter Parameter für eine ANOVA in diesem Fall in SPSS nicht zur Verfügung stand. Die Ergebnisse der Analysen für alle drei Ansätze entsprechen den Ergebnissen der HLM-Analyse (siehe Tabelle 20 und Tabelle 21 in Abschnitt 9.1.1 des Anhangs).

Hypothese I.A.3.: Die Verbesserungen bleiben zum Follow-up erhalten.

Zum Follow-up-Zeitpunkt lag der mittlere BDI-V-Wert der Experimentalgruppe bei 22.9 ($SD = 19.9$) und der der Kontrollgruppe bei 18.8 ($SD = 14.8$). Die Hypothese I.A.3. konnte auf-

grund der hohen Drop-out-Raten nicht überprüft werden. Von den insgesamt 32 Probanden zum Prä-Zeitpunkt haben zwar noch 25 (78.1%) an der Post-Messung, aber nur 11 Probanden (34.4%) an der Follow-up-Messung teilgenommen (siehe auch Abbildung 1 für eine getrennte Auflistung nach Gruppen). Daher wurde auf eine statistische Überprüfung der Hypothese zum Follow-up-Zeitpunkt verzichtet.

4.2.3 Ergebnisse zu den Hypothesen I.B. Weitere Prädiktoren für Depressivität in beiden Gruppen

Hypothesen I.B.1. und I.B.2. zur Auswirkung von Compliance

Die Hypothesen I.B.1 und I.B.2 zur größeren Reduktion der Depressivität, je mehr Seiten des Selbsthilfe-Manuals gelesen bzw. Aufgaben bearbeitet wurden, wurden ebenfalls mit HLM überprüft. Dazu wurden die Prädiktorvariablen *Anzahl gelesener Seiten pro Woche* (im Folgenden *gelesene Seiten*) und *Anzahl bearbeiteter Aufgaben pro Woche* (im Folgenden *bearbeitete Aufgaben*) dem bestehenden Modell aus 4.2.2. als feste Effekte (Haupteffekt und Interaktionseffekt mit dem Faktor Zeit) hinzugefügt. Da die Bibliothherapie-Manuale der beiden Gruppen eine unterschiedliche Anzahl Seiten und Aufgaben aufwiesen, wurden die Berechnungen nicht mit den absoluten Seiten- bzw. Aufgabenzahlen durchgeführt, sondern mit prozentualen Werten. Dazu wurde der absolute Wert gelesener Seiten oder bearbeiteter Aufgaben für eine Woche geteilt durch die Gesamtanzahl der Seiten/Aufgaben für das jeweilige Manual.

Fehlende Werte auf den Variablen *gelesene Seiten* und *bearbeitete Aufgaben* mussten imputiert werden, da HLM zwar gut mit fehlenden Werten bei abhängigen Variablen, nicht aber bei Prädiktorvariablen umgehen können. Zur Imputation wurden zwei verschiedene Herangehensweisen genutzt und miteinander verglichen. In der ersten Imputation wurde die Methode *last observation carried forward* (Methode LOCF) gewählt und der jeweils letzte gültige Wert für *gelesene Seiten* und *gemachte Aufgaben* in einer Woche eingesetzt. Der eingesetzte Wert war jedoch nie größer als der für die Woche jeweils mögliche Wert für das zum Lesen empfohlene Kapitel. In der zweiten Imputation wurde von der Annahme ausgegangen, dass Probanden, die in einer Woche nicht erreicht werden konnten oder zu denen keine Daten vorlagen, am wahrscheinlichsten nicht mit dem Buch gearbeitet hatten. Daher wurde in beiden Variablen „0“ eingesetzt (Methode 0).

Tabelle 5 zeigt, wie viel Prozent der Seiten der jeweiligen Manuale durchschnittlich gelesen bzw. wie viele Aufgaben durchschnittlich bearbeitet wurden. Es werden getrennte Angaben für beide Imputationsmethoden gemacht. Ein Wert über 100% gelesene Seiten kann aufgrund der Imputationsmethode LOCF zustande kommen. Bei der Imputationsmethode 0 hingegen kann davon ausgegangen werden, dass die wahren Prozentzahlen eher unterschätzt werden. Absolute Werte für beide Variablen zu den sechs Messungen (Zeitpunkte tel1 bis tel6) sind Tabelle 22 in Abschnitt 9.1.2 des Anhangs zu entnehmen.

Tabelle 5: Durchschnittlich gelesene Seiten/bearbeitete Aufgaben in Prozent

		Experimentalgruppe				Kontrollgruppe			
		Gelesene Seiten (von 63 Seiten)		Bearbeitete Aufgaben (von 28 Aufg.)		Gelesene Seiten (von 79 Seiten)		Bearbeitete Aufgaben (von 20 Aufg.)	
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	Mini- mum	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Mini- mum	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Mini- mum	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Mini- mum
Imp.- Methode	LOCF	93% (13%)	68%	77% (23%)	18%	102% (21%)	62%	87% (26%)	35%
	0	86% (14%)	57%	70% (23%)	18%	87% (29%)	28%	75% (32%)	15%

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; Minimum: geringster beobachteter Prozentsatz an gelesenen Seiten bzw. bearbeiteten Aufgaben insgesamt; Imp.-Methode: Imputationsmethode.

Für die Variablen gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben wurden getrennte Modelle aufgestellt, um die Modelle aufgrund der geringen Stichprobengröße so einfach wie möglich zu halten. Die Ergebnisse für die Modelle zu beiden Variablen mit beiden Imputationsmethoden für die jeweilige Prädiktorvariable sind der Tabelle 6 zu entnehmen. Wie in Tabelle 6 zu sehen ist, sagt sowohl der Haupteffekt der Variablen gelesene Seiten bzw. bearbeitete Aufgaben als auch deren jeweiliger Interaktionseffekt mit Zeit in den separaten Modellen die Depressivität signifikant vorher. Der Effekt der Zeit und die Interaktion zwischen Zeit und Gruppenzugehörigkeit wird weder im Modell mit der Variable gelesene Seiten noch im Modell mit der Variable bearbeitete Aufgaben signifikant. Es ist zu erkennen, dass sich die Ergebnisse bei den unterschiedlichen Imputationsmethoden nur minimal unterscheiden. Varianzen und Kovarianzen der zufälligen Effekte finden sich in Tabelle 23 im Abschnitt 9.1.2 des Anhangs.

Tabelle 6: Ergebnisse der HLM mit den zusätzlichen Prädiktoren gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben für zwei Imputationsmethoden**Zusätzlicher Prädiktor: gelesene Seiten** (in Prozent der Summe aller Seiten)

Imputationsmethode: last observation carried forward

Feste Effekte	df	F	p	Parameter- schätzung	Standard -fehler	95% KI	
						UG	OG
Zeit	1, 35.97	2.14	.152	-2.11	1.44	-5.04	0.81
Gruppe	1, 30.59	0.51	.482	-4.33	6.09	-16.75	8.09
Zeit*Gruppe	1, 26.01	2.15	.154	1.20	0.82	-0.48	2.89
Gelesene Seiten	1, 126.01	6.26	.014	39.67	15.85	8.30	71.03
Zeit*Gel. Seiten	1, 126.55	6.35	.013	-8.40	3.33	-15.00	-1.80

Imputationsmethode: 0

Feste Effekte	df	F	p	Parameter- schätzung	Standard -fehler	95% KI	
						UG	OG
Zeit	1, 33.70	2.51	.122	-2.24	1.42	-5.12	0.64
Gruppe	1, 30.48	0.55	.466	-4.50	6.09	-16.93	7.94
Zeit*Gruppe	1, 25.63	2.36	.137	1.25	0.82	-0.42	2.93
Gelesene Seiten	1, 126.91	6.14	.015	38.87	15.67	7.82	66.91
Zeit *Gel. Seiten	1, 127.44	6.26	.014	-8.19	3.27	-14.66	-1.71

Zusätzlicher Prädiktor: bearbeitete Aufgaben (in Prozent der Summe aller Aufgaben)

Imputationsmethode: last observation carried forward

Feste Effekte	df	F	p	Parameter- schätzung	Standard -fehler	95% KI	
						UG	OG
Zeit	1, 28.81	3.33	.079	-2.43	1.33	-5.17	0.30
Gruppe	1, 29.82	0.41	.526	-3.93	6.12	-16.42	8.57
Zeit*Gruppe	1, 24.52	2.81	.107	1.33	0.79	-0.31	2.96
Bearbeitete Aufg.	1, 128.97	6.82	.010	43.84	16.79	10.62	77.07
Zeit *Bearb. Aufg.	1, 126.36	7.13	.009	-9.55	3.58	-16.63	-2.47

Imputationsmethode: 0

Feste Effekte	df	F	p	Parameter- schätzung	Standard -fehler	95% KI	
						UG	OG
Zeit	1, 28.03	3.65	.066	-2.51	1.31	-5.20	0.18
Gruppe	1, 29.78	0.45	.510	-4.10	6.15	-16.67	8.47
Zeit*Gruppe	1, 24.59	2.96	.098	1.35	0.79	-0.27	2.98
Bearbeitete Aufg.	1, 128.60	7.24	.008	44.15	16.40	11.70	76.61
Zeit*Bearb. Aufg.	1, 126.01	7.53	.007	-9.53	3.47	-16.40	-2.65

Anmerkungen: df: Freiheitsgrade; Gruppe: Gruppenzugehörigkeit (metakognitive Gruppe vs. Kontrollgruppe); KI: Konfidenzintervall UG: Untergrenze; OG: Obergrenze.

Die Interaktionseffekte werden in Abbildung 3 A und B graphisch dargestellt. Da die Ergebnisse der Analysen für beide Imputationsmethoden sich nicht unterscheiden, werden nur die Werte für die Imputationsmethode 0 gezeigt. Es ist zu sehen, dass der prozentuale Anteil gelesener Seiten und bearbeiteter Aufgaben ähnlich verläuft und bei den meisten Messzeitpunkten einen entgegengesetzten Verlauf zum BDI-V-Wert nimmt.

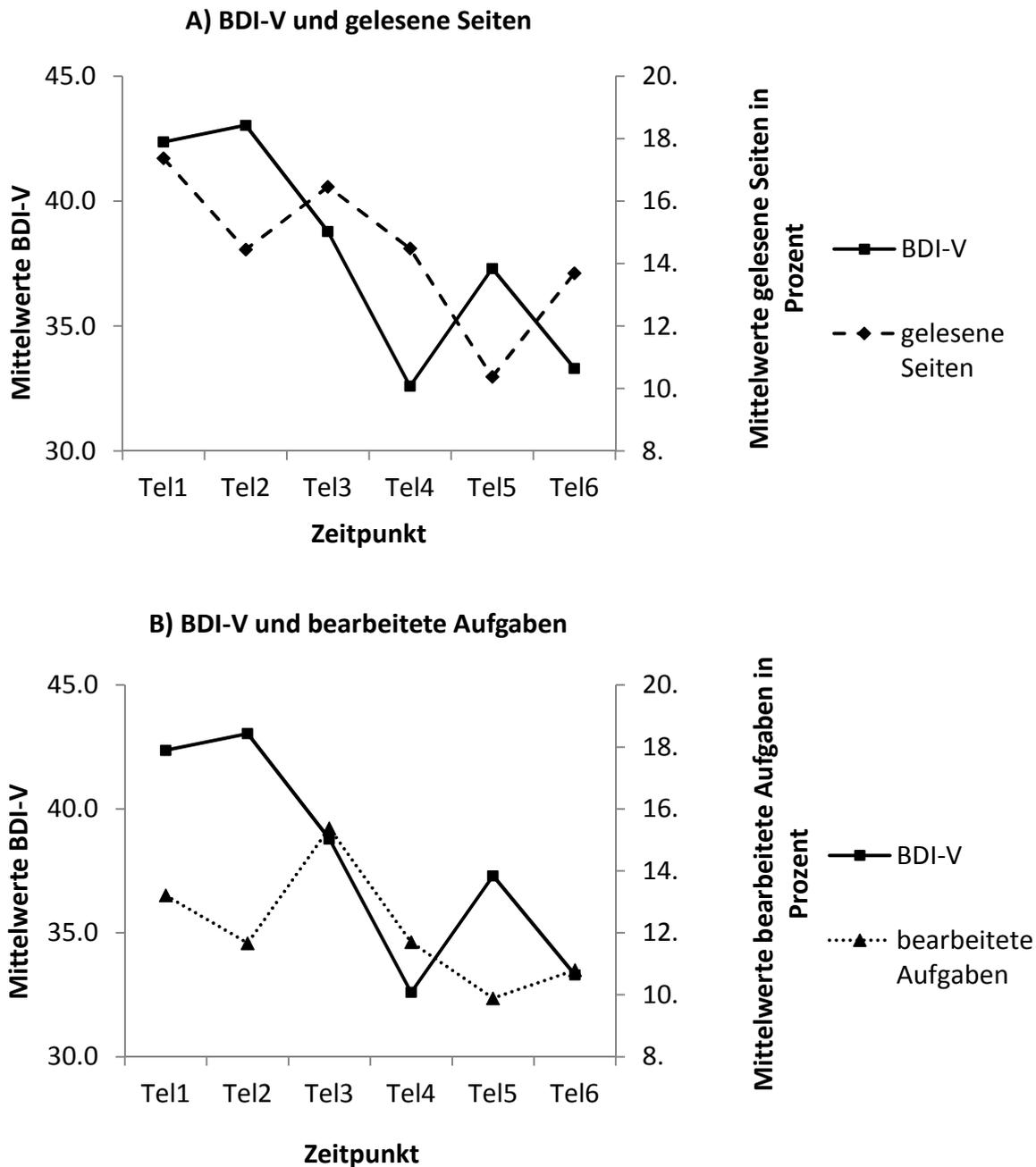


Abbildung 3: Mittelwerte von BDI-V (vertikale Primärachse) sowie der Variablen gelesene Seiten (A) und bearbeitete Aufgaben (B) in Prozent von der Gesamtseiten- bzw. Gesamtaufgabenzahl (vertikale Sekundärachse) für Imputationsmethode 0.

Hypothesen I.B.3. und I.B.4. zur Auswirkung der Schwere der Erkrankung

Die Hypothesen I.B.1 und I.B.2 zur geringeren Reduktion der Depressivität, je geringer das Ersterkrankungsalter, bzw. zur geringeren Reduktion der Depressivität bei vorliegender Komorbidität wurden mit HLM überprüft. Die Prädiktorvariablen Ersterkrankungsalter und Komorbidität wurden dem bestehenden Modell aus 4.2.2 als feste Effekte (Haupteffekt und Interaktionseffekt mit dem Faktor Zeit) hinzugefügt. In der Variable Komorbidität wurde dummy-codiert, ob die Probanden entweder keine komorbide Störung haben oder ob mindestens eine Störung komorbid vorliegt. Deskriptive Daten zu beiden Variablen getrennt nach Gruppen sind der Tabelle 2 in Abschnitt 4.1.1 zu entnehmen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden hier ebenfalls für die beiden Prädiktorvariablen zwei getrennte Modelle aufgestellt. Ergebnisse zu den Modellen zeigt Tabelle 7. Ergebnisse zu den Varianzen der random intercepts und random slopes sowie deren Kovarianz finden sich für beide Modelle in der Tabelle 24 in Abschnitt 9.1.3.

Tabelle 7: Ergebnisse der HLM mit den zusätzlichen Prädiktoren Ersterkrankungsalter und Komorbidität

Zusätzlicher Prädiktor: Ersterkrankungsalter							
Feste Effekte	df	F	p	Parameter-schätzung	Standard-fehler	95% KI	
						UG	OG
Zeit	1, 24.67	2.27	.144	-1.94	1.29	-4.59	0.71
Gruppe	1, 28.94	0.77	.387	-4.96	5.65	-16.51	6.59
Zeit*Gruppe	1, 25.02	6.35	.018	1.56	0.62	0.29	2.84
Ersterkr.-Alter	1, 31.84	0.50	.487	0.25	0.36	-0.48	0.99
Ersterkr.-Alter*Zeit	1, 29.21	3.52	.071	-0.09	0.05	-0.18	0.01

Zusätzlicher Prädiktor: Komorbidität							
Feste Effekte	df	F	p	Parameter-schätzung	Standard-fehler	95% KI	
						UG	OG
Zeit	1, 24.52	6.29	.019	-3.55	1.42	-6.47	-0.63
Gruppe	1, 28.12	0.58	.454	-3.98	5.25	-14.74	6.77
Zeit*Gruppe	1, 24.29	4.54	.043	1.37	0.64	0.04	2.70
Komorbidität	1, 28.19	4.34	.046	-10.95	5.26	-21.71	-0.19
Komorbidität*Zeit	1, 24.27	<0.01	.986	0.01	0.65	-1.33	1.35

Anmerkungen: df: Freiheitsgrade; Gruppe: Gruppenzugehörigkeit (metakognitive Gruppe vs. Kontrollgruppe); KI: Konfidenzintervall UG: Untergrenze; OG: Obergrenze.

Auch in dem Modell mit dem zusätzlichen Prädiktor Ersterkrankungsalter wird der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppenzugehörigkeit signifikant. Bei dem Interaktionseffekt zwischen Zeit und Ersterkrankungsalter zeigt sich nur ein Trend. Trotzdem soll der Interaktionseffekt dargestellt werden. Abbildung 4 zeigt den Verlauf der Depressivität für unterschiedliche Stufen des Ersterkrankungsalters. Bei der Abbildung muss berücksichtigt werden, dass aufgrund fehlender Werte bei den unterschiedlichen Zeitpunkten (s. Tabelle 19 in Abschnitt 9.1.1 des Anhangs) unterschiedlich viele Werte in den Mittelwert eingegangen sind. Zu erkennen ist, dass die Depressivität in der Ersterkrankungsalter-Stufe zwischen 0-14 Jahren wenig absinkt, in der Stufe zwischen 23-30 Jahren hingegen stark. In der Stufe zwischen 31-61 Jahren ist die Reduktion der Depressivität wieder geringer.

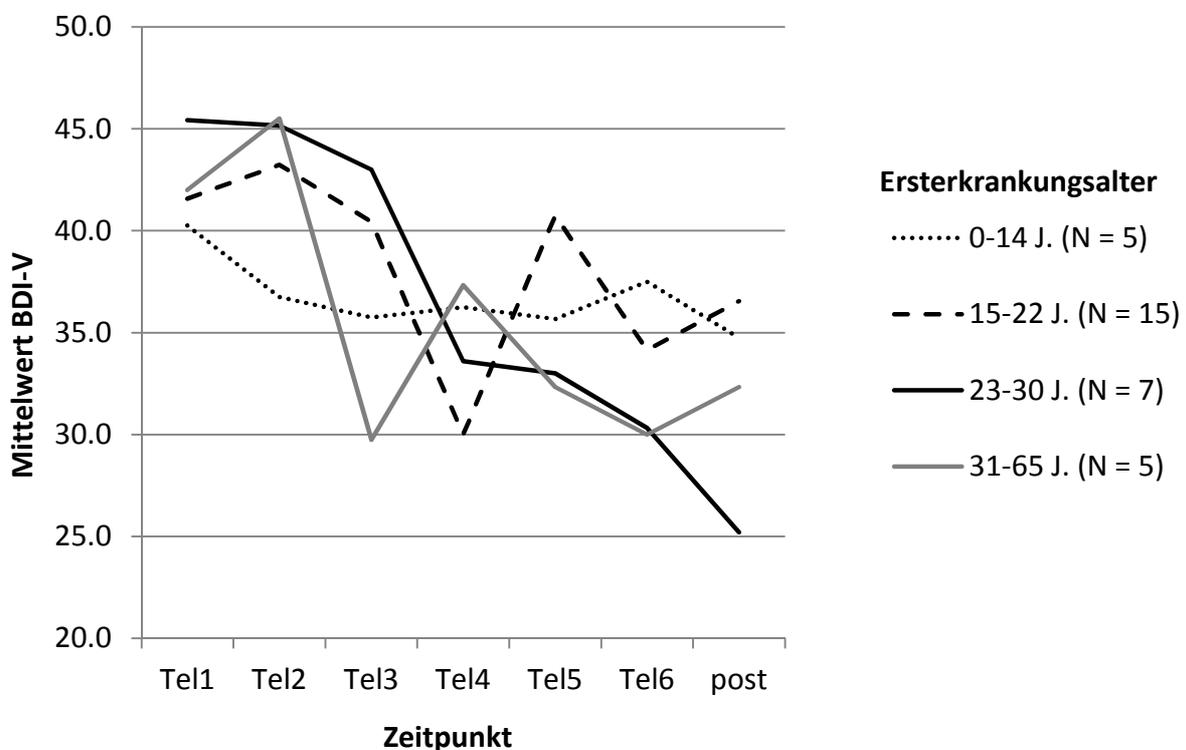


Abbildung 4: BDI-V-Mittelwerte getrennt für vier Ersterkrankungsalter-Gruppen. Für die Darstellung wurde die Variable Ersterkrankungsalter mithilfe von Mittelwert ($M = 22$) und Standardabweichung ($SD = 8$) umcodiert in vier Altersstufen: Stufe 1 = 0-14 J. ($< M - 1 SD$), Stufe 2 = 15-22J. (von $M - 1 SD$ bis M), Stufe 3 = 23-30 J. (von $> M$ bis $M + 1 SD$), Stufe 4 = 31-65J. ($> M + 1 SD$).

In dem Modell mit der zusätzlichen Prädiktorvariable Komorbidität, zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt von Komorbidität (siehe Tabelle 7). Die Effekte von Zeit und

Zeit*Gruppe bleiben signifikant. Den Haupteffekt von Komorbidität zeigt Abbildung 5. Personen mit einer oder mehr komorbiden Störungen haben über alle Messzeitpunkte hinweg höhere Depressionswerte.

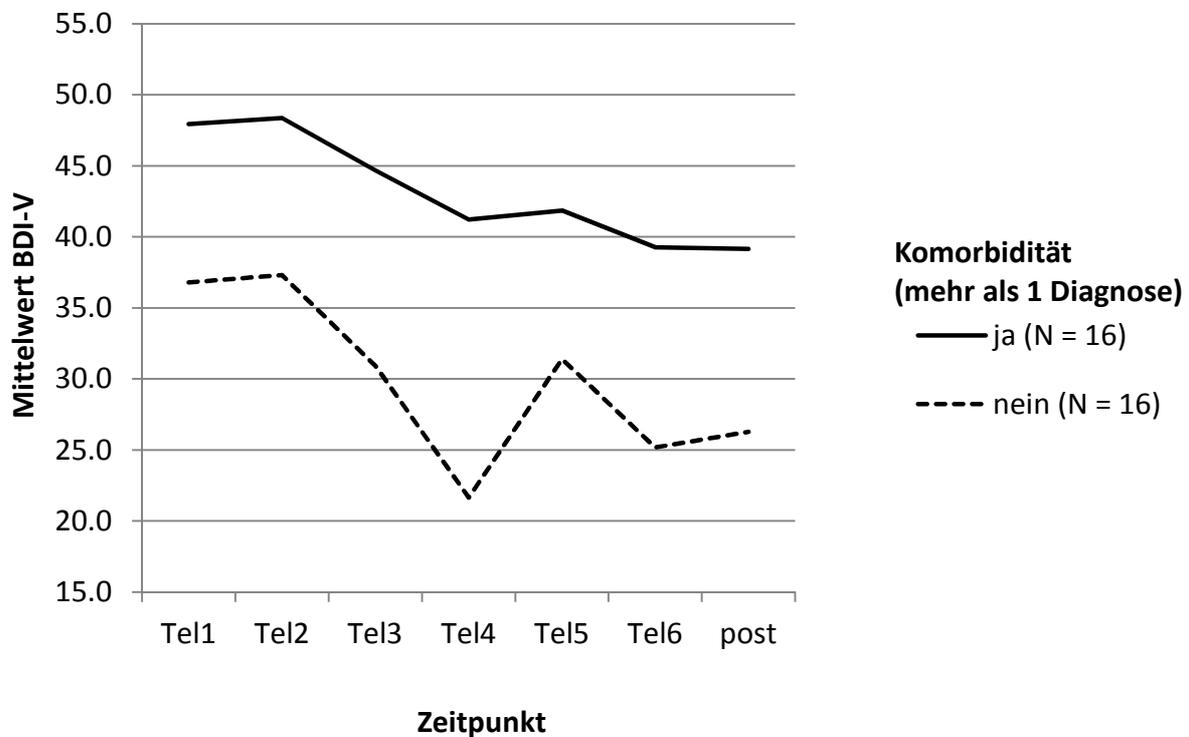


Abbildung 5: BDI-V-Mittelwerte über die Zeit für Gruppen mit und ohne Komorbidität.

Hypothese I.B.5. zur Auswirkung eines frühen Ansprechens auf die Behandlung

Zur Überprüfung der Hypothese, dass eine frühe Reduktion der Depressivität einen geringeren Depressivitätswert zum Ende der Behandlung vorhersagt, wurden zunächst Variablen für die prozentuale Reduktion der BDI-V-Werte zu Messzeitpunkten tel1 bis tel4 und Post berechnet. Als Baseline diente im Gegensatz zu den bisherigen Berechnungen der Wert zum Messzeitpunkt Prä, da hier nicht die zwei Selbsthilfebücher miteinander verglichen werden sollten, sondern der prädiktive Wert von frühzeitiger Verbesserung allgemein betrachtet werden sollte.

Es wurden unterschiedliche Prädiktor- und Kriteriums-Variablen berechnet, um diese in Bezug auf den Vorhersagewert zu vergleichen. Als Prädiktoren wurden Variablen für die Reduktion nach einer, zwei, drei und vier Wochen Behandlung dummy-codiert für vier Cut-

offs, (20%, 25%, 30% oder 50% Reduktion der Depressivität). Als Kriterien für das Ansprechen auf die Behandlung wurden zwei dummy-codierte Variablen in Bezug auf den BDI-V-Wert zum Post-Zeitpunkt berechnet: das Vorliegen einer Verbesserung um 50% und das Vorliegen eines Rohwerts von unter 35 (vorgeschlagener Cut-off für klinische Bedeutsamkeit von Schmitt et al., 2006).

In diesen Berechnungen wurden fehlende Daten nicht imputiert, sondern mit fallweisem Ausschluss gehandhabt. Da hier der Vorhersagewert von dem Wert in einer bestimmten Woche für den Wert zu Behandlungsende errechnet werden soll, würden durch die Imputationsmethode LOCF verzerrte Ergebnisse entstehen.

Deskriptive Daten zu den Prädiktor- und Kriteriumsvariablen zeigt Tabelle 8.

Tabelle 8: Prozentualer Anteil der Versuchspersonen mit gültigen Werten, die folgende Bedingungen für die Prädiktoren bzw. Kriterien erfüllten.

Prädiktoren				
BDI-V-Reduktion im Vergleich zum Prä-Wert um min.	Zeitpunkt			
	Woche 1 (N = 30)	Woche 2 (N = 27)	Woche 3 (N = 28)	Woche 4 (N = 25)
20%	50.0%	48.1%	57.1%	72.0%
25%	41.0%	40.7%	53.6%	64.0%
30%	26.7%	29.6%	39.3%	64.0%
50%	3.3%	11.1%	21.4%	32.0%
Kriterien				
	Zeitpunkt: Post-Messung (N = 25)			
Reduktion um min. 50% im Vergleich zum Prä-Wert	32.0%			
Rohwert von unter 35	60.0%			

Anmerkungen: %: Anteil aller Versuchspersonen mit gültigen Werten, deren BDI-V-Wert sich im Vergleich zum Prä-Wert um den jeweiligen Prozentwert verbessert hat; N: Anzahl gültiger Werte für diesen Messzeitpunkt.

Für jede Prädiktorvariable wurden getrennt für beide Kriterien die Sensitivität und Spezifität zur Vorhersage der beiden Kriterien sowie der jeweilige Anteil an korrekt klassifizierten Fällen berechnet. Diese zeigt Tabelle 9. Der mit 79.2% höchste Anteil an korrekt klassifizier-

ten Fällen wird durch einen Cut-off von mindestens 25% Verbesserung der Depressivität in Woche 1 erreicht. Die höchste Sensitivität liegt bei 100% für die Cut-offs von mindestens 20%, 25% und 30% in Woche 4. Die höchste Spezifität von 100% wird für die Cut-offs von 30% und 50% in Woche 1 und den Cut-off von 50% in Woche 2 erzielt. Bei einer Sensitivität von 100% fällt jedoch die Spezifität entsprechend schlechter aus und umgekehrt.

Tabelle 9: Sensitivität, Spezifität und korrekt klassifizierte Fälle für Prädiktoren mit unterschiedlichen Cut-offs bezüglich Zeitpunkt und Mindestreduktion der Depressivität getrennt nach den zwei Kriterien Reduktion des BDI-V-Wertes um 50% und Reduktion des BDI-V-Wertes unter einen Rohwert von 35 zum Post-Zeitpunkt.

Zeitpunkt	Reduktion	Kriterium					
		Reduktion des BDI-V um 50% zum Post-Zeitpunkt			BDI-V-Wert zum Post-Zeitpunkt von < 35		
		Sensitivität	Spezifität	Korrekt klassifiziert	Sensitivität	Spezifität	Korrekt klassifiziert
Woche 1	≥ 20%	87.5%	56.3%	66.6%	73.3%	66.7%	70.8%
	≥ 25%	87.5%	75.0%	79.2%	66.7%	88.9%	75.0%
	≥ 30%	50.0%	81.3%	70.8%	46.7%	100.0%	66.7%
	≥ 50%	12.5%	100.0%	70.8%	6.7%	100.0%	41.7%
Woche 2	≥ 20%	71.4%	57.1%	61.9%	66.7%	66.7%	66.1%
	≥ 25%	71.4%	71.4%	71.4%	66.7%	88.9%	76.2%
	≥ 30%	71.4%	78.6%	76.2%	58.3%	88.9%	71.4%
	≥ 50%	42.9%	100.0%	70.8%	25.0%	100.0%	57.1%
Woche 3	≥ 20%	87.5%	62.5%	70.8%	64.3%	60.0%	62.5%
	≥ 25%	87.5%	68.8%	75.0%	64.3%	70.0%	66.7%
	≥ 30%	62.5%	68.8%	66.7%	50.0%	70.0%	58.3%
	≥ 50%	37.5%	81.3%	66.7%	21.4%	70.0%	41.7%
Woche 4	≥ 20%	100.0%	40.0%	59.1%	76.9%	33.3%	59.1%
	≥ 25%	100.0%	46.7%	63.6%	76.9%	44.4%	63.6%
	≥ 30%	100.0%	46.7%	63.6%	76.9%	55.6%	68.2%
	≥ 50%	71.4%	80.0%	77.3%	46.2%	77.8%	59.1%

Die receiver operating characteristic (ROC)-Kurven für die prozentuale Reduktion des BDI-V-Wertes zu jedem der vier Zeitpunkte (Woche 1, 2, 3 und 4) und getrennt nach den beiden Kriterien zeigt Abbildung 6. Die areas under curve für die ROC-Kurven mit Konfidenzintervallen finden sich in Tabelle 10.

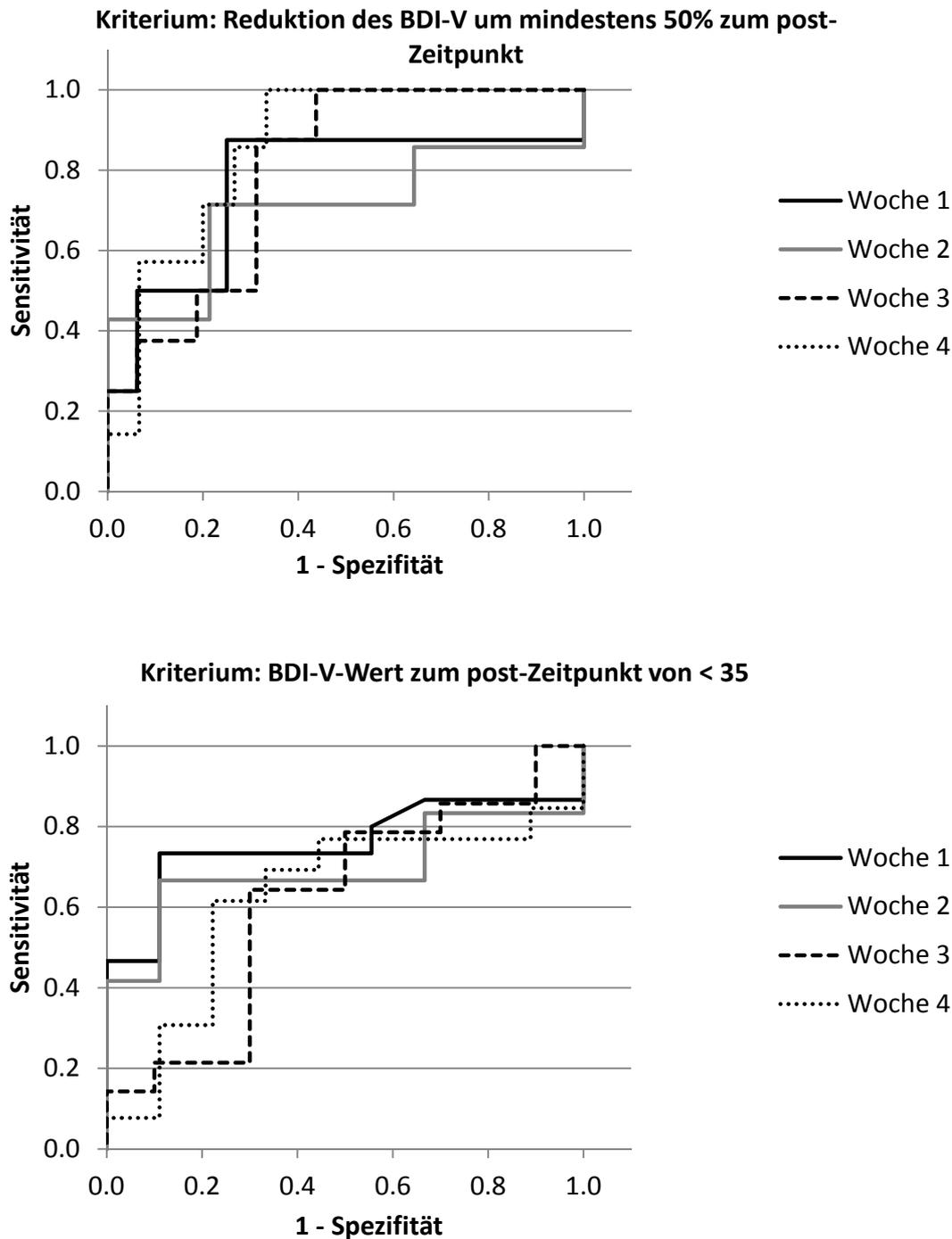


Abbildung 6: ROC-Kurven für die Reduktion des BDI-V zu vier Zeitpunkten (Woche 1, 2, 3 und 4) für die zwei Kriterien Reduktion des BDI-V-Wertes um 50% und Reduktion des BDI-V-Wertes unter einen Rohwert von 35 zum Post-Zeitpunkt.

Tabelle 10: Areas under curve der ROC-Kurven für unterschiedliche Zeitpunkte getrennt nach zwei Kriterien (Reduktion des BDI-V-Wertes um 50% oder auf unter 35 zum Post-Zeitpunkt).

	Kriterium: Reduktion des BDI-V um 50% zum Post-Zeitpunkt			Kriterium: BDI-V-Wert zum Post-Zeitpunkt von < 35		
	AUC	95% KI		AUC	95% KI	
		UG	OG		UG	OG
Woche 1	.766	.529	1.000	.759	.561	.957
Woche 2	.704	.423	.985	.694	.457	.932
Woche 3	.797	.619	.975	.614	.377	.852
Woche 4	.857	.701	1.000	.624	.376	.872

Anmerkungen: AUC: Area under curve; KI: Konfidenzintervall; UG: Untergrenze; OG: Obergrenze.

4.3 Diskussion

In der vorliegenden randomisierten, kontrollierten Studie sollten zum einen die Wirksamkeit eines neu entwickelten metakognitiven Bibliothherapie-Manuals für Depressionen und zum anderen verschiedene Prädiktoren für die Reduktion der Depressivität bei Bibliothherapie untersucht werden.

4.3.1 Wirksamkeit des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals

Zur Evaluation der Wirksamkeit des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals wurden zwei Gruppen von depressiven Patienten in Bezug auf die Reduktion der Depressivität verglichen, wobei die eine Gruppe ein metakognitives Manual und die andere Gruppe ein Placebo-Manual mit unspezifischen Wirkfaktoren erhielt.

Reduktion von Depressivität über die Lesephase

Es wurde vermutet, dass sich in beiden Gruppen das Ausmaß der Depressivität reduziert, in der metakognitiven Gruppe die Reduktion der Depressivität jedoch stärker ist als in der Kontrollgruppe.

Die Hypothesen konnten wie geplant überprüft werden, da es zu Beginn der Studie zwischen Experimental- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf verschiedene demographische Variablen, Depressivität oder Erwartungshaltung gab und sich auch Completer und spätere Drop-outs zu Beginn hinsichtlich dieser Parameter nicht signifikant voneinander unterschieden.

Die Hypothesen konnten sowohl in HLM-Analysen als auch in ANOVAs bei verschiedenen Imputationsmethoden für fehlende Werte bestätigt werden: In beiden Gruppen reduzierte sich die Depressivität über die Zeit, wobei die Reduktion in der metakognitiven Gruppe größer war. Dabei waren die Ergebnisse bei unterschiedlichen Methoden, mit fehlenden Daten umzugehen, ähnlich oder gleich, was für eine gute Verlässlichkeit der Ergebnisse trotz der geringen Stichprobengröße spricht.

Damit ist die vorliegende Studie eine der wenigen Studien, die bisher die Wirksamkeit der metakognitiven Therapie bei Depression untersucht und gezeigt haben, und die erste dieser Studien mit einem randomisierten, kontrollierten Design. Eine methodische Stärke der Studie ist auch der Einsatz einer Placebo-Kontrollgruppe. Metaanalysen zeigen, dass die Effektstär-

ken in Studien, die Bibliotherapie mit einem Placebo oder treatment as usual verglichen, geringer waren als in Studien mit Wartelistenkontrollgruppe oder Kontrollgruppen gänzlich ohne Intervention (Gellatly et al., 2007; Gould & Clum, 1993; Marrs, 1995). Obwohl in der vorliegenden Studie mit einer Placebo-Kontrollgruppe gearbeitet wurde, konnten signifikante Effekte gefunden werden, was für die Wirksamkeit des metakognitiven Manuals spricht.

Ein methodischer Aspekt, der die Schlussfolgerungen aus den vorliegenden Ergebnissen schwächt, ist allerdings die fehlende verdeckte Zuteilung der Probanden zu den Bedingungen (concealment of allocation). Aufgrund des vorher festgelegten Randomisierungsplans war der Versuchsleiterin bereits vor der Durchführung der Diagnostik bei einem Probanden bekannt, welches Manual dieser erhalten würde. Eine Meta-Analyse (Gellatly et al., 2007) zeigte, dass die Effektstärken von Studien ohne verdeckte Zuteilung höher waren. Das Fehlen einer verdeckten Zuteilung eröffnet die Möglichkeit, dass der Versuchsleiter unbewusst bestimmte Probanden nach der Diagnostik eher ausschließen oder doch teilnehmen lassen könnte, je nachdem, welche Intervention sie bekommen würden. Dieser Effekt könnte in der vorliegenden Studie zu einer Überschätzung des Effekts geführt haben.

Zur Generalisierung der Ergebnisse ist zudem die große Homogenität der Stichprobe insbesondere in Bezug auf den hohen Bildungsgrad zu beachten. So war der höchste Bildungsgrad der meisten Probanden entweder Fachabitur, Abitur oder ein Hochschulabschluss. Daher können in der vorliegenden Studie keine Aussagen über die Wirksamkeit metakognitiver Bibliotherapie bei Probanden mit geringerer Schulbildung gemacht werden.

Deskriptiv ist im Verlauf der Depressivität über die Behandlungswochen auffällig, dass die Depressivität in beiden Gruppen schon zur ersten Behandlungswoche stark abfiel (siehe Abbildung 2). Es kann vermutet werden, dass sich hier unspezifische Effekte beider Behandlungen wie das Erzeugen von Hoffnung, Normalisieren, der Kontakt zu einem Therapeuten und das eigene Engagement zeigen. Dies unterstreicht nochmals die methodische Wichtigkeit des Einsatzes einer Placebo-Kontrollgruppe, wie von Gould und Clum (1993) empfohlen, mit der die unspezifischen Effekte der Behandlung kontrolliert werden können.

Auffällig in Bezug auf den Depressivitätsverlauf ist ebenso, dass sich in beiden Gruppen in der vierten Behandlungswoche die Depressivität stark reduzierte und in der fünften Behandlungswoche wieder anstieg. Über die Gründe können nur Vermutungen angestellt werden. Eine mögliche Erklärung könnte inhaltlich in den Manualen von Experimental- und Kontrollgruppe begründet sein. In beiden Manualen wurde in dem in der fünften Woche zu

lesenden Kapiteln depressives Denken thematisiert: In dem Manual der Kontrollgruppe wurden die Veränderungen des Denkens in der Depression und depressive Gedanken in Roman-ausschnitten dargestellt, im metakognitiven Manual wurden positive und negative Metakognitionen über Rumination vorgestellt und disputiert. Das Lesen beider Kapitel könnte im Sinne des S-REF-Modells eine verstärkte Beobachtung eigener Gedanken beziehungsweise eine erhöhte Selbstfokussierung gefördert und damit eine Stimmungsverschlechterung nach sich gezogen haben. Eine weitere Erklärung könnte in einem Honeymoon-Effekt liegen. Dieser Effekt wurde beispielsweise im Bereich der Arbeitszufriedenheit gefunden und bezeichnet die initiale Steigerung der Arbeitszufriedenheit nach einem Jobwechsel im Zusammenhang mit hohen Erwartungen an die neue Stelle, einer positiven Einstellung gegenüber der Organisation und hohem Engagement. Mit wachsender Erfahrung im neuen Job sinken jedoch Arbeitszufriedenheit und Engagement nach kurzer Zeit wieder ab (siehe z.B. Boswell, Boudreau & Tichy, 2005). Angewendet auf die vorliegende Studie könnte dieser Honeymoon-Effekt bedeuten, dass die Patienten zunächst von der neuen Behandlung überzeugt waren und (überhöhte) Erwartungen hatten, die zu einem großen Engagement in der Behandlung und einer verbesserten Stimmung führten. In beiden Gruppen könnten jedoch nach einer ähnlichen Zeitspanne eine gewisse Enttäuschung darüber eingesetzt haben, dass die Behandlung die hohen Erwartungen nicht erfüllen kann, was die Stimmung wieder verschlechterte. Ein für diesen Fall zu erwartender Abfall in der Compliance war in den Daten jedoch nicht zu erkennen.

Erhaltung der Verbesserungen zum Follow-up

Geplant war ebenfalls ein Vergleich der Gruppen zu einem Follow-up-Zeitpunkt mit der Hypothese, dass die Verbesserungen zum Follow-up-Zeitpunkt erhalten bleiben. Aufgrund des hohen Drop-outs zum Follow-up-Zeitpunkt wurde jedoch auf entsprechende Analysen verzichtet.

Der Grund für einen Drop-out zwischen Behandlungsende und Follow-up war in fast allen Fällen der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies ist der Rekrutierungsmethode geschuldet, da alle Probanden von der Warteliste einer Psychotherapieambulanz rekrutiert wurden. Um in Folgestudien verwertbare und repräsentative Follow-up-Daten zu erhalten, sollten die Probanden auf andere Weise rekrutiert werden.

4.3.2 Weitere Prädiktoren für Depressivität in beiden Gruppen

Über beide Gruppen hinweg, d.h. für die Arbeit mit Bibliothherapie allgemein, wurden für die Reduktion der Depressivität zusätzlich die Prädiktoren Compliance, Komorbidität, Ersterkrankungsalter und ein frühes Ansprechen auf die Behandlung untersucht.

Die Ergebnisse zu den Prädiktoren sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da die Analysen über die vereinten Daten beider Gruppen gerechnet werden mussten. Für Analysen zur metakognitiven Gruppe allein war die Stichprobengröße nicht ausreichend. Eine Analyse der Prädiktoren über die Gesamtstichprobe hinweg schien bei der gebotenen Vorsicht trotzdem sinnvoll, da sich die Depressivität, wie in den Hypothesen formuliert, auch in der Kontrollgruppe reduziert hat und denkbar ist, dass für die Reduktion von Depressivität im Rahmen von Bibliothherapie allgemein übergreifende Prädiktoren gelten. Auch sind die Analysen trotz ihres vorläufigen Charakters interessant, da zu den untersuchten Prädiktoren bisher nur wenige Daten vorliegen. Die vorliegenden Ergebnisse können daher erste Hinweise auf Zusammenhänge und Anregungen für weitere Forschungsarbeiten sein.

Compliance

Deskriptiv ist zunächst festzustellen, dass die Probanden in beiden Gruppen das Manual stark genutzt haben. Auch geschätzt mit einer konservativen Imputationsmethode sprechen die Werte mit 86% bzw. 87% der gelesenen Seiten und 70% bzw. 75% der bearbeiteten Aufgaben in der Experimental- und Kontrollgruppe für eine gute Compliance. Der Prozentsatz der gelesenen Seiten fällt im Vergleich zu den durchschnittlich 82% gelesenen Seiten in der Studie von Jamison und Scogin (1995) ähnlich aus und ist höher als die ca. 64% und 50% gelesenen Seiten in den Studien von Floyd, Scogin et al. (2004) und Landreville und Bissonnette (1997). Der Prozentsatz bearbeiteter Aufgaben kann leider nicht verglichen werden, da hierzu in anderen Studien Angaben fehlen. Trotz der allgemein hohen Compliance in der vorliegenden Studie war noch ausreichend Varianz gegeben, um die Analysen sinnvoll durchführen zu können.

Es wurde vermutet, dass die Depressivität in beiden Gruppen zu den Zeitpunkten niedriger sein würde, an denen die Compliance höher war. Dies konnte bestätigt werden. Signifikante Interaktionseffekte von Compliance und Zeit zeigten, dass in den Wochen, in denen mehr Seiten gelesen und mehr Aufgaben bearbeitet wurden, die Depressivität niedriger war und

andersherum. Somit wird in der vorliegenden Studie erstmals ein Zusammenhang von Compliance und Depressivität bei Bibliothherapie für Depression gezeigt.

Zur kausalen Richtung des Zusammenhangs kann jedoch keine Aussage gemacht werden. So wäre einerseits möglich, dass die Depressivität geringer war, weil mehr mit dem Buch gearbeitet wurde. Andererseits könnte es sein, dass Patienten aufgrund einer geringeren Depressivität mehr mit dem Buch arbeiten konnten. Vorstellbar wäre ebenso, dass besonders hilfreiche Kapitel sowohl die Compliance als auch die Depressivität positiv beeinflusst haben. Signifikante Haupteffekte der Anzahl gelesener Seiten und bearbeiteter Aufgaben zeigen, dass die Depressivität bei höherer Compliance allgemein niedriger war und andersherum. Doch auch hier ist die kausale Richtung des Zusammenhangs nicht klar, da keine der Variablen manipuliert wurde. In zukünftigen Arbeiten könnte eine genauere Modellierung der prospektiven Effekte von Compliance auf Depressivität und umgekehrt mit cross-lagged-Modellen Anhaltspunkte zu kausalen Zusammenhängen liefern, ähnlich wie beispielsweise in der Studie von Kleim et al. (2013) zu Wirkmechanismen traumafokussierter KVT bei PTBS. Die Autoren konnten anhand einer Stichprobe von 268 Patienten mit PTBS zeigen, dass Veränderungen negativer traumabezogener Bewertungen während einer Therapie spätere Symptomveränderungen vorhersagen. Eine derartige Analyse war mit den in dieser Studie vorliegenden Daten jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht möglich.

Ersterkrankungsalter und Komorbidität

Zum Einfluss des Ersterkrankungsalters wurde vermutet, dass die Reduktion der Depressivität umso geringer ausfallen würde, je früher der Beginn der depressiven Störung lag.

Diesbezüglich konnte im Gegensatz zu der Studie von Brown und Lewinsohn (1984) jedoch nur ein Trend gezeigt werden. Ein möglicher Grund könnte sein, dass Brown und Lewinsohn (1984) statistische Auswertungen mit höherer Aussagekraft durchführen konnten. Aufgrund der großen Gesamtstichprobe von $N = 63$ war es den Autoren möglich, nach unterschiedlichen Kriterien Untergruppen von high und low respondern zu identifizieren und diese in Bezug auf das Ersterkrankungsalter zu vergleichen.

Eine Kategorisierung in vier Gruppen nach unterschiedlichem Ersterkrankungsalter zeigt, dass diejenigen die stärkste Reduktion der Depressivität aufwiesen, die erstmals im Alter zwischen 23 und 30 Jahren an einer Depression erkrankt waren. Die Gruppe mit einem Ersterkrankungsalter bis 14 Jahre zeigte zwar erwartungsgemäß die geringste Depressivitäts-

reduktion, auf eine Interpretation wird hier jedoch verzichtet aufgrund der geringen Stichprobengröße, der noch geringeren Größe der vier einzelnen Gruppen und des lediglich bestehenden Trends.

In Bezug auf den Einfluss von Komorbidität wurde vermutet, dass die Reduktion der Depressivität geringer ausfallen würde, wenn eine oder mehr komorbide Erkrankungen zusätzlich zur Depression bestehen.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden, der Interaktionseffekt von Zeit und Komorbidität war nicht signifikant. Dass hier kein negativer Einfluss von komorbiden Erkrankungen auf die Reduktion der Depressivität im Verlauf der Behandlung gezeigt werden konnte, stimmt jedoch positiv. Es liegen damit keine Ergebnisse vor, die gegen die Anwendung von Bibliothherapie für Depression bei komorbid vorliegenden psychischen Störungen sprechen. Dies gilt jedoch nur für die im Rahmen der vorliegenden Studie zugelassenen Komorbiditäten. Da Abhängigkeitserkrankungen, Demenzen und psychotische Störungen ausgeschlossen wurden, gibt es hierzu keine Hinweise. In Bezug auf die Indikation von Bibliothherapie bei Komorbiditäten mit diesen Störungen scheint es jedoch ratsam, die Anmerkung von McKendree-Smith et al. (2003) zu berücksichtigen, dass aufgrund der mit diesen Erkrankungen assoziierten kognitiven Defizite die Behandlung mit einem Selbsthilfebuch eher nicht indiziert ist.

In der vorliegenden Studie wurde jedoch ein Haupteffekt von Komorbidität gefunden. Die Depressivität war insgesamt höher, wenn eine oder mehrere komorbide Erkrankungen zur Depression vorlagen. Dieser Effekt überrascht nicht, da auch beispielsweise in der Replikation des amerikanischen National Comorbidity Surveys ein höherer Schweregrad einer depressiven Erkrankung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für komorbide psychische Erkrankungen einherging (Kessler et al., 2003).

Frühes Ansprechen auf die Behandlung

In Bezug auf den prädiktiven Wert eines frühen Ansprechens auf die Behandlung für den späteren Behandlungserfolg wurden verschiedene Prädiktoren und Kriterien miteinander verglichen.

Je nach Prädiktor und Kriterium werden unterschiedliche Sensitivitäten, Spezifitäten und Anteile korrekt klassifizierter Fälle erzielt. Die Sensitivität nimmt ab, je höher im Prädiktor die geforderte Reduktion der Depressivität angesetzt wird, die Spezifität bewegt sich gegen-

läufig. Bei dem Kriterium der mindestens 50%igen Depressivitätsreduktion finden sich augenscheinlich die höheren Anteile korrekt klassifizierter Fälle. Bemerkenswert ist, dass beispielsweise anhand einer Reduktion der Depressivität von mindestens 25% schon nach einer Woche zu knapp 80% korrekt vorhergesagt werden kann, ob sich die Depressivität zum Behandlungsende mindestens halbiert hat. Die Höhe von Sensitivitäts- und Spezifitätswerten ist ähnlich wie die von Kok et al. (2009) gefundenen Werte in ihrer Studie zum Vergleich verschiedener Prädiktoren und Kriterien zur Vorhersage des Behandlungserfolgs von Pharmakotherapie bei depressiven älteren Patienten.

Die areas under curve (AUC, siehe Tabelle 10) zeigen, dass die Vorhersagen in jeder Woche und bei beiden Kriterien über .5 liegen und damit besser als zufällige Vorhersagen sind. Die großen Konfidenzintervalle der AUCs schließen jedoch bei der Hälfte der Kurven diesen Wert mit ein und sind damit nicht signifikant von .5 verschieden, was wahrscheinlich auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen ist. Signifikant von .5 verschieden sind sehr knapp die AUCs in Woche eins bei beiden Kriterien und etwas deutlicher die AUCs der Wochen 3 und 4 beim Kriterium von mindestens 50% Depressivitätsreduktion.

Welchen Prädiktoren und Kriterien im Einzelfall der Vorzug gegeben werden sollte, lässt sich nicht pauschal bestimmen, sondern ist von den jeweiligen Prioritäten abhängig. Eine hohe Sensitivität, d.h. eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass man Personen, die am Ende von der Behandlung profitieren werden, auch erkennt, könnte zum Beispiel dann wichtig sein, wenn die Ressourcen gering sind und nur wenige Therapieplätze auf der nächstintensiveren Behandlungsstufe zur Verfügung stehen. Weitere Gründe könnten sein, dass der Patient nur ungern eine intensivere Behandlung in Anspruch nehmen möchte oder dies für ihn mit besonders hohem Aufwand verbunden wäre, da er beispielsweise für eine ambulante Psychotherapie einen langen Anfahrtsweg in Kauf nehmen müsste. Eine hohe Spezifität, d.h. eine hohe Wahrscheinlichkeit, die Personen zu identifizieren, die am Ende doch nicht hinreichend profitieren, könnte dann eine höhere Relevanz haben, wenn ausreichend alternative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen und der Patient auch bereit wäre, diese zu nutzen. Dabei sind früher im Behandlungsverlauf liegende Zeitpunkte bei ähnlichem Vorhersagewert in der Regel interessanter, da so auch früher eine Vorhersage für den Behandlungserfolg getroffen werden kann.

Die Wahl des Kriteriums hängt davon ab, was vorhergesagt werden soll. Ein Abfall unter einen Cut-off für klinisch relevante Symptomatik entspricht im Fall des BDI-V einem Rohwert von unter 35 (Schmitt et al., 2006). Dieses Kriterium könnte dann gewählt werden, wenn eine

Depressivitätsausprägung vorhergesagt werden soll, die weniger als eine Standardabweichung über dem Durchschnitt der Normstichprobe liegt und bei der laut den Autoren des Fragebogens mit ca. 90%iger Sicherheit eine klinisch relevante Depression ausgeschlossen werden kann. Eine Reduktion der Depressivität um mindestens die Hälfte könnte beispielsweise dann wichtiger sein, wenn der Depressivitätswert ohnehin nur leicht erhöht war und ein Abfall unter den Cut-off von 35 keine klinisch bedeutsame Veränderung für den Patienten darstellen würde.

Die hier durchgeführten Analysen geben ein Beispiel dafür, wie konkretere Entscheidungshilfen dafür gestaltet werden könnten, in welchen Fällen eine Fortsetzung von Bibliothherapie lohnenswert wäre oder eine Bibliothherapie eher abgebrochen werden sollte, um im Sinne eines stepped-care-Modells eine intensivere Behandlung zu initiieren.

Sicherlich sollte jedoch in weiteren Forschungsarbeiten untersucht werden, ob für die unterschiedlichen bibliothераpeutischen Interventionen jeweils individuelle Werte bestimmt werden müssen oder ob Sensitivität und Spezifität über verschiedene bibliothераpeutische Interventionen hinweg vergleichbar sind. Dies kann in der vorliegenden Studie für die metakognitive Bibliothherapie nicht geleistet werden, da die Werte für die metakognitive Gruppe und die Kontrollgruppe zusammen berechnet wurden. Auch wurden die Analysen post hoc durchgeführt.

5 NEBENFRAGESTELLUNG: ERGEBNISSE ZUR VERÄNDERUNG SPEZIFISCHER KOGNITIVER VARIABLEN

5.1 Methode

5.1.1 Stichprobe

An der Studie nahmen 32 Patientinnen und Patienten der Psychotherapieambulanz am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Münster teil, die auf einen Therapieplatz warteten. Eingeschlossen wurden Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit aktueller leichter bis mittelschwerer Major Depression, dysthymen Störung oder nicht näher bezeichneten depressiven Störung, diagnostiziert mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I Interview; Wittchen et al., 1997). Ausschlusskriterien waren schwere Depression, Abhängigkeit von Substanzen, bipolare Störung, selbstberichtete generelle Leseschwierigkeiten, akute Suizidalität, psychotische Symptome und eine aktuelle Psychotherapie oder die durch die Versuchsleiterin eingeschätzte Notwendigkeit der unmittelbaren Überweisung in eine stationäre Therapie. War die Muttersprache nicht Deutsch, musste Deutsch mit Beginn der Grundschule erlernt worden sein. Nahmen die Probanden Antidepressiva oder andere Psychopharmaka ein, so durften Präparat und Dosis nicht innerhalb der letzten drei Monate vor Beginn oder während der Studie verändert worden sein.

Die Experimentalgruppe (EG), die das Manual zur metakognitiven Therapie erhielt, bestand aus 15 Probanden, die Kontrollgruppe (KG) bestand aus 17 Probanden. Die Stichprobencharakteristika getrennt nach der Gruppe sind Tabelle 11 zu entnehmen. Eine genauere Stichprobenbeschreibung in Bezug auf Einnahme von Antidepressiva, Diagnosen und Erst-erkrankungsalter findet sich in Tabelle 2 in Abschnitt 4.1.1.

Tabelle 11: Stichprobencharakteristika getrennt nach Gruppe

Variable	Experimentalgruppe (<i>n</i> = 15)	Kontrollgruppe (<i>n</i> = 17)
Geschlecht	♀ = 10, ♂ = 5	♀ = 9, ♂ = 8
Alter	<i>M</i> = 27.4, <i>SD</i> = 6.2	<i>M</i> = 29.8, <i>SD</i> = 8.2
Schulabschluss	Realschule: 2 Fachabitur/Abitur: 9 Hochschulabschluss: 4	Realschule: 2 Fachabitur/Abitur: 11 Hochschulabschluss: 4
Depressivität baseline (BDI-V)	<i>M</i> = 53.2, <i>SD</i> = 13.0	<i>M</i> = 53.2, <i>SD</i> = 14.7
Hauptdiagnose		
MD, einzelne Episode	<i>n</i> = 7 (47%)	<i>n</i> = 6 (35%)
MD, rezidivierend	<i>n</i> = 7 (47%)	<i>n</i> = 9 (53%)
Andere dep. Störungen	<i>n</i> = 1 (6%)	<i>n</i> = 2 (12%)
Min. 1 komorbide Störung	<i>n</i> = 8 (53%)	<i>n</i> = 8 (47%)

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; MD: Major Depression.

5.1.2 Entwicklung des metakognitiven Bibliothherapie-Manuals

Grundlage für das Manual zur metakognitiven Therapie (Miethe, 2008) sind die in Wells (2000) und Wells und Papageorgiou (2004) dargestellten Therapieprinzipien für metakognitive Therapie bei Depressionen. Diese umfassen folgende Schritte:

1. Psychoedukation zum Einfluss von Rumination auf Depression: Die Probanden erhalten Informationen zu Grübeln und dessen Folgen für die Stimmung (Aufrechterhaltung der Depression).
2. Frühes Unterbrechen ruminativer Prozesse: Durch Identifizierung subjektiver Vor- und Nachteile von Rumination sowie gezielte Planung von Aktivitäten als Strategie zum Unterbrechen von Grübelprozessen sollen ruminative Prozesse früh unterbrochen werden.
3. Training flexibler Aufmerksamkeitslenkung: Mit Hilfe einer Übungs-CD werden die Probanden zum attention training treatment (ATT; Wells, 1990; Wells, 2000) angeleitet, das die flexible Aufmerksamkeitslenkung trainieren soll.
4. Identifizierung und Modifikation negativer und positiver Metakognitionen über Rumination: Metakognitionen über Rumination wurden identifiziert und durch

realistische Informationen, Disputation mit Vorwegnahme von Argumenten sowie den Aufbau von Alternativstrategien gezielt modifiziert.

5. Rückfallprophylaxe: Durch Reduktion von Symptomstress sollen neue ruminative Prozesse und erhöhter Selbstfokus bei normalen Stimmungsschwankungen verhindert werden, was zur Rückfallprophylaxe beitragen soll.

Jedem Schritt ist ein Kapitel gewidmet. Zusätzlich wird das Manual durch ein psychoedukatives Kapitel eingeleitet, das allgemeine Informationen zu Prävalenz, Symptomen und Entstehung von Depressionen vermittelt. Alle insgesamt sechs Kapitel beinhalten Übungsaufgaben (z.B. Selbstbeobachtung, Verhaltensexperimente, Sammeln von Argumenten zur kognitiven Umstrukturierung) zu den einzelnen Themen.

Manual der Kontrollgruppe

Ein Kontrollgruppen-Manual (Miethe, 2009) wurde erstellt, um unspezifische Wirkfaktoren wie das Normalisieren depressiver Symptome, Aufmerksamkeit durch die Versuchsleiterin oder das Gefühl, etwas gegen die Erkrankung zu unternehmen, zu kontrollieren. Das Kontrollgruppen-Manual beinhaltet über diese unspezifischen Wirkfaktoren hinaus keinerlei spezifische Therapieelemente. Es besteht aus Texten, in denen depressive Symptome dargestellt werden, wie z.B. Erfahrungsberichten depressiver Patienten oder Romanausschnitten. Die Texte sind nach inhaltlichen Aspekten in Kapitel unterteilt (z.B. zu Symptomen, zu sozialen Kontakten, zu Arbeit und Aktivitäten). In Übungsaufgaben sollen die Probanden ihr Erleben mit dem dargestellten Erleben im Text vergleichen. Insgesamt besteht das Manual der Kontrollgruppe wie das Manual zur metakognitiven Therapie aus sechs Kapiteln, dabei ist das erste Kapitel identisch mit dem psychoedukativen ersten Kapitel des Manuals zur metakognitiven Therapie.

5.1.3 Messinstrumente

Als Screeninginstrument wurde das Depressionsmodul aus dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D; Löwe et al., 2002); englische Originalversion: Prime MD Patient Health Questionnaire; PHQ; Spitzer et al., 1999) genutzt. Der PHQ wurde für die Primärmedizin entwickelt, um die Erkennung der häufigsten psychischen Störungen, wie unter anderem somatoformer Störungen, Angststörungen und depressiver Störungen, zu erleichtern. In der vorliegenden Untersuchung wurde nur das Depressionsmodul genutzt, das mit neun Items die

Symptome des A-Kriteriums für eine Episode einer Major Depression nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; Saß et al., 1996) erfragt. Die Items sollen in Bezug auf ihre Häufigkeit in den vorangegangenen zwei Wochen auf einer vierstufigen Skala von *Überhaupt nicht*, *An einzelnen Tagen*, *An mehr als der Hälfte der Tage* bis *Beinahe jeden Tag* eingeschätzt werden. Das Depressionsmodul des PHQ-D kann dimensional (genannt PHQ-9) und kategorial ausgewertet werden. Die interne Konsistenz der PHQ-9-Skala beträgt $\alpha = .88$ (Gräfe et al., 2004). Hier wurde nur eine kategoriale Auswertung vorgenommen, bei der ein an das DSM-IV angelehnter Algorithmus angewendet wird, um das Vorliegen eines depressiven Syndroms zu bestätigen oder abzulehnen. Eine Diagnose einer Störung ermöglicht der PHQ-D nicht, da dafür noch die Abklärung weiterer Kriterien notwendig wäre. Die Sensitivität bei kategorialer Auswertung für die Diagnose einer Major Depression wird mit 78%, die Spezifität mit 80% in einer Stichprobe von Patienten aus einer psychosomatischen Ambulanz angegeben (Gräfe et al., 2004).

Die Ruminationsneigung wurde mit der Skala Rumination des Response Style Questionnaire – Deutsche Version (RSQ-D; Kühner, Huffziger & Nolen-Hoeksema, 2007); englische Originalversion: Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) erfasst. Das RSQ-D erfragt den Umgang mit negativer Stimmung basierend auf der Response Styles Theorie (Nolen-Hoeksema, 1991). Die Items beschreiben Reaktionen auf negative Stimmung, die bezüglich ihrer Häufigkeit auf einer vierstufigen Antwortskala (1 = *fast nie* bis 4 = *fast immer*) eingeschätzt werden sollen. Die hier genutzte Langform hat 32 Items aufgeteilt auf zwei Skalen: Die Skala Rumination, definiert als wiederholtes und anhaltendes Nachdenken über depressive Symptome und deren Konsequenzen (21 Items), und die Skala Distraction, definiert als Ablenkung von der negativen Stimmung (11 Items). Die interne Konsistenz der Ruminationskala liegt zwischen $\alpha = .87$ und $.92$ (Kühner & Bürger, 2005; Kühner & Weber, 1999).

Positive und negative Metakognitionen über Sorgen wurden mit dem Metakognitions-Fragebogen (MKF; Hoyer & Gräfe, 1999, zit. nach Möbius & Hoyer, 2003; englische Originalversion: Cartwright-Hatton & Wells, 1997) erfasst, der auf dem metakognitiven Modell der Sorgen (Wells, 1995, 1999) basiert. Die Zustimmung zu einzelnen als Aussagen formulierten Metakognitionen soll auf einer vierstufigen Skala (1 = *stimme nicht zu* bis 4 = *stimme stark zu*) eingeschätzt werden. Der MKF besteht insgesamt aus 65 Items auf fünf verschiedenen Skalen. In der vorliegenden Studie wurden positive Metakognitionen über Sorgen mit der Skala positive Überzeugungen (19 Items) und negative Metakognitionen über Sorgen mit der Skala Unkontrollierbarkeit und Gefahr (16 Items) erfasst. Die Reliabilität der deutschen

Version ist bisher nicht hinreichend untersucht (Arndt, Patzelt, Andor, Hoyer & Gerlach, 2011). In einer Studie mit 64 Probanden lag die interne Konsistenz der Skalen zwischen $\alpha = .78$ für die Skala kognitives Vertrauen und $\alpha = .93$ für die Skala Unkontrollierbarkeit (Gräfe, 1999, zit. nach Möbius & Hoyer, 2003).

Metakognitionen über Rumination wurden mit dem Fragebogen zu positiven und negativen Metakognitionen über Rumination (PNMR; Wimmer, 2010; englische Originalversion der Unterskala zu positiven Metakognitionen über Rumination von Watkins & Moulds, 2005) erfasst. Die momentane Zustimmung zu Aussagen zu positiven und negativen Metakognitionen über Rumination soll auf einer vierstufigen Skala (1 = *stimme nicht zu* bis 4 = *stimme voll zu*) eingeschätzt werden. Der Fragebogen besteht aus den zwei Skalen positive Metakognitionen über Rumination (PMR, 6 Items) und negative Metakognitionen über Rumination (NMR, 14 Items). In ihrer Umformulierung der Originalskala zu positiven Metakognitionen über Rumination von Papageorgiou und Wells (2001b) ersetzen Watkins und Moulds (2005) Formulierungen wie “ruminating about my depression“ oder “ruminating about my feelings“ durch “thinking about things“ und “thinking about my emotions“ (Watkins & Moulds, 2005, S. 75), um eine Konfundierung des Konstrukts mit Depressivität zu vermeiden. An diese adaptierte Formulierung wurde auch die Konstruktion der Unterskala NMR durch Wimmer (2010) angelehnt. Die interne Konsistenz wird mit $\alpha = .71$ für die Skala PMR und mit $\alpha = .89$ für die Skala NMR angegeben (Wimmer, 2010). Normen liegen nicht vor.

Die Lebenszufriedenheit der Probanden wurde mit den Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module} (FLZ^M; Henrich & Herschbach, 2000) erfasst. Eingesetzt wurden die Module Allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesundheit. In jedem Modul sollen jeweils acht Items bezüglich der subjektiven Wichtigkeit und Zufriedenheit in den letzten vier Wochen bewertet werden. Die Bewertungen erfolgen auf 5-stufigen Skalen von 1 = *nicht wichtig* bzw. *unzufrieden* bis 5 = *extrem wichtig* bzw. *sehr zufrieden*. Aus den Antworten für subjektive Wichtigkeit und Zufriedenheit kann die gewichtete Lebenszufriedenheit für jedes der acht Items eines Moduls und für das Modul insgesamt berechnet werden. Die interne Konsistenz für den Wert der globalen gewichteten Lebenszufriedenheit liegt für das Modul Allgemeine Lebenszufriedenheit bei $\alpha = .83$ bzw. $\alpha = .82$ (Daig et al., 2011; Henrich & Herschbach, 2000) und für das Modul Gesundheit bei $\alpha = .89$ (Henrich & Herschbach, 2000). Aktuelle Normen liegen vor (Daig et al., 2011).

Selbstaufmerksamkeit wurde mit der Kurzversion des Fragebogens zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS-15; Hoyer, 2000) erfasst. Das Zutreffen von verschiedenen Selbstaussagen zur Selbstaufmerksamkeit soll auf einer fünfstufigen Skala (von *gar nicht* bis *völlig*) eingeschätzt werden. Der DFS-15 besteht aus zwei Skalen mit in der hier verwendeten Kurzversion insgesamt 15 Items: dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit (DFS-D, 9 Items) und funktionale Selbstaufmerksamkeit (DFS-F, 6 Items). Die maladaptive bzw. dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit wird hierbei als inflexibel charakterisiert, wodurch der Zustand der Selbstaufmerksamkeit nicht wieder verlassen werden kann. Als adaptiv bzw. funktional hingegen wird Selbstaufmerksamkeit gesehen, wenn sie zur Generierung von Möglichkeiten zur Problemlösung führt und flexibel wieder beendet werden kann. Die interne Konsistenz wird für die Skala DFS-D mit $\alpha = .90$, für die DFS-F-Skala mit $\alpha = .82$ angegeben.

Automatische Gedanken wurden mit dem Fragebogen positiver und negativer automatischer Gedanken (FAG; Pössel, Seemann & Hautzinger, 2005; englische Originalversion: Kendall, Howard & Hays, 1989) erfasst, der auf dem kognitiven Modell der Depression basiert (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994). Die Häufigkeit des Auftretens verschiedener positiver und negativer automatischer Gedanken in der letzten Woche soll auf einer fünfstufigen Skala (von *überhaupt nicht* bis *die ganze Zeit*) bewertet werden. Der FAG besteht aus 21 Items auf einer Skala zu negativen und zwei Skalen zu positiven automatischen Gedanken: negative Selbstaussagen (12 Items in der hier genutzten längeren Form), Wohlbefinden (5 Items) und Selbstvertrauen (4 Items). Die interne Konsistenz wird für eine Patientenpopulation mit $\alpha = .94$ für die Skala negative Selbstaussagen und jeweils $\alpha = .84$ für die Skalen Wohlbefinden und Selbstvertrauen angegeben.

Depressivität wurde mit dem vereinfachten Beck-Depressions-Inventar (BDI-V; Schmitt & Maes, 2000) erfasst. Das BDI-V hat 20 Items, in denen depressive Symptome mit nur einer Aussage operationalisiert werden. Die Symptome sollen bezüglich ihrer Auftretenshäufigkeit auf einer 6-stufigen Skala (von 0 = *nie* bis 5 = *fast immer*) beurteilt werden. Schmitt und Maes (2000) berichten eine interne Konsistenz von $\alpha = .90$. Normen liegen vor (Schmitt et al., 2006). In dieser Studie soll bezüglich der Depressivität lediglich gezeigt werden, dass der Wert zur Baseline in beiden Gruppen und bei Drop-outs und Completern vergleichbar ist. Ergebnisse zur Depressivität werden in Abschnitt 4.2 beschrieben.

5.1.4 Studienablauf und -design

Ablauf

Die Studie bestand aus einem Screening, einem ersten Diagnostiktermin, einer sechswöchigen Therapiephase, einer abschließenden Diagnostik, einem Debriefingtermin sowie einem Follow-up-Telefonat. Die Vorgehensweise zu den einzelnen Zeitpunkten wird im Folgenden beschrieben:

Screening: Patienten, die im Erstkontakt in der Psychotherapie-Ambulanz Münster eine depressive Symptomatik berichteten, wurden auf ihre Bereitschaft, an der Untersuchung teilzunehmen, mündlich angesprochen. Stimmt die Patienten zu, wurden sie telefonisch mit Hilfe des PHQ-D gescreent. Lag laut Screening ein depressives Syndrom vor, wurden die Probanden zu einem Diagnostiktermin eingeladen.

Diagnostiktermin (Zeitpunkt „Prä“): Nach ausführlicher Aufklärung und schriftlicher Dokumentation der Einwilligung der Probanden wurde ein SKID-I Interview (Wittchen et al., 1997) durchgeführt und die Probanden füllten die Fragebögen BDI-V, FLZ^M, RSQ-D, MKF, PNMR, DFS und FAG aus. Danach erhielten die Probanden eines der beiden Selbsthilfe-Manuale mit einer kurzen inhaltlichen Einführung und der Empfehlung, jede Woche ein Kapitel zu lesen.

Therapiephase: Während einer sechswöchigen Therapiephase lasen die Probanden selbstständig das Selbsthilfebuch. Bei wöchentlichen Telefonkontakten mit der Versuchsleiterin hatten die Probanden die Gelegenheit, Verständnisfragen zum Manual zu stellen. Zusätzlich bot der Telefonkontakt die Möglichkeit zu erkennen, ob aufgrund einer Verschlechterung des Befindens dringender Handlungsbedarf bestand.

Post-Messung (Zeitpunkt „Post“): Nach Ablauf der sechs Wochen wurde den Probanden ein Fragebogenpaket zugeschickt (BDI-V, FLZ^M, RSQ-D, MKF, PNMR, DFS und FAG).

Debriefing: Nach Rücklauf des Fragebogenpakets wurden die Probanden zu einem Debriefing-Termin eingeladen, bei dem sie eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Fragebogendiagnostik sowie Informationen über weitere Behandlungsmöglichkeiten erhielten. Auf Wunsch erhielten die Probanden ein Exemplar des jeweils anderen Manuals.

Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethik-Kommission des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Münster vor.

Die Anzahl von Probanden in jeder Phase sowie ausgeschlossene Probanden und Drop-outs können dem Ablaufdiagramm (Abbildung 7) entnommen werden.

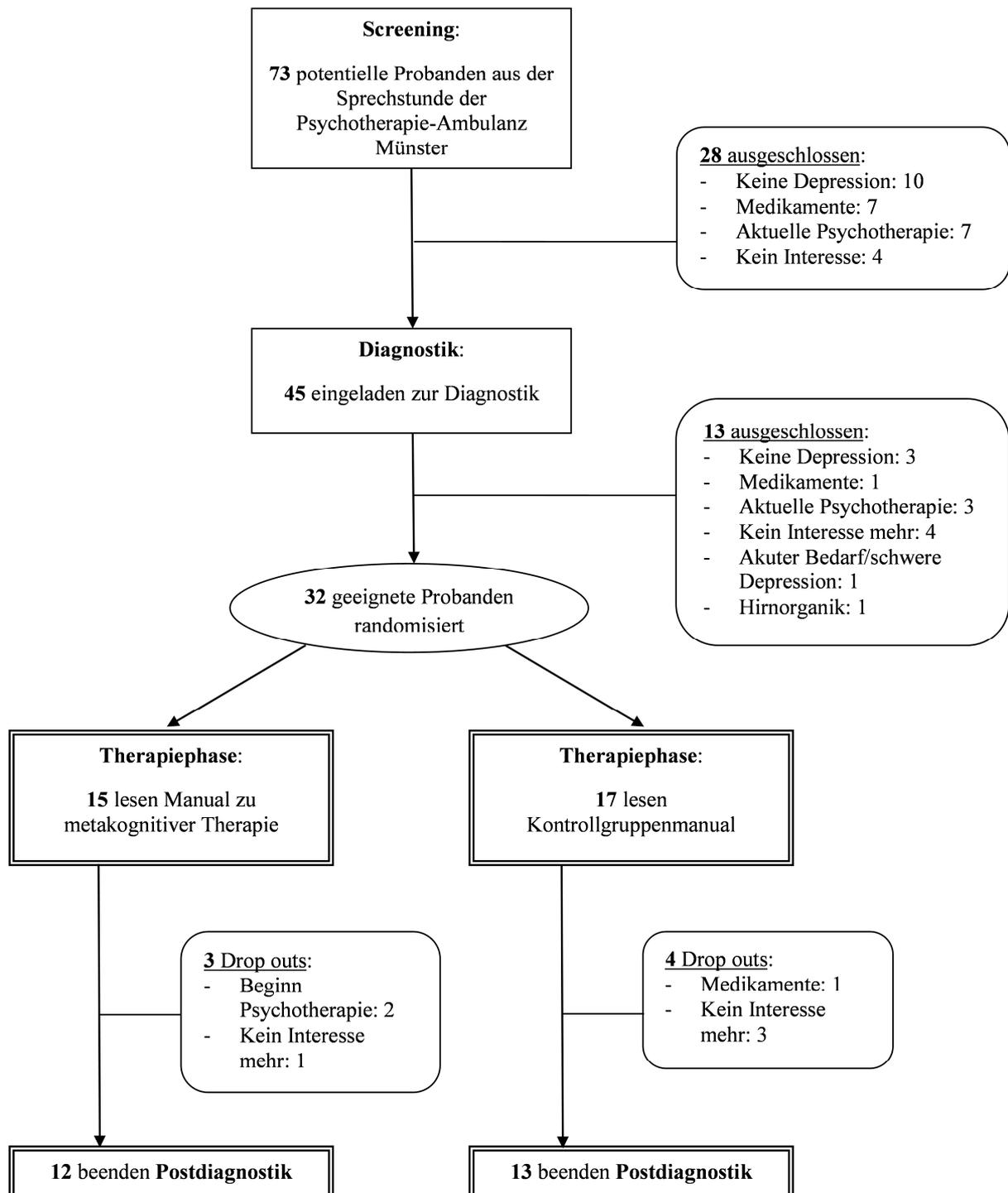


Abbildung 7: Ablaufdiagramm der Studie

Design

Die Probanden wurden anhand eines vorher festgelegten Randomisierungsplans zufällig entweder der Experimentalgruppe zugeteilt, die das Manual zur metakognitiven Therapie erhielt, oder der Placebo-Kontrollgruppe zugeteilt, die das Kontrollgruppen-Manual ohne spezifische Wirkfaktoren erhielt. Bei der Randomisierung wurden das Alter, das Geschlecht, der Bildungsgrad sowie eventuelle antidepressive Medikation berücksichtigt.

Es liegt ein 2x2-faktorielles Design mit dem Zwischensubjektfaktor Gruppe (Experimental- vs. Kontrollgruppe) und dem Innersubjektfaktor Zeit (Prä- und Post-Messung) vor.

5.1.5 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte bei einzelnen Items der Fragebögen wurden mit der Methode der response function imputation (Sijtsma & Van der Ark, 2003) imputiert. Hierzu wurde im Programm IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., 2011) eine Syntax von Van Ginkel und Van der Ark (2010) verwendet, die frei verfügbar ist.

Fehlende Werte auf ganzen Skalen gab es nur zum Post-Zeitpunkt durch das Herausfallen von Probanden aus der Studie (zu Anzahl und Gründen von Drop-outs siehe Abbildung 7).

Im Umgang mit fehlenden Werten auf ganzen Skalen zum Post-Zeitpunkt wurden verschiedene Methoden verwendet:

1. *Last observation carried forward*: Der Wert zum Prä-Zeitpunkt wurde imputiert (*intention-to-treat*, ITT).
2. Multiple Imputation: Bei den Hypothesen zur Veränderung von Rumination und Metakognitionen wurden eine multiple Imputationen mit dem Modul aus IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., 2011) durchgeführt.
3. Zusätzlich wurden Analysen durchgeführt, bei denen nur die Datensätzen von Completern eingingen.

Alle Analysen wurden miteinander verglichen, um eine eventuelle Abhängigkeit der Ergebnisse von der jeweiligen Imputationsmethode sichtbar zu machen.

5.1.6 Statistische Analysen

Alle Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., 2011) durchgeführt. Den statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt.

Bei ITT-Analysen und Completer-Analysen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet mit den Haupteffekten Zeit (Prä- vs. Post-Zeitpunkt) und Gruppenzugehörigkeit (metakognitive Gruppe vs. Kontrollgruppe) und dem Interaktionseffekt Zeit*Gruppenzugehörigkeit. Bei Daten, bei denen zuvor eine multiple Imputation durchgeführt wurde, wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben über die Differenz zwischen Prä- und Post-Wert der jeweiligen Variablen berechnet, da in SPSS 20 gepoolte Schätzer für die Varianzanalyse mit Messwiederholung nicht zur Verfügung stehen.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Unterschiede zwischen den Gruppen und zwischen Completern und Drop-outs

Untersuchung von Baseline-Unterschieden zwischen den Gruppen

Bezüglich des Geschlechterverhältnisses gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (EG = 67% bzw. KG = 53% weibliche Probanden; $\chi^2(1) = 0.622, p = .491$). Der Anteil an Probanden mit mindestens einer komorbiden Störung war in beiden Gruppen annähernd gleich (53% bzw. 47%; $\chi^2(1) = 0.125, p > .999$). Zu Beginn der Studie gab es bezüglich Alter, BDI-V, FLZ^M, RSQ-D Ruminatation, den beiden genutzten Skalen des MKF, PNMR, DFS und FAG keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (MANOVA: $F(14, 17) = 1.097, p = .423$).

Untersuchung von Unterschieden zwischen Completern und Drop-outs

Als Completer werden im Folgenden Probanden bezeichnet, die bis zum Zeitpunkt der Post-Diagnostik an der Studie teilgenommen haben. Drop-outs sind diejenigen Probanden, die vor der Post-Diagnostik aus der Studie herausgefallen sind.

Zu Beginn der Studie gab es bezüglich Alter, BDI-V, FLZ^M, RSQ-D Ruminatation, den beiden genutzten Skalen des MKF, PNMR, DFS und FAG keine signifikanten Unterschiede zwischen späteren Drop-outs und Completern (MANOVA: $F(14, 17) = 0.999, p = .494$).

5.2.2 Ergebnisse zur Hypothese II.A. zur Veränderung von Rumination

Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Rumination zeigt Tabelle 12. Daten zum Vergleich der Ergebnisse zwischen Completern und Drop-outs für alle kognitiven Variablen finden sich in Tabelle 25 in Abschnitt 9.2.1 .

Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Rumination getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe.

		Experimentalgruppe (<i>n</i> = 12)		Kontrollgruppe (<i>n</i> = 13)	
		<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
RSQ-D – Rumination	Prä	60.3	(10.0)	58.3	(11.6)
	Post	52.3	(12.7)	57.6	(10.8)

Anmerkungen: RSQ-D: Response Style Questionnaire – Deutsche Version ; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

Die Hypothese II.A. zur größeren Reduktion der Rumination in der Experimentalgruppe wurde varianzanalytisch überprüft. Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse einer Varianzanalyse mit Messwiederholung für Completer- und ITT-Analysen. In beiden Analysen wird sowohl der Haupteffekt der Zeit als auch der Interaktionseffekt Zeit*Gruppenzugehörigkeit signifikant.

Tabelle 13: Ergebnisse einer Varianzanalyse mit Messwiederholung der Variable Rumination (RSQ) für Completer und intention-to-treat (ITT).

Abhängige Variable: Rumination								
Effekt	Completer				ITT			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Gruppe	1, 23	0.144	.707	0.006	1, 30	0.299	.589	0.010
Zeit	1, 23	1.979	.001	0.410	1, 30	13.766	.001	0.315
Zeit*Gruppe	1, 23	11.335	.003	0.330	1, 30	9.915	.004	0.248

Der Interaktionseffekt Zeit*Gruppenzugehörigkeit für die Daten der Completer wird in Abbildung 8 dargestellt.

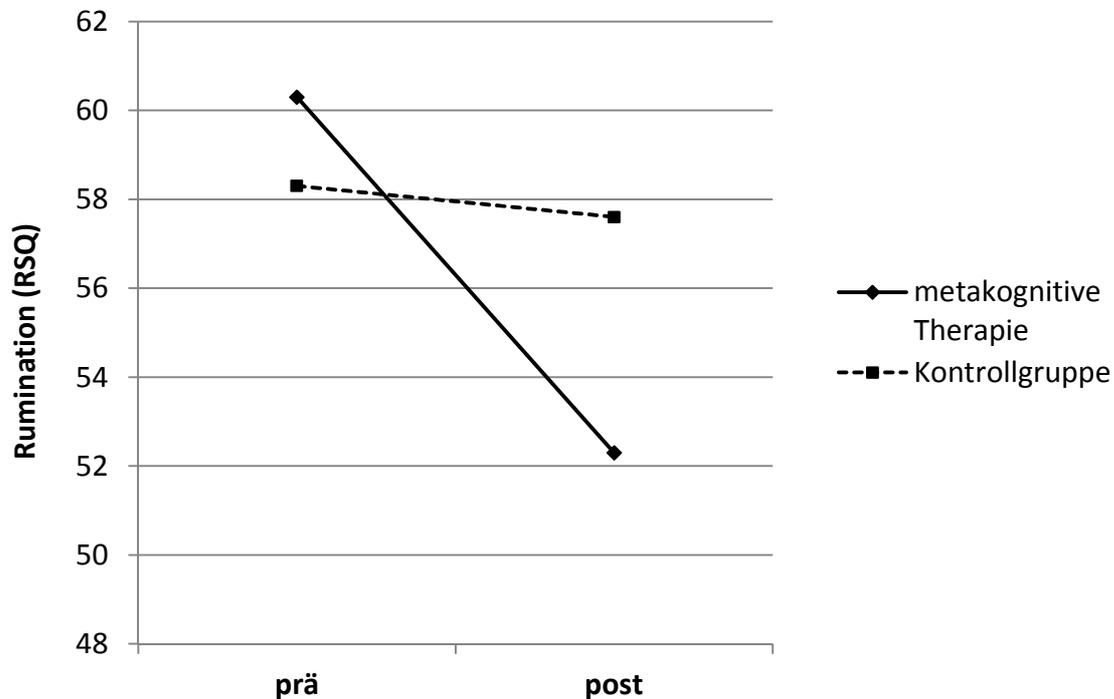


Abbildung 8: Mittelwerte der Variable Ruminations zum Prä- und Post-Zeitpunkt für die Completer.

Zusätzlich wurden zehn multiple Imputationen vorgenommen. Fehlende Werte für Ruminations zum Post-Zeitpunkt wurden hierbei mithilfe der Informationen aus den Werten für Ruminations zum Prä- und zum Post-Zeitpunkt imputiert. Ein t -Test für unabhängige Stichproben für die Differenz zwischen Prä- und Post-Werten bei den multipel imputierten Daten wird ebenfalls signifikant. Ergebnisse des t -Tests finden sich in Tabelle 26 in Abschnitt 9.2.2 des Anhangs.

5.2.3 Ergebnisse den Hypothesen II.B. zur Veränderung von Metakognitionen

Deskriptive Ergebnisse zu Metakognitionen zu Rumination und Sorgen zeigt Tabelle 14.

Tabelle 14: Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Metakognitionen getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe.

		Experimentalgruppe (n=12)		Kontrollgruppe (n=13)	
		<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)
PNMR – pos. Metakognitionen	Prä	16.8	(4.5)	19.4	(4.0)
	Post	14.8	(3.4)	18.2	(4.5)
PNMR – neg. Metakognitionen	Prä	34.2	(7.4)	32.5	(5.5)
	Post	35.3	(5.7)	31.6	(5.3)
MKF – pos. Überzeugungen	Prä	31.7	(11.0)	40.3	(13.9)
	Post	30.8	(10.9)	38.2	(9.8)
MKF – Unkon- troll./Gefahr	Prä	44.8	(9.3)	44.5	(8.0)
	Post	37.4	(7.9)	42.9	(7.6)

Anmerkungen: PNMR: Fragebogen zu positiven und negativen Metakognitionen über Rumination; MKF: Metakognitions-Fragebogen; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

Zur Überprüfung der Hypothesen zur größeren Reduktion von Metakognitionen in der Experimentalgruppe wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Variablen positive und negative Metakognitionen über Rumination und positive und negative Metakognitionen über Sorgen gerechnet. Die Analyse wurde sowohl für die Daten der Completer als auch für die ITT-Daten durchgeführt. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 15. In beiden Analysen zeigt sich ein ähnliches Muster. Der Effekt der Zeit wird signifikant, der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppenzugehörigkeit ist in der Completer-Analyse signifikant, in der ITT-Analyse nur knapp nicht signifikant.

Tabelle 15: Ergebnisse einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung für positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen getrennt nach Completern und intention-to-treat (ITT).

Abhängige Variablen: Positive Metakognitionen über Rumination, Negative Metakognitionen über Rumination, Positive Metakognitionen über Sorgen, Negative Metakognitionen über Sorgen

Effekt	Completer				ITT			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Gruppe	4, 20	2.200	.106	0.306	4, 27	2.273	.087	0.252
Zeit	4, 20	4.522	.009	0.475	4, 27	3.934	.012	0.368
Zeit*Gruppe	4, 20	2.986	.044	0.374	4, 27	2.695	.052	0.285

Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen finden sich in Tabelle 16. Auch hier zeigt sich ein sehr ähnliches Muster der Completer- und ITT-Analysen. Es ist zu erkennen, dass der signifikante Zeiteffekt auf die Variablen positive Metakognitionen über Rumination und negative Metakognitionen über Sorgen zurückgeht. Der (in einer Analyse) signifikante Interaktionseffekt geht auf die Variable negative Metakognitionen über Sorgen zurück. Der signifikante Effekt der Gruppe bei der Variable negative Metakognitionen über Rumination sollte nicht interpretiert werden, da der Effekt der Gruppenzugehörigkeit in beiden MANOVAs nicht signifikant geworden ist.

Der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppenzugehörigkeit in der Variable negative Metakognitionen über Sorgen wird in Abbildung 9 für die Daten der Completer dargestellt.

Auch hier wurden zusätzlich zehn multiple Imputationen der vier Variablen zu Metakognitionen vorgenommen. Fehlende Werte einer Variable zum Post-Zeitpunkt wurden mithilfe der Informationen aus den Werten derselben Variable zum Prä-Zeitpunkt imputiert. Es wurden ebenfalls *t*-Tests für unabhängige Stichproben für die Differenz zwischen Prä- und Post-Wert jeweils einer Variable berechnet. Die Ergebnisse der *t*-Tests zeigt Tabelle 27 in Abschnitt 9.2.3 des Anhangs. Es zeigt sich dasselbe Muster wie bei den Interaktionseffekten aus den univariaten Varianzanalysen mit den Completer- und ITT-Daten.

Tabelle 16: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen zu den Variablen positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen.

Abhängige Variable	Effekt	Completer				intention-to-treat (ITT)			
		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Pos. Meta- kognitionen über Rumination	Gruppe	1, 23	4.131	.054	0.152	1, 30	0.980	.330	0.032
	Zeit	1, 23	4.426	.047	0.161	1, 30	4.374	.045	0.127
	Zeit*Gruppe	1, 23	0.210	.651	0.009	1, 30	0.250	.620	0.008
Neg. Meta- kognitionen über Rumination	Gruppe	1, 23	1.495	.234	0.061	1, 30	5.322	.028	0.151
	Zeit	1, 23	0.014	.906	0.001	1, 30	0.020	.888	0.001
	Zeit*Gruppe	1, 23	0.936	.343	0.039	1, 30	0.952	.337	0.031
Positive Metakog- nitionen über Sorgen	Gruppe	1, 23	3.294	.083	0.125	1, 30	1.277	.267	0.041
	Zeit	1, 23	1.503	.233	0.061	1, 30	1.479	.233	0.047
	Zeit*Gruppe	1, 23	0.226	.639	0.010	1, 30	0.201	.657	0.007
Negative Metakog- nitionen über Sorgen	Gruppe	1, 23	0.695	.413	0.029	1, 30	0.374	.546	0.012
	Zeit	1, 23	16.162	.001	0.413	1, 30	14.194	.001	0.321
	Zeit*Gruppe	1, 23	6.964	.015	0.232	1, 30	6.354	.017	0.175

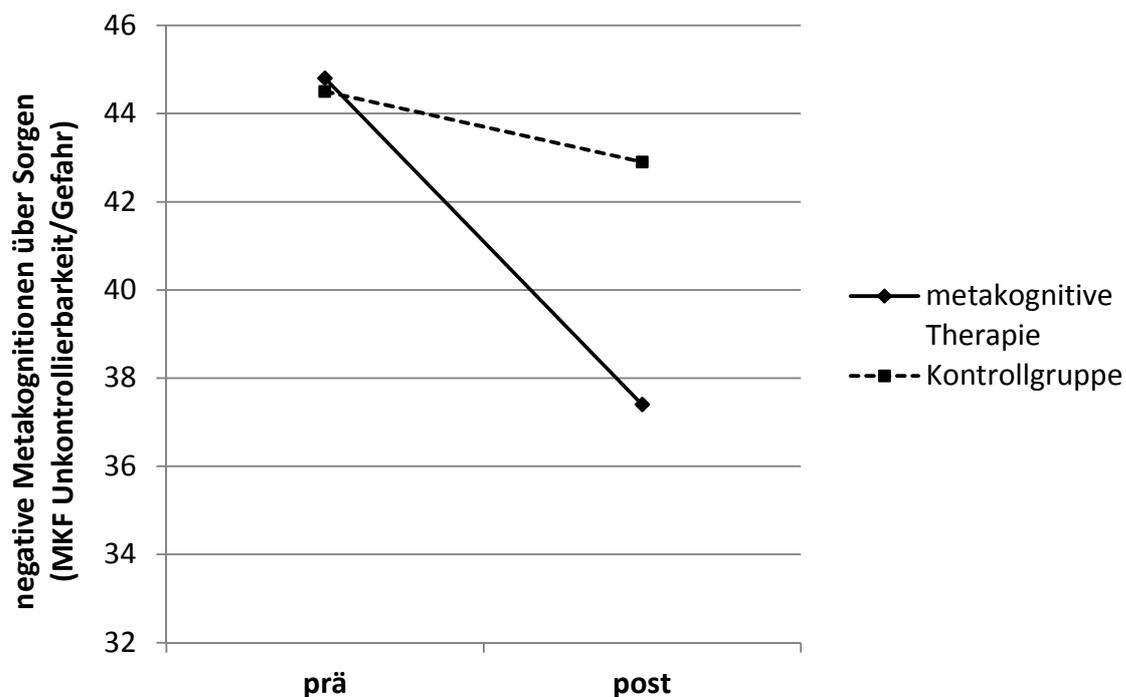


Abbildung 9: Mittelwerte der Variable negative Metakognitionen über Sorgen zum Prä- und Post-Zeitpunkt für die Completer.

5.2.4 Explorative Analysen zur Veränderung von Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit

Deskriptive Ergebnisse zu negativer Selbstaufmerksamkeit, negativen automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit zeigt Tabelle 17.

Tabelle 17: Deskriptive Ergebnisse der Completer zu Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe.

		Experimentalgruppe (n=12)		Kontrollgruppe (n=13)	
		M	(SD)	M	(SD)
DFS – dysf. Selbstaufmerks.	Prä	34.8	(6.5)	36.2	(5.1)
	Post	30.0	(6.8)	34.6	(7.4)
DFS – funk. Selbstaufmerks.	Prä	17.3	(4.4)	15.9	(3.4)
	Post	17.4	(5.4)	16.7	(2.6)
FAG – negative Selbstaussagen	Prä	38.3	(7.2)	38.6	(10.7)
	Post	30.5	(12.1)	34.5	(15.2)
FAG – Wohlbefinden	Prä	8.7	(1.7)	7.9	(1.8)
	Post	12.0	(3.9)	11.0	(3.4)
FAG – Selbstvertrauen	Prä	7.3	(1.8)	5.8	(1.5)
	Post	9.2	(3.7)	7.5	(2.1)
FLZ ^M – allgemein	Prä	8.0	(22.3)	12.8	(21.2)
	Post	19.8	(31.3)	15.8	(37.3)
FLZ ^M – Gesundheit	Prä	13.8	(28.0)	13.5	(25.2)
	Post	34.6	(30.2)	34.9	(38.5)

Anmerkungen: DFS: Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit; FAG: Fragebogen positiver und negativer automatischer Gedanken; FLZ^M: Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module}; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

Die Variablen zu Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit wurden explorativ analysiert. Hier wurden wieder Daten von Completern und ITT-Daten verglichen. Es wurde mit allen Variablen eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 18. Sowohl in der Completer- als auch in der ITT-Analyse wird der Effekt der Zeit signifikant, einen signifikanten Interaktionseffekt gibt es nicht.

Tabelle 18: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zu den Variablen von Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit.

Abhängige Variablen: dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit, funktionale Selbstaufmerksamkeit, negative automatische Gedanken, automatische Gedanken zu Wohlbefinden, automatische Gedanken zu Selbstvertrauen, Lebenszufriedenheit allgemein, Lebenszufriedenheit in Bezug auf Gesundheit

Effekt	Completer				ITT			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Gruppe	7, 17	0.874	.546	0.265	7, 24	1.527	.206	0.308
Zeit	7, 17	5.778	.001	0.704	7, 24	4.206	.004	0.551
Zeit*Gruppe	7, 17	0.487	.831	0.167	7, 24	0.522	.809	0.132

Univariate Varianzanalysen zeigen, dass der Effekt der Zeit in allen Variablen bis auf funktionale Selbstaufmerksamkeit und allgemeine Lebenszufriedenheit zu finden ist (siehe Tabelle 28 im Abschnitt 9.2.4 des Anhangs). Auch bei den univariaten Varianzanalysen ist das Ergebnismuster für Completer und ITT ähnlich. Auf allen Skalen ist zu sehen, dass sich in beiden Gruppen die Werte zum Messzeitpunkt Post in Bezug auf die Psychopathologie verbessern, also z.B. die dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit sinkt und die Lebenszufriedenheit in Bezug auf Gesundheit steigt (siehe auch Tabelle 17).

5.3 Diskussion

In der vorliegenden Studie sollte überprüft werden, ob Metakognitionen und Rumination durch metakognitive Bibliothherapie im Vergleich zu einer Placebo-Kontrollgruppe spezifisch verändert werden. Eine solche Veränderung ist nach dem der metakognitiven Therapie zugrundeliegenden S-REF-Modells zu erwarten (Papageorgiou & Wells, 2003). Zusätzlich wurden explorativ die Veränderung von Selbstaufmerksamkeit, Lebenszufriedenheit und automatischen Gedanken untersucht.

Die Hypothesen konnten wie geplant überprüft werden, da es zu Beginn der Studie zwischen Experimental- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf verschiedene demographische Variablen, Depressivität, Rumination, Metakognitionen, Selbstaufmerksamkeit, Lebenszufriedenheit und automatische Gedanken gab und sich auch Completer und spätere Drop-outs zu Beginn hinsichtlich dieser Parameter nicht signifikant voneinander unterschieden.

5.3.1 Veränderung von Rumination

Vermutet wurde, dass die Reduktion der Rumination in der metakognitiven Gruppe größer sein sollte als in der Kontrollgruppe.

Dies konnte bestätigt werden, Rumination war in der metakognitiven Gruppe signifikant stärker reduziert. Dieses Ergebnis fand sich sowohl bei Completer- als auch bei ITT-Analysen und bei Analysen mit multipel imputierten Daten, was für die Verlässlichkeit der Daten spricht.

Diese Daten stützt die im S-REF-Modell und dem darauf aufbauenden klinischen metakognitiven Modell der Depression aufgestellte Vermutung zur Bedeutung von Rumination im Zusammenhang mit Depression. Die metakognitive Therapie geht davon aus, dass Rumination eine zentrale Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen spielt und dass die Reduktion von Rumination ein wichtiger Wirkmechanismus für die Reduktion von Depressivität ist (Wells, 2009). Daher steht Rumination im Fokus der metakognitiven Therapie und des für die vorliegende Studie entwickelten metakognitiven Bibliothherapie-Manuals. Dieses Manual erwies sich als wirksam zur Reduktion von Depressivität im Vergleich mit einem Placebo-Manual (siehe Abschnitt 4). Die in der vorliegenden Studie spezifische Reduktion von Rumination in der metakognitiven Therapiegruppe spricht daher für den im S-REF-Modell und im metakognitiven Modell der Depression postulierten Stellenwert

einer Ruminationsreduktion als Wirkmechanismus in der Depressionsbehandlung bzw. widerspricht dieser Hypothese nicht. Eine alternative Erklärung wäre allerdings, dass sich in der metakognitiven Gruppe die Depressivität stärker reduziert hat und sich infolgedessen die Rumination ebenfalls stärker reduziert hat.

Um Ruminationsreduktion als Wirkmechanismus der metakognitiven Therapie zu untermauern, sind weitere Studien erforderlich, die beispielsweise mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen mehr Aussagen über die Richtung des Zusammenhangs machen können. Bisher liegen zwei Studien vor, die mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen das klinische metakognitive Modell der Depression getestet haben (Papageorgiou & Wells, 2003; Roelofs et al., 2007). Die Befunde dieser Studien waren weitgehend theoriekonform, es handelte sich jedoch nicht um Therapiestudien, sondern um Fragebogenerhebungen mit einem Messzeitpunkt an Patienten- und analogen Stichproben. In einer Therapiestudie die postulierten kausalen Zusammenhänge mit SEM zu untersuchen, wäre aufschlussreich im Hinblick auf den Stellenwert von Ruminationsreduktion als Wirkmechanismus der metakognitiven Therapie. Hierzu sind jedoch weitaus größere Stichproben als in der vorliegenden Studie notwendig.

5.3.2 Veränderung von Metakognitionen

In Bezug auf Metakognitionen wurde vermutet, dass die Reduktion von positiven und negativen Metakognitionen über Rumination und Sorgen in der metakognitiven Gruppe größer sein sollte als in der Kontrollgruppe.

Dies konnte nur teilweise bestätigt werden. Da in der Completer-Analyse die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe in einer multivariaten Varianzanalyse mit allen vier Variablen signifikant wurde, wurden die Einzelvergleiche der Variablen interpretiert, obwohl die ITT-Analyse nur einen Trend zur statistischen Signifikanz aufwies. In Einzelvergleichen zeigte sich, dass der Interaktionseffekt auf die Variable negative Metakognitionen über Sorgen zurückging, deren Ausprägung sich in der metakognitiven Gruppe stärker reduzierte als in der Kontrollgruppe. Eine Reduktion der negativen Metakognitionen über Sorgen war damit spezifisch für die Behandlung mit dem metakognitiven Bibliothherapie-Manual.

In Bezug auf die Variable positive Metakognitionen über Rumination zeigt hingegen ein signifikanter Haupteffekt der Zeit, dass sich in beiden Gruppen die positiven Metakognitionen über Rumination leicht reduziert haben. Die Reduktion ist zwar signifikant, aber extrem gering und unspezifisch, da sie in beiden Gruppen auftritt.

Bei negativen Metakognitionen über Rumination und positiven Metakognitionen über Sorgen wurden entgegen der Hypothesen keine Veränderungen festgestellt.

Diese Ergebnisse sprechen somit nur teilweise für das S-REF-Modell und das klinische metakognitive Modell der Depression. Die genannten Modelle postulieren, dass Metakognitionen das CAS steuern, dessen Bestandteile bei Depression vor allem Rumination, aber auch Sich-Sorgen sind. Damit sind auch Metakognitionen über Rumination und Sorgen ein wichtiger Faktor in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. In der metakognitiven Therapie der Depression sollen daher relevante Metakognitionen gezielt verändert werden, weshalb auch das für die vorliegende Studie entwickelte metakognitive Bibliothherapie-Manual dementsprechende Interventionen enthielt. Die Behandlung mit dem metakognitiven Manual reduzierte zwar wirksam die Depressivität (siehe Abschnitt 4), bis auf negative Metakognitionen über Sorgen wurden aber keine Metakognitionen spezifisch verändert.

Daraus könnte die Schlussfolgerung gezogen werden, dass vor allem die Veränderung negativer Metakognitionen ein wichtiger Einflussfaktor in der metakognitiven Therapie bei Depressionen ist. So nennen Matthews und Wells (2004) das Vorliegen von negativen Metakognitionen als einen Aspekt, der klinisch relevante von normaler Rumination unterscheidet. Negative Metakognitionen führen zu einer negativen Bewertung von Rumination und lösen so eine Selbstdiskrepanz aus, die wieder Rumination nach sich zieht. Damit sind es die negativen Metakognitionen, die den Teufelskreis von Rumination und Depression in Gang bringen.

Dass die Veränderung von negativen Metakognitionen nur im Sorgenbereich gefunden wurde, könnte in einer unterschiedlichen Messgüte von MKF und PNMR begründet liegen. Inhaltlich sind die Konzepte von negativen Metakognitionen über Sorgen und Rumination sehr ähnlich, da beide die Themen Unkontrollierbarkeit, Schädlichkeit und negative soziale Konsequenzen umfassen. Möglicherweise wurde die Veränderung diesbezüglicher negativer Metakognitionen nur im MKF erfasst, da der PNMR eine schlechtere Konstruktvalidität aufweist. Bei der Erstellung des deutschen Fragebogens in Anlehnung an eine Umformulierung der Originalskala zu positiven Metakognitionen über Rumination (Papageorgiou & Wells, 2001b) durch Watkins und Moulds (2005) wurde bewusst auf die Formulierung „Grübeln“ oder „Grübeln über meine Depression“ verzichtet, um so eine Konfundierung mit Depressivität durch Symptomüberschneidung und die negative Valenz der Begriffe zu vermeiden. Bei der Formulierung der Items wurde Rumination stattdessen umschrieben mit „Nachdenken über die eigenen Gefühle“, „Nachdenken über die eigene Person“ oder „Nach-

denken über die Vergangenheit“. Diese breitere Formulierung könnte jedoch die Validität mindern, da sie mehr Situationen umfasst als repetitives negatives Denken im Sinne von Rumination. Auch Watkins und Moulds (2005) weisen bereits auf den möglichen Trade-off zwischen der Konstruktvalidität und der Vermeidung einer Konfundierung mit Depressivität hin. Im MKF hingegen sind die Items meist mit den Begriffen „Sich-Sorgen“, „Sorgen“, „sorgenvolle Gedanken“ oder „Besorgnis“ enger formuliert. Obwohl Watkins und Moulds (2005) zu dem Schluss kommen, dass sich die Befunde zu positiven Metakognitionen gemessen mit der Originalskala (Papageorgiou & Wells, 2001b) vs. mit ihrer umformulierten Version ähneln, ist auffällig, dass die Korrelationen mit Depressivität und mit Rumination bei der umformulierten Skala geringer ausfallen. So berichten Watkins und Moulds (2005) Korrelationen mit Rumination von $r = .59$ für die Originalskala und $r = .44$ für die umformulierte Skala und Korrelationen mit Depressivität von $r = .39$ für die Originalskala und $r = .19$ für die umformulierte Skala, wobei letztere Korrelation nicht mehr signifikant wird. Korrelationen der Subskalen des MKF mit dem BDI liegen hingegen mit Korrelationen von $r = .43$ und $r = .63$ deutlich höher, mit Ausnahme der Skala zu positiven Metakognitionen über Sorgen, die nicht signifikant mit der Psychopathologie korrelierte (Gräfe, 1999, zit. nach Möbius & Hoyer, 2003).

Aufgrund einer nicht hinreichenden Validität des PNMR könnten auch eventuell vorhandene spezifische Veränderungen positiver Metakognitionen über Rumination nicht erfasst worden sein. Diese möglichen spezifischen Veränderungen könnten jedoch auf der Skala zu positiven Metakognitionen über Sorgen nicht sichtbar werden, da sich positive Metakognitionen über Sorgen und Rumination inhaltlich deutlich unterscheiden. Bei positiven Metakognitionen über Rumination geht es primär um die Suche nach Ursachen und das Verstehen von negativen Gefühlen. Positive Metakognitionen über Sorgen hingegen konzentrieren sich inhaltlich darauf, zukünftige Katastrophen zu vermeiden, kein „oberflächlicher Mensch“ zu sein und klar zu denken. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass die Skala des MKF zu positiven Metakognitionen über Sorgen im Gegensatz zur Skala zu negativen Metakognitionen über Sorgen nicht signifikant mit Depressivität korrelierte (Gräfe, 1999, zit. nach Möbius & Hoyer, 2003).

Welche Rolle eine mögliche unterschiedliche Validität der Fragebögen PNMR und MKF für die Ergebnisse der vorliegenden Studie gespielt hat, lässt sich nicht abschließend klären. Daher wären weitere Untersuchungen der Validität des PNMR in Abhängigkeit der Formulierung bzw. Umschreibung von Rumination erforderlich. Um zukünftig ggf. auch Aussagen

über die Spezifität oder die spezifische Beeinflussung von Metakognitionen über Sorgen vs. über Rumination durch psychotherapeutische Interventionen machen zu können, sind ebenfalls Studien zur konvergenten und divergenten Validität des PNMR auch im Vergleich mit den relevanten Skalen des MKF wünschenswert.

5.3.3 Explorative Analysen zu weiteren Variablen

Zusätzlich wurden explorative Analysen zur Veränderung von negativem Selbstfokus, automatischen Gedanken und Lebensqualität durchgeführt.

In der multivariaten Varianzanalyse zeigt sich hier ein signifikanter Effekt der Zeit, aber kein signifikanter Interaktionseffekt. Der signifikante Effekt der Zeit findet sich auf allen Variablen bis auf funktionale Selbstaufmerksamkeit und allgemeine Lebenszufriedenheit. Somit können in beiden Gruppen unspezifische Verbesserungen der Psychopathologie in Bezug auf dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit, automatische Gedanken und die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit gezeigt werden. Ein Vorteil des metakognitiven Manuals ist jedoch nicht zu erkennen, was vermuten lässt, dass diese Ergebnisse auf eine Reduktion der Depressivität zurückzuführen sind, aber keine spezifischen Therapieeffekte beinhalten.

6 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE, LIMITATIONEN UND PERSPEKTIVEN

In der vorliegenden Arbeit wurden zum einen die Wirksamkeit eines neu entwickelten metakognitiven Bibliothherapie-Manuals für Depressionen sowie Compliance, Komorbidität, Ersterkrankungsalter und ein frühes Ansprechen auf die Behandlung als Prädiktoren für die Reduktion der Depressivität bei Bibliothherapie untersucht (siehe Abschnitt 4, zusammengefasst in Abschnitt 6.1.1). Zum anderen wurde die Nebenfragestellung untersucht, ob positive und negative Metakognitionen sowie Rumination durch metakognitive Bibliothherapie im Vergleich zu einer Placebo-Kontrollgruppe spezifisch verändert werden (siehe Abschnitt 5, zusammengefasst in Abschnitt 6.1.2).

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussion

6.1.1 Wirksamkeit der metakognitiven Therapie als Bibliothherapie und Prädiktoren für den Therapieerfolg

Hypothesenkonform wurde gefunden, dass sich in beiden Gruppen die Depressivität über die Zeit reduzierte, die metakognitive Gruppe der Kontrollgruppe jedoch in Bezug auf die Reduktion der Depressivität überlegen war. Damit ist die vorliegende Studie eine der wenigen Studien, die bisher die Wirksamkeit der metakognitiven Therapie bei Depression untersucht und gezeigt haben und die erste dieser Studien mit einem randomisierten, kontrollierten Design mit Placebo-Kontrollgruppe. Über eine Erhaltung von Behandlungserfolgen kann keine Aussage gemacht werden, da aufgrund eines durch die Rekrutierungsmethode bedingten hohen Drop-outs auf diesbezügliche Analysen verzichtet wurde.

Zusätzlich wurden über beide Gruppen hinweg als Prädiktoren für die Reduktion der Depressivität die Compliance, Komorbidität, Ersterkrankungsalter und ein frühes Ansprechen auf die Behandlung untersucht. Hypothesenkonform wurde gefunden, dass in beiden Gruppen eine höhere Compliance eine größere Reduktion der Depressivität vorhersagte. Zur kausalen Richtung des Zusammenhangs kann keine Aussage gemacht werden. In Bezug auf die Hypothese, dass ein früheres Ersterkrankungsalter eine geringere Reduktion der Depressivität vorhersagt, wurde nur ein Trend gefunden. Die Hypothese, dass das Vorliegen von komorbiden psychischen Erkrankungen einen schlechteren Behandlungserfolg vorhersagt, konnte

nicht bestätigt werden. Des Weiteren wurden zur Untersuchung des Vorhersagewertes eines frühen Ansprechens auf die Behandlung für den Behandlungserfolg am Ende der Intervention verschiedene Prädiktoren und zwei Kriterien verglichen. Diese Analysen zeigen, wie beim Einsatz von Bibliotherapie im Rahmen eines stepped-care-Ansatzes Entscheidungshilfen dafür gestaltet werden könnten, in welchen Fällen eine Fortsetzung von Bibliotherapie lohnenswert wäre und wann eine solche Therapie zugunsten einer intensiveren Behandlungsstufe abgebrochen werden sollte. Insgesamt sollten die Ergebnisse zu den Prädiktoren mit Vorsicht interpretiert werden, da die Analysen über die vereinten Daten beider Gruppen gerechnet wurden.

6.1.2 Spezifische Veränderung kognitiver Variablen

Abgeleitet aus dem S-REF-Modell wurde eine spezifische Reduktion von Metakognitionen und Rumination in der Gruppe erwartet, die mit dem metakognitiven Bibliotherapie-Manual behandelt wurde.

Diesbezüglich sind die Befunde gemischt. Positive Metakognitionen über Rumination reduzierten sich nur unspezifisch bei beiden Gruppen. Eine nach dem S-REF-Modell zu erwartende spezifische Reduktion für die metakognitive Gruppe bezüglich der Metakognitionen über Rumination und der positiven Metakognitionen über Sorgen ist nicht eingetreten, was gegen das S-REF-Modell spricht.

Rumination und negative Metakognitionen über Sorgen hingegen reduzierten sich bei der Behandlung mit einem metakognitiven Bibliotherapie-Manual im Vergleich zu einem Placebo-Manual spezifisch stärker. Diese differentiellen Effekte sprechen für die im S-REF-Modell und dem darauf aufbauenden klinischen metakognitiven Modell der Depression aufgestellte Vermutung zum Stellenwert von Rumination und negativen Metakognitionen bei Depression und in der Depressionstherapie, auch wenn noch weitere Untersuchungen zur Richtung der Kausalität notwendig sind. Dass diese spezifischen Veränderungen nicht auf allen untersuchten Variablen auftreten, sondern nur auf den zentralen Variablen des S-REF-Modells, könnte ein Hinweis darauf sein, dass hier nicht nur ein allgemeiner Effekt der stärkeren Depressivitätsreduktion in der metakognitiven Gruppe, sondern tatsächlich auch genuine spezifische Therapieeffekte vorliegen.

6.2 Zusammenfassung der Limitationen und Perspektiven für weitere Forschungsarbeiten

Die geringe Stichprobengröße ist eine generelle Limitation der vorliegenden Studie.

Eine weitere Limitation besteht in der großen Homogenität der Stichprobe in Bezug auf insbesondere den hohen Bildungsgrad. So können in der vorliegenden Studie keine Aussagen über die Wirksamkeit metakognitiver Bibliothherapie bei Probanden mit geringerer Schulbildung gemacht werden. Wünschenswert wäre die Replikation der gefundenen Ergebnisse mit einer größeren und in Bezug auf den Bildungsgrad heterogeneren Stichprobe. Mit einer größeren Stichprobe könnten auch aussagekräftigere Ergebnisse in Bezug auf die Prädiktoren gefunden werden.

Zudem fehlte eine verdeckte Zuteilung der Probanden zu den Bedingungen, was zu einer Überschätzung des Effekts geführt haben könnte (Gellatly et al., 2007). In späteren Studien zur Wirksamkeit von Bibliothherapie sollte die Diagnostik und die Zuteilung auf die Bedingungen von unterschiedlichen Personen vorgenommen werden. Dies war in der vorliegenden Studie aufgrund mangelnder personeller Ressourcen nicht möglich.

Limitierend ist ebenfalls, dass aufgrund des hohen Drop-outs zum Follow-up-Zeitpunkt nicht untersucht werden konnte, ob die Behandlungserfolge auch nach Ende der Intervention erhalten bleiben. Weitere Studien mit späteren Follow-up-Zeitpunkten sind notwendig, um die längerfristige Wirksamkeit von metakognitiver Bibliothherapie bei Depression beurteilen zu können.

In Bezug auf die Untersuchung von Prädiktoren ist kritisch anzumerken, dass für diese Analyse die Daten der Experimental- und Kontrollgruppe zusammengefasst wurden und dass alle Prädiktoren post hoc untersucht wurden. Daher sollten alle Ergebnisse zu Prädiktoren mit großer Vorsicht interpretiert werden. Wünschenswert für spätere Forschungsarbeiten wären Analysen zu Prädiktoren ausschließlich bei Probanden, die mit einem metakognitiven Manual behandelt wurden, sowie eine Untersuchung von Prädiktoren bei weiteren Manualen, um einen Vergleich zu ermöglichen. So kann festgestellt werden, ob Prädiktoren spezifisch für einzelne Manuale sind oder für geleitete Selbsthilfe allgemein gelten. Ebenfalls ist limitierend, dass bei dem gefundenen Zusammenhang zwischen Compliance und Depressivität Aussagen zur Kausalität nicht möglich sind. Hierzu wären komplexere Analysen mit größeren Stichproben wie z.B. bei Kleim et al. (2013) sinnvoll, in denen geprüft wird, ob eine

bessere Compliance die Depressivität zu einem späteren Zeitpunkt vorhersagt oder andersherum.

Bezüglich der Nebenfragestellung der spezifischen Veränderung kognitiver Variablen kann zwar festgestellt werden, dass die spezifische Reduktion von Rumination und negativen Metakognitionen über Sorgen in der metakognitiven Gruppe das S-REF-Modell stützt oder diesem zumindest nicht widerspricht. Es kann jedoch keine Aussage darüber gemacht werden, ob auch der vom S-REF-Modell postulierte kausale Zusammenhang zutrifft, dass die Depressivität infolge einer Reduktion von Rumination und Metakognitionen gebessert wird, da auch denkbar ist, dass eine stärkere Depressivitätsreduktion in der metakognitiven Gruppe (siehe Absatz 4) eine stärkere Reduktion von Rumination und negativen Metakognitionen über Sorgen nach sich gezogen hat. In späteren Studien sollte die Richtung eines kausalen Zusammenhangs mit Strukturgleichungsmodellen bei wesentlich größeren Stichproben auch im Therapiekontext untersucht werden. Des Weiteren wurden im Bereich der Metakognitionen nach dem S-REF-Modell zu erwartende differentielle Effekte für die metakognitive Therapie nur bei negativen Metakognitionen über Sorgen gefunden. Da dies durch die mangelnde Validität vor allem der Skalen zur Erfassung von Metakognitionen über Rumination bedingt gewesen sein könnte, sind für zukünftige Forschungsarbeiten weitere Studien zu diesen Skalen hinsichtlich der Validität in Abhängigkeit der Umschreibung von Rumination empfehlenswert.

6.3 Implikationen für die Praxis

Aus den Ergebnissen lassen sich Schlussfolgerungen für die klinische Praxis der metakognitiven Therapie und der Bibliotherapie ziehen.

6.3.1 Implikationen für die metakognitive Therapie

In der vorliegenden Studie wurde erstmals die Wirksamkeit der metakognitiven Therapie bei Depression mit einem randomisierten, placebokontrollierten Design gezeigt. Obwohl bei der Nutzung einer Placebo-Kontrollgruppe geringere Effektstärken zu erwarten sind als bei Wartelistenkontrollgruppen (Gellatly et al., 2007; Gould & Clum, 1993; Marrs, 1995), konnten signifikante Effekte gefunden werden. Dies stützt die metakognitive Therapie als eine vielversprechende Weiterentwicklung der kognitiven Therapie mit ihrem Fokus auf dem Prozess der Ruminaton und rechtfertigt weitere Studien zu ihrer Wirksamkeit.

6.3.2 Implikationen für die Anwendung von Bibliotherapie

Die bessere Wirksamkeit des metakognitiven Manuals auch im Vergleich mit einem Placebo-Kontrollgruppen-Manual zeigt, dass didaktische, problemfokussierte bibliotherapeutische Interventionen ohne interaktive Komponente entwickelt werden können, deren Wirkung beim Einsatz mit minimaler Therapeutenbegleitung über unspezifische Effekte wie das Geben von Hoffnung, Normalisieren, Kontakte mit einem Therapeuten und das Engagement von Patienten hinausgeht. Das Ergebnis, dass sich auch in der Placebo-Kontrollgruppe die Depressivität reduzierte, unterstreicht zudem die Notwendigkeit, neue Selbsthilfe-Manuale nicht ausschließlich im Vergleich zu Wartelistenkontrollgruppen zu evaluieren. Gleichzeitig zeigt sich die Nützlichkeit von didaktischer, problemfokussierter Bibliotherapie für die Therapiefor-schung, da sie mit minimaler Therapeutenbegleitung eingesetzt werden und damit die Durch-führung von Therapiestudien effizienter machen kann.

Die Ergebnisse zu Prädiktoren sind lediglich als vorläufig zu bezeichnen, auch da für die Analysen beide Gruppen gepoolt werden mussten. Ob sich in der Anwendung von Bibliothe-rapie eine höhere Compliance positiv auf die Depressivität auswirkt oder andersherum, konnte hier nicht geklärt werden. Solange keine weiteren Ergebnisse vorliegen, scheint es ratsam, die Motivation der Probanden durch regelmäßige Kurzkontakte z.B. per Telefon zu unterstützen, so wie es in den meisten Studien erfolgt. Zusätzlich zur Depression vorliegende komorbide Erkrankungen sollten nicht zu dem voreiligen Schluss führen, die Patienten

könnten von einer bibliothераapeutischen Intervention zu Depressionen nicht profitieren. In der vorliegenden Studie wurden keine Ergebnisse gefunden, die diese Vermutung stützen.

Des Weiteren wurde in der vorliegenden Studie gezeigt, dass es lohnenswert erscheint, den Vorhersagewert eines frühen Ansprechens auf die Behandlung für den abschließenden Behandlungserfolg zu untersuchen. Dies könnte in Zukunft konkretere Entscheidungshilfen für Abbruchkriterien bei bibliothераapeutischen Interventionen im Rahmen von stepped-care-Modellen bieten. Hilfreich scheint dabei auch der Vergleich verschiedener Prädiktoren und Kriterien, um ggf. je nach individuellen Prioritäten eine Auswahl von Prädiktoren und Kriterien vornehmen zu können.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Theoretischer Hintergrund: In den letzten drei Jahrzehnten hat die Forschung gezeigt, dass Bibliothherapie bei Depressionen eine effiziente Therapiemethode sein kann (siehe z.B. Anderson et al., 2005; Bower et al., 2001; Cuijpers, 1997; Jorm et al., 2002; Mains & Scogin, 2003; Marrs, 1995; McKendree-Smith et al., 2003). Gleichzeitig ist Bibliothherapie kostengünstig und gut verfügbar und kann daher potenziell viele Menschen erreichen (Cuijpers, 1997; Gregory et al., 2004; Norcross, 2000). Für diese Studie wurde erstmals ein Bibliothherapie-Manual zur metakognitiven Therapie (MKT, Wells, 2009) entwickelt, welche auf dem Self-Regulatory Executive Function (S-REF)-Modell (Wells & Matthews, 1994, 1996) basiert. Das S-REF-Modell betont den Stellenwert von Rumination und Metakognitionen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. Die MKT rückt daher den Prozess der Rumination selbst sowie die Veränderung von Metakognitionen in den Fokus.

Fragestellung: Hauptfragestellungen: Reduziert sich durch metakognitive Bibliothherapie die Depressivität bei depressiven Probanden stärker im Vergleich zu einer Placebo-Kontrollgruppe? Können Compliance, Komorbidität, Ersterkrankungsalter und ein frühes Ansprechen auf die Behandlung die Reduktion der Depressivität bei Bibliothherapie vorhersagen?
Nebenfragestellung: Werden positive und negative Metakognitionen sowie Rumination durch metakognitive Bibliothherapie im Vergleich zu einer Placebo-Kontrollgruppe spezifisch reduziert?

Methode: 32 Probanden im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit einer Depressionsdiagnose bearbeiteten in einer sechswöchigen Lesephase entweder das Manual zur MKT oder das Placebo-Selbsthilfe-Manual (Kontrollgruppe). In wöchentlichen Telefonkontakten wurde die Depressivität erhoben. Vor Ausgabe der Manuale und nach Beendigung der Lesephase füllten die Probanden Fragebögen zur Ausprägung des Ruminierens, der Metakognitionen über Rumination und Sorgen und zu weiteren Maßen aus.

Ergebnisse: Hauptfragestellungen: Die Depressivität reduzierte sich in beiden Gruppen, die Reduktion war jedoch erwartungsgemäß in der metakognitiven Gruppe signifikant stärker als in der Kontrollgruppe. Über beide Gruppen hinweg sagte eine höhere Compliance eine größere Reduktion der Depressivität vorher. Ein frühes Ersterkrankungsalter oder das Vorliegen von komorbiden Erkrankungen sagte entgegen den Erwartungen den Behandlungserfolg nicht vorher. Zur Untersuchung des Vorhersagewertes eines frühen Ansprechens auf die Behandlung für den späteren Behandlungserfolg wurden verschiedene Prädiktoren und zwei

Kriterien verglichen. Nebenfragestellung: Erwartungsgemäß reduzierten sich Rumination und negative Metakognitionen über Sorgen spezifisch stärker in der metakognitiven Gruppe. Metakognitionen über Rumination und positive Metakognitionen über Sorgen reduzierten sich entgegen den Erwartungen nicht oder nur unspezifisch.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Studie zeigt als eine der ersten Studien mit randomisiertem, kontrolliertem Design die Wirksamkeit der MKT bei Depression. Durch den Vergleich mit einer Placebo-Kontrollgruppe wurden unspezifische Wirkfaktoren (Hoffnung geben, Normalisieren, Therapeutenkontakte, eigenes Engagement) kontrolliert, sodass eine spezifische Überlegenheit der metakognitiven Behandlungsstrategie des Bibliothherapie-Manuals gezeigt wurde. Erste Ergebnisse zu Prädiktoren zeigen einen Zusammenhang von Compliance und Depressivitätsreduktion und zeigen eine Möglichkeit auf, verschiedene Prädiktoren und Kriterien zur frühen Vorhersage von Behandlungserfolg für den Einsatz von Bibliothherapie im Rahmen von stepped-care-Modellen zu nutzen. Zu den aus dem S-REF-Modell abgeleiteten Hypothesen zur spezifischen Reduktion von Rumination und Metakognitionen sind die Befunde gemischt. Die gefundenen differentiellen Effekte sprechen jedoch für den Stellenwert von Rumination und negativen Metakognitionen bei Depression und in der Depressionstherapie.

Schlüsselwörter: Depression, Bibliothherapie, Rumination, metakognitive Therapie, attention training treatment

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Adams, S. J. & Pitre, N. L. (2000). Who uses bibliotherapy and why? A survey from an underserved area. *Canadian Journal of Psychiatry*, *45*, 645–649. Retrieved from <http://www.cpa-apc.org/>
- Alberdi-Sudupe, J., Pita-Fernández, S., Gómez-Pardiñas, S. M., Iglesias-Gil-de-Bernabé, F., García-Fernández, J., Martínez-Sande, G., ... Pérttega-Díaz, S. (2011). Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: A ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry*, *11*, 51. doi:10.1186/1471-244X-11-51
- Allott, R., Wells, A., Morrison, A. P. & Walker, R. (2005). Distress in Parkinson's disease: Contributions of disease factors and metacognitive style. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 182–183. doi:10.1192/bjp.187.2.182
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., ... Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 403–418. doi:10.1037//0021-843X.109.3.403
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, revised.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Amir, N., Cashman, L. & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 775–777. doi:10.1016/S0005-7967(97)00030-2
- Anderson, L., Lewis, G., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J., ... Williams, C. (2005). Self-help books for depression: How can practitioners and patients make the right choice? *British Journal of General Practice*, *55*, 387–392. Retrieved from <http://bjgp.org/>
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R., Kessler, R. C., Demler, O., ... Wittchen, H.-U. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*, 413–426. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/en/>
- Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 145–153. doi:10.1192/bjp.178.2.145
- Aristoteles (1994). *Poetik*. (Übersetzung: Manfred Fuhrmann, Ed.). Stuttgart: Reclam.

- Arndt, A., Patzelt, J., Andor, T., Hoyer, J. & Gerlach, A. L. (2011). Psychometrische Gütekriterien des Metakognitionsfragebogens (Kurzversion, MKF-30). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 107–114. doi:10.1026/1616-3443/a000087
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37. doi:10.1186/1471-244X-4-37
- Atkinson, S. (1993). *Climbing out of depression*. Oxford: Lion Publishing.
- Azrin, N. H. & Nunn, R. G. (1977). *Habit control in a day*. New York: Pocket Books.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory (BDI)*. San Antonio: The Psychological Corporation Inc.
- Bennett, H. & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 318–325. doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.004
- Bergsma, A. (2008). Do self-help books help? *Journal of Happiness Studies*, 9, 341–360. doi:10.1007/s10902-006-9041-2
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K. & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333–340. doi:10.1037/0022-006X.59.2.333
- Bevan, D., Wittkowski, A. & Wells, A. (2013). A multiple-baseline study of the effects associated with metacognitive therapy in postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58, 69–75. doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00255.x
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587–595. doi:10.1007/s001270050098
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16. doi:10.1016/0005-7967(83)90121-3
- Boswell, W. R., Boudreau, J. W. & Tichy, J. (2005). The relationship between employee job change and job satisfaction: The honeymoon-hangover effect. *Journal of Applied Psychology*, 90, 882–892. doi:10.1037/0021-9010.90.5.882

- Bouman, T. K. & Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96–101. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<96::AID-CPP190>3.0.CO;2-G
- Bower, P., Richards, D. & Lovell, K. (2001). The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 51, 838–845. Retrieved from <http://bjgp.org/>
- Bramesfeld, A. & Schwartz, F. (2007). Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Psychiatrische Praxis, Supplement 3*, 34, 247–251. doi:10.1055/s-2007-970966
- Brotman, M. A. & DeRubeis, R. J. (2004). A comparison and appraisal of theories of rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 177–183). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Brown, R. A. & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774–783. doi:10.1037/0022-006X.52.5.774
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Berlin: BPtK. Retrieved from <http://www.bptk.de>
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good*. New York: Avon.
- Butler, G., Wells, A. & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45–56. doi:10.1017/S1352465800017628
- Campbell, L. F. & Smith, T. P. (2003). Integrating self-help books into psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 177–86. doi:10.1002/jclp.10140
- Carlbring, P. & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545–553. doi:10.1016/j.chb.2004.10.009
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296. doi:10.1016/S0887-6185(97)00011-X
- Chamberlain, D., Heaps, D. & Robert, I. (2008). Bibliotherapy and information prescriptions: A summary of the published evidence-base and recommendations from past and ongoing Books on Prescription projects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 24–36. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01201.x
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., ... Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067. doi:10.1037/0022-006X.71.6.1058

- Clarke, G., Lynch, F., Spofford, M. & Debar, L. (2006). Trends influencing future delivery of mental health services in large healthcare systems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 287–292. doi:10.1111/j.1468-2850.2006.00040.x
- Cohen, L. J. (1992). *Bibliotherapy: The experience of therapeutic reading from the perspective of the adult reader*. New York University.
- Cohen, L. J. (1994). Phenomenology of therapeutic reading with implications for research and practice of bibliotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 21, 37–44. doi:10.1016/0197-4556(94)90035-3
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L. & Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75, 404–425. doi:10.1207/S15327752JPA7503_04
- Cowart, M. J. W. & Ollendick, T. H. (2011). Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 972–977. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.005
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. Chicago: The University of Chicago.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139–147. doi:10.1016/S0005-7916(97)00005-0
- Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943–1957. doi:10.1017/S0033291710000772
- Daig, I., Spangenberg, L., Henrich, G., Herschbach, P., Kienast, T. & Brähler, E. (2011). Alters- und geschlechtsspezifische Neunormierung der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZM) für die Altersspanne von 14 bis 64 Jahre. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 172–178. doi:10.1026/1616-3443/a000099
- Davis, R. N. & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29, 513–526. doi:10.1016/S0191-8869(99)00211-1
- De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D. & Van Den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 34, 959–971. doi:10.1017/S003329170300179X
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2011). *Rentenzugang 2011, Band 188*. Berlin. Retrieved from <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/>

- Dysart-Gale, D. (2008). Lost in translation: Bibliotherapy and evidence-based medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29, 33–43. doi:10.1007/s10912-007-9050-0
- Ehring, T. & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192–205. doi:10.1521/ijct.2008.1.3.192
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132. doi:10.1016/j.jbtep.2006.12.001
- Floyd, M. (2003). Bibliotherapy as an adjunct to psychotherapy for depression in older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 187–195. doi:10.1002/jclp.10141
- Floyd, M., McKendree-Smith, N. L. & Scogin, F. R. (2004). Remembering the 1978 and 1990 task forces on self-help therapies: A response to Gerald Rosen. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 115–117. doi:10.1002/jclp.10231
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L. & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: a comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28, 297–318. doi:10.1177/0145445503259284
- Forrest, M. E. (1998). Recent developments in reading therapy: a review of the literature. *Health Libraries Review*, 15, 157–164. doi:10.1046/j.1365-2532.1998.1530157.x
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C. & König, H.-H. (2005). The direct costs of depressive disorders in Germany: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Psychiatrische Praxis*, 32, 113–121. doi:10.1055/s-2004-834611
- Galt, J. M. I. (1846). *The treatment of insanity*. New York: Harper & Brothers.
- Galt, J. M. I. (1853). On reading, recreation and amusements for the insane. In J. M. I. Galt (Ed.), *Essays on asylums for persons of unsound mind. Second series*. (pp. 5–26). Richmond: Ritchies & Dunnavant.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1217–1228. doi:10.1017/S0033291707000062
- Glasgow, R. E. & Rosen, G. M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1–23. doi:10.1037/0033-2909.85.1.1

- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *49*, 59–72. doi:10.1016/S0165-0327(97)00199-7
- Goethe, J. W. (1774). *Die Leiden des jungen Werthers*. Leipzig: Weygand.
- Göllner, R., Gollwitzer, M., Heider, J., Zaby, A. & Schröder, A. (2010). Auswertung von Längsschnittdaten mit hierarchisch-linearen Modellen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *39*, 179–188. doi:10.1026/1616-3443/a000032
- Gotlib, I. H. & Cane, D. B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 199–204. doi:10.1037/0021-843X.96.3.199
- Gould, R. A. & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, *13*, 169–186. doi:10.1016/0272-7358(93)90039-O
- Gräfe, K. (1999). *Metakognitionen zur "gedanklichen Weiterbeschäftigung" bei Gesunden vs. Psychotherapiepatienten* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität, Frankfurt/Main.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, *50*, 171–181. doi:10.1026/0012-1924.50.4.171
- Grahlmann, K. & Linden, M. (2005). Bibliotherapie. *Verhaltenstherapie*, *15*, 88–93. doi:10.1158/000085714
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W. & Wise, J. C. (2004). Cognitive bibliotherapy for depression: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*, 275–280. doi:10.1037/0735-7028.35.3.275
- Grumbach, D. (1991). *Coming into the end zone: A memoir*. New York: W.W. Norton.
- Günther, O. H., Friemel, S., Bernert, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C. & König, H. H. (2007). Die Krankheitslast von depressiven Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse aus dem Projekt European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Psychiatrische Praxis*, *34*, 292–301. doi:10.1055/s-2006-940066
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hayes, J. S. & Amer, K. (1999). Bibliotherapy: Using fiction to help children in two populations discuss feelings. *Pediatric Nursing*, *25*, 91–96. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/>
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZ-M): A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, *16*, 150–159. doi:10.1027//1015-5759.16.3.150

- Holdsworth, N. & Paxton, R. (1999). *Managing anxiety and depression: A self help guide*. London: The Mental Health Foundation.
- Holeva, V., Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65–83. doi:10.1016/S0005-7894(01)80044-7
- Howie, M. (1983). Bibliotherapy in social work. *British Journal of Social Work*, 13, 287–319. Retrieved from <http://bjsw.oxfordjournals.org/>
- Hoyer, J. (2000). Der Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS): Theoretisches Konzept und Befunde zur Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 46, 140–148. doi:10.1026//0012-1924.46.3.140
- Hoyer, J. & Gräfe, K. (1999). *Meta-Kognitions-Fragebogen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Technische Universität Dresden, Dresden.
- Hynes, A. M. & Hynes-Berry, A. (1986). *Bibliotherapy: The interactive process*. Boulder: Westview Press.
- IBM Corp. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows (20.0). Armonk, NY: IBM Corp.
- Jack, S. J. & Ronan, K. R. (2008). Bibliotherapy: Practice and research. *School Psychology International*, 29, 161–182. doi:10.1177/0143034308090058
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. U. (2004). Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 736–744. doi:10.1007/s00103-004-0885-5
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., ... Holting, C. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597–611. doi:10.1017/S0033291703001399
- Jamison, C. & Scogin, F. (1995). The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 644–650. doi:10.1037/0022-006X.63.4.644
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M. & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression [Supplemental material]. *Medical Journal of Australia*, 176, S84–S96. Retrieved from <https://www.mja.com.au/>
- Jorm, A. F. & Griffiths, K. M. (2006). Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression and anxiety. *Psychological Medicine*, 36, 3–6. doi:10.1017/S0033291705005659
- Kaltenthaler, E., Parry, G. & Beverley, C. (2004). Computerized cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 31–55. doi:10.1017/S135246580400102X

- Kaspi, S. P., McNally, R. J. & Amir, N. (1995). Cognitive processing of emotional information in posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *19*, 433–444. doi:10.1007/BF02230410
- Kendall, P. C., Howard, B. L. & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 583–598. doi:10.1007/BF01176069
- Kennedy, A. & Lovell, K. (2005). *What should I do? A handy guide to managing depression and anxiety*. Southampton: RTFB Publishing.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R. M. A., ... Wang, P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1561–1568. doi:10.1176/appi.ajp.163.9.1561
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*, 3095–3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8–19. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
- Kessler, R. C., Wai, T. C., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617–627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C. & Wang, P. S. (2009). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression (2nd ed.)*. (pp. 5–22). New York, NY US: Guilford Press.
- Kieser, M. & Szegedi, A. (2005). Predicting stable treatment response in patients with major depression treated with hypericum extract WS® 5570/5572. *Pharmacopsychiatry*, *38*, 194–200. doi:10.1055/s-2005-873153
- Kleim, B., Grey, N., Wild, J., Nussbeck, F. W., Stott, R., Hackmann, A., ... Ehlers, A. (2013). Cognitive change predicts symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 383–93. doi:10.1037/a0031290
- Kok, R. M., Van Baarsen, C., Nolen, W. A. & Heeren, T. J. (2009). Early response as predictor of final remission in elderly depressed patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*, 1299–1303. doi:10.1002/gps.2261
- König, H.-H. & Friemel, S. (2006). Health economics of psychological diseases. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *49*, 46–56. doi:10.1007/s00103-005-1195-2

- Kühner, C. & Bürger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. *Journal of Affective Disorders*, *86*, 205–213. doi:10.1016/j.jad.2005.01.014
- Kühner, C., Huffziger, S. & Nolen-Hoeksema, S. (2007). *Response Styles Questionnaire - Deutsche Version (RSQ-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kühner, C. & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, *29*, 1323–1333. doi:10.1017/S0033291799001282
- Landreville, P. & Bissonnette, L. (1997). Effects of cognitive bibliotherapy for older adults with a disability. *Clinical Gerontologist*, *17*(4), 35–55. doi:10.1300/J018v17n04_05
- Lenkowsky, R. S. (1987). Bibliotherapy: A review and analysis of the literature. *The Journal of Special Education*, *21*, 123–132. doi:10.1177/002246698702100211
- Levaux, M.-N.-N., Larøi, F., Offerlin-Meyer, I., Danion, J.-M.-M., Van der Linden, M. & Laroi, F. (2011). The effectiveness of the attention training technique in reducing intrusive thoughts in schizophrenia: A case study. *Clinical Case Studies*, *10*, 466–484. doi:10.1177/1534650111435696
- Lewinsohn, P., Munoz, R., Youngren, M. A. & Zeiss, A. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P. & Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, *32*, 1351–1363. doi:10.1016/S0191-8869(01)00123-4
- Lovell, K. & Richards, D. (2000). Multiple Access Points & Levels of Entry (MAPLE): Ensuring choice, accessibility & equity for CBT services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *28*, 379–391. Retrieved from <https://journals.cambridge.org>
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. *Manual und Testunterlagen (2. Auflage)*. Karlsruhe: Pfizer.
- Ly, K. H., Carlbring, P. & Andersson, G. (2012). Behavioral activation-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *13*, 62. doi:10.1186/1745-6215-13-62
- Lyubomirsky, S. & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 21–41). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Mace, N. L. & Rabins, P. V. (2001). *The 36-hour day*. New York: Warner Books.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Wells, A. & Spada, M. M. (2011). Metacognitions and negative emotions as predictors of symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 311–317. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.09.016

- Mains, J. A. & Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 237–246. doi:10.1002/jclp.10145
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychology and Behavior, 4*, 551–563. doi:10.1089/109493101753235142
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology, 23*, 843–870. doi:10.1007/BF02507018
- Martin, L. L., Shrira, I. & Startup, H. M. (2004). Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 153–175). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Martin, L. L., Tesser, A. & McIntosh, W. D. (1993). Wanting by not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings. In D. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 552–572). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Martinez, R., Whitfield, G., Dafters, R. & Williams, C. (2008). Can people read self-help manuals for depression? A challenge for the stepped care model and book prescription schemes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 89–97. doi:10.1017/S1352465807004067
- Mathers, C., Fat, D. M. & Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease 2004 update*. Genf: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/>
- Mathews, A. & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 563–569. doi:10.1016/0005-7967(85)90104-4
- Matthews, G., Hillyard, E. J. & Campbell, S. E. (1999). Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 111–125. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<111::AID-CPP192>3.0.CO;2-4
- Matthews, G. & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification, 24*, 69–93. doi:10.1177/0145445500241004
- Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 125–151). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression. cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford.
- McEvoy, P. M. & Perini, S. J. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 519–528. doi:10.1016/j.janxdis.2008.10.008

- McKendree-Smith, N. L., Floyd, M. & Scogin, F. R. (2003). Self-administered treatments for depression: A review. *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 275–288. doi:10.1002/jclp.10129
- Mellings, T. M. B. & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 243–257. doi:10.1016/S0005-7967(99)00040-6
- Miethe, S. (2008). *Wege aus der Grübel-Falle: Ein Selbsthilfebuch bei Depressionen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster.
- Miethe, S. (2009). *Depression erkennen und verstehen: Ein Selbsthilfebuch bei Depressionen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster.
- Möbius, J. & Hoyer, J. (2003). Metakognitionsfragebogen (MKF). In J. Hoyer & J. Margraf (Eds.), *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren* (pp. 220–223). Berlin: Springer.
- Moritz, S., Wess, N., Treszl, A. & Jelinek, L. (2011). The attention training technique as an attempt to decrease intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder (OCD): From cognitive theory to practice and back. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *41*, 135–143. doi:10.1007/s10879-010-9169-6
- Morrison, A. P., Gumley, A. I., Ashcroft, K., Manoussos, I. R., White, R., Gillan, K., ... Kingdon, D. (2011). Metacognition and persecutory delusions: Tests of a metacognitive model in a clinical population and comparisons with non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*, 223–233. doi:10.1348/014466510X511141
- Morrison, A. P., Wells, A. & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*, 67–78. doi:10.1348/014466500163112
- Morrison, A. P., Wells, A. & Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*, 259–270. doi:10.1348/014466502760379127
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Memish, Z. a. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, *380*, 2197–2223. doi:10.1016/S0140-6736(12)61689-4
- Myers, S. G. & Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 177–184. doi:10.1016/j.brat.2013.01.007

- Nassif, Y. (1999). *Predictors of pathological worry* (Unpublished master's thesis). University of Manchester, Manchester.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults (update) NICE clinical guideline 90*. London. Retrieved from <http://www.nice.org>
- Nierenberg, A. A., Farabaugh, A. H., Alpert, J. E., Gordon, J., Worthington, J. J., Rosenbaum, J. F. & Fava, M. (2000). Timing of onset of antidepressant response with fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1423–1428. doi:10.1176/appi.ajp.157.9.1423
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to sepression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569–582. doi:10.1037/0021-843X.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504–511. doi:10.1037//0021-843X.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107–123). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 115–21. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115
- Norcross, J. C. (2000). Here comes the self-help revolution in mental health. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *37*, 370–377. doi:10.1037/0033-3204.37.4.370
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relations that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Osgood-Hynes, D. J., Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Heneman, S. W., Wenzel, K. W., ... Vitse, H. M. (1998). Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: An open U.S.-U.K. study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 265–358.
- Öst, L.-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, *25*, 397–409. doi:10.1016/0005-7967(87)90017-9
- Padesky, C. & Greenberger, D. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy manual for clients*. New York: Guilford Press.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, *28*, 193–200. doi:10.1017/S0033291797005825

- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 407–413. doi:10.1016/S1077-7229(00)80051-6
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160–164. doi:10.1016/S1077-7229(01)80021-3
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13–26. doi:10.1016/S0005-7894(01)80041-1
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273. doi:10.1023/A:1023962332399
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 3–20). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Papworth, M. (2006). Issues and outcomes associated with adult mental health self-help materials: A “second order” review or “qualitative meta-review.” *Journal of Mental Health*, 15, 387–409. doi:10.1080/09638230600801512
- Pardeck, J. T. (1990). Using bibliotherapy in clinical practice with children. *Psychological Reports*, 67, 1043–1049. Retrieved from <http://www.amsciepub.com/>
- Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W. & Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication [Supplemental material]. *Journal of Affective Disorders*, 117, S15–S25. doi:10.1016/j.jad.2009.06.042
- Pössel, P., Seemann, S. & Hautzinger, M. (2005). Evaluation eines deutschsprachigen Instrumentes zur Erfassung positiver und negativer automatischer Gedanken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 27–34. doi:10.1026/1616-3443.34.1.27
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217–227. doi:10.1017/S0033291702007225
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029–1054. doi:10.1016/S0005-7967(98)00200-9

- Purdon, C. (2004). Psychological treatment of rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 217–239). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H. & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *43*, 724–729. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.013
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 231–237. doi:10.1016/S0005-7967(98)00140-5
- Redding, R. E., Herbert, J. D., Forman, E. M. & Gaudiano, B. A. (2008). Popular self-help books for anxiety, depression, and trauma: How scientifically grounded and useful are they? *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*, 537–545. doi:10.1037/0735-7028.39.5.537
- Rees, C. S. & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*, 451–458. doi:10.1016/j.jbtep.2007.11.004
- Reevy, G., Malamud Ozer, Y. & Ito, Y. (2010). *Encyclopedia of emotion - Volume 1*. Oxford: Greenwood.
- Reynolds, M. & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire – Psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, *29*, 1089–1099. doi:10.1017/S003329179900104X
- Richardson, R. & Richards, D. A. (2006). Self-help: Towards the next generation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 13–23. doi:10.1017/S1352465805002481
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F. & Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1295–1305. doi:10.1016/j.brat.2006.10.005
- Rosen, G. M. (1987). Self-help treatment books and the commercialization of psychotherapy. *American Psychologist*, *42*, 46–51. doi:10.1037/0003-066X.42.1.46
- Rosen, G. M. (1993). Self-help or hype?: Comments on psychology's failure to advance self-care. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*, 340–345. doi:10.1037/0735-7028.24.3.340
- Rost, K., Smith, J. L. & Dickinson, M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity: A randomized trial. *Medical Care*, *42*, 1202–1210. Retrieved from <http://www.jstor.org/>

- Roussis, P. & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences*, 40, 111–122. doi:10.1016/j.paid.2005.06.019
- Rowe, D. (1996). *Depression: The way out of your prison*. London: Routledge.
- Rübenach, S. P. (2007). Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Statistik*, 10, 960–971. Retrieved from <https://www.destatis.de/>
- Rubin, R. J. (1978). *Using bibliotherapy: A guide to theory and practice*. London: Oryx Press.
- Rubin, R. J. (1979). Uses of bibliotherapy in response to the 1970s. *Library Trends*, 28, 239–252.
- Russell, D. & Shrodes, C. (1950). Contributions of research in bibliotherapy to the language-arts program. I. *The School Review*, 58, 335–342.
- Salize, H. J., Stamm, K., Schubert, M., Bergmann, F., Härter, M., Berger, M., ... Schneider, F. (2004). Cost of care for depressive disorders in primary and specialized care in Germany. *Psychiatrische Praxis*, 31, 147–156. doi:10.1055/s-2003-814828
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitt, M., Altstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J. & Brähler, E. (2006). Normwerte für das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 52, 51–59. doi:10.1026/0012-1924.52.2.51
- Schmitt, M., Beckmann, M., Dusi, D., Maes, J., Schiller, A. & Schonauer, K. (2003). Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica*, 49, 147–156. doi:10.1026//0012-1924.49.4.147
- Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46, 38–46. doi:10.1026//0012-1924.46.1.38
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heft 41 Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut. Retrieved from <http://www.rki.de/>
- Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G. & Calhoun, S. (1990). Efficacy of self-administered treatment programs: Meta-analytic review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 42–47. doi:10.1037/0735-7028.21.1.42
- Scogin, F., Floyd, M., Jamison, C. & Ackerson, J. (1996). Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1086–1089. doi:10.1037/0022-006X.64.5.1086
- Scogin, F., Hamblin, D. & Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: A self-help alternative. *The Gerontologist*, 28, 383–387. doi:10.1093/geront/27.3.383

- Scogin, F., Jamison, C. & Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 403–407. doi:10.1037/0022-006X.57.3.403
- Scogin, F. R., Hanson, A. & Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 341–349. doi:10.1002/jclp.10133
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segerstrom, S., Stanton, A., Alden, L. E. & Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 909–921. doi:10.1037/0022-3514.85.5.909
- Sharpe, L., Nicholson Perry, K., Rogers, P., Dear, B. F., Nicholas, M. K. & Refshauge, K. (2010). A comparison of the effect of attention training and relaxation on responses to pain. *Pain, 150*, 469–476. doi:10.1016/j.pain.2010.05.027
- Shrodes, C. (1950). *Bibliotherapy: A theoretical and clinical experimental study* (Unpublished doctoral dissertation). University of California, Berkeley.
- Siegle, G. J., Ghinassi, F. & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 235–262. doi:10.1007/s10608-006-9118-6
- Sijtsma, K. & Van der Ark, L. A. (2003). Investigation and treatment of missing item scores in test and questionnaire data. *Multivariate Behavioral Research, 38*, 505–528. doi:10.1207/s15327906mbr3804_4
- Silverberg, L. I. (2003). Bibliotherapy: The therapeutic use of didactic and literary texts in treatment, diagnosis, prevention, and training. *The Journal of the American Osteopathic Association, 103*(3), 131–135. Retrieved from <http://www.jaoa.org/>
- Simons, M., Schneider, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder: A case series with randomized allocation. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*, 257–264. doi:10.1159/000092897
- Smith, J. M. & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review, 29*, 116–128. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003
- Smith, N. M., Floyd, M. R., Scogin, F. & Jamison, C. S. (1997). Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 324–327. doi:10.1037/0022-006X.65.2.324

- Spada, M. M., Nikčević, A. V, Moneta, G. B. & Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive Behaviors*, *32*, 2120–2129. doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.012
- Spada, M. M. & Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *12*, 150–155. doi:10.1002/cpp.431
- Spada, M. M. & Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*, 138–143. doi:10.1002/cpp.478
- Spada, M. M. & Wells, A. (2008). Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*, *33*, 515–527. doi:10.1016/j.addbeh.2007.10.011
- Spada, M. M. & Wells, A. (2009). A metacognitive model of problem drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*, 383–393. doi:10.1002/cpp.620
- Spada, M. M., Zandvoort, M. & Wells, A. (2007). Metacognitions in problem drinkers. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 709–716. doi:10.1007/s10608-006-9066-1
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, *282*, 1737–1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737
- Statistisches Bundesamt Destatis. (2010). *Gesundheit - Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008*. Retrieved from <https://www.destatis.de/>
- Stirling, J., Barkus, E. & Lewis, S. (2007). Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1401–1408. doi:10.1016/j.brat.2006.06.003
- Tadić, A., Helmreich, I., Mergl, R., Hautzinger, M., Kohlen, R., Henkel, V. & Hegerl, U. (2010). Early improvement is a predictor of treatment outcome in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *Journal of Affective Disorders*, *120*, 86–93. doi:10.1016/j.jad.2009.04.014
- Teasdale, J. D. & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change*. London: Lawrence Erlbaum.
- Valmaggia, L. R., Bouman, T. K. & Schuurman, L. (2007). Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*, 127–133. doi:10.1016/j.cbpra.2006.01.009
- Van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 100–109. doi:10.1016/j.brat.2011.12.005

- Van Ginkel, J. R. & Van der Ark, L. A. (2010). SPSS Syntax for response function imputation of missing test data. Leiden University, Tilburg University. Retrieved from <http://www.socialsciences.leiden.edu/educationandchildstudies/childandfamilystudies/organisation/staffcfs/van-ginkel.html>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... Memish, Z. a. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, *380*, 2163–96. doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2
- Wang, P. S., Patrick, A., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., ... Kessler, R. (2006). The costs and benefits of enhanced depression care to employers. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1345–1353. doi:10.1001/archpsyc.63.12.1345
- Warda, G. & Bryant, R. A. (1998). Thought control strategies in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 1171–1175. doi:10.1016/S0005-7967(98)00082-5
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1037–1052. doi:10.1016/j.brat.2004.01.009
- Watkins, E. & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression – A replication and extension. *Personality and Individual Differences*, *39*, 73–82. doi:10.1016/j.paid.2004.12.006
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, *134*, 163–206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination: Investigating mechanisms to improve cognitive behavioural treatments [Supplemental material]. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*, S8–S14. doi:10.1080/16506070902980695
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., ... Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 317–322. doi:10.1192/bjp.bp.110.090282
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., ... Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2144–2154. doi:10.1016/j.brat.2006.09.018
- Watson, C. & Purdon, C. (2008). Attention training in the reduction and reappraisal of intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 61–70. doi:10.1017/S1352465807003773
- Weimerskirch, P. P. J. (1965). Benjamin Rush and John Minson Galt, II: Pioneers of bibliotherapy in America. *Bulletin of the Medical Library Association*, *53*, 510–526. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, *21*, 273–280. doi:10.1016/S0005-7894(05)80330-2
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 301–320. doi:10.1017/S1352465800015836
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, *23*, 526–555. doi:10.1177/0145445599234002
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 107–121. doi:10.1007/s10608-005-1652-0
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, *32*, 85–102. doi:10.1016/S0005-7894(01)80045-9
- Wells, A. & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 373–381. doi:10.1002/jclp.20871
- Wells, A. & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 871–878. doi:10.1016/0005-7967(94)90168-6
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, *33*, 291–300. doi:10.1007/s10608-007-9178-2
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 367–373. doi:10.1016/j.brat.2012.02.004
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder – An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37*, 206–212. doi:10.1016/j.jbtep.2005.07.002

- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Howe, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 881–888. doi:10.1016/S0005-7967(96)00050-2
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 579–583. doi:10.1016/0005-7967(94)00087-Z
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 899–913. doi:10.1016/S0005-7967(98)00070-9
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 713–720. doi:10.1016/S0005-7967(00)00036-X
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 259–273). Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*, 307–318. doi:10.1016/j.jbtep.2004.07.001
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., ... Rees, D. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy – An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*, 85–92. doi:10.1016/j.cbpra.2006.11.005
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 429–434. doi:10.1016/j.brat.2009.11.013
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*, 226–232. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4<226::AID-CPP129>3.0.CO;2-M
- Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., ... Rubenstein, L. V. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care. *Journal of the American Medical Association*, *283*, 212–220. doi:10.1001/jama.283.2.212.
- Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, *51*, 59–91. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.59

- Williams, C. & Martinez, R. (2008). Increasing access to CBT: Stepped care and CBT self-help models in practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 675–683. doi:10.1017/S1352465808004864
- Wimmer, T. (2010). *Positive und negative Metakognitionen über die Rumination und ihre differentiellen Effekte auf die kognitive Flexibilität bei dysphorisch-depressiven Frauen*. Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Retrieved from http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5638/diss_wimmer.pdf
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Yilmaz, A. E., Gençöz, T. & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389–396. doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.001

9 ANHANG

9.1 Zusätzliche Ergebnisse zu den Hauptfragestellungen

9.1.1 Zusätzliche Berechnungen zu den Hypothesen I.A.1 und I.A.2

Tabelle 19: Vergleich der BDI-V-Werte von Completern und Drop-outs bis Post für den Zeitraum Prä bis Post.

BDI-V	Experimentalgruppe				Kontrollgruppe			
	Completer bis Post		Drop-out bis Post		Completer bis Post		Drop-out bis Post	
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>n</i>
Prä	51.2 (13.8)	12	61.3 (2.1)	3	53.1 (16.5)	13	53.8 (7.8)	4
tel1	41.4 (14.3)	12	54.7 (4.2)	3	40.8 (19.3)	12	40.3 (3.5)	3
tel2	39.1 (16.3)	11	50.3 (7.0)	3	44.3 (18.2)	10	46.0 (4.4)	3
tel3	37.8 (17.8)	12	41.7 (8.4)	3	38.7 (18.7)	12	44.0 (-)	1
tel4	28.5 (15.2)	11	43.7 (11.2)	3	33.7 (14.5)	11	-	0
tel5	34.5 (16.5)	10	50.0 (-)	1	38.6 (13.2)	12	-	0
tel6	29.7 (15.4)	12	45.0 (-)	1	35.7 (19.4)	13	-	0
Post	29.2 (16.9)	12	-	0	37.4 (20.1)	13	-	0

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *n*: Anzahl gültiger Werte zu den jeweiligen Zeitpunkten; Completer bis Post: Probanden haben Studie bis zur Post-Diagnostik beendet; Drop-out bis Post: Probanden sind noch vor der Post-Diagnostik herausgefallen; Prä: Prä-Diagnostik; tel1-6: Telefontermine 1-6; Post: Post-Diagnostik.

Tabelle 20: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen zu der Variable BDI-V-Reduktion getrennt nach Analyse für Completer und intention-to-treat (ITT).

Effekt	Completer				ITT			
	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Gruppe	1, 22	5.759	.025	0.207	1, 30	7.696	.009	0.204

Anmerkungen: η^2 : Effektstärke

Tabelle 21: Ergebnisse des *t*-Tests mit multipel imputierten Daten für BDI-V.

Differenz tel1- Post metakognitive Therapie		Differenz tel1-Post Kontrollgruppe		Kombinierte Ergebnisse des <i>t</i> -Tests		
<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (2-seitig)
11.65	(2.85)	4.35	(2.57)	295	2.048	.041

Anmerkungen: *M*: Mittelwert der Differenz, kombiniert über alle multiplen Imputationen; *SE*: Standardfehler der Differenz, kombiniert über alle multiplen Imputationen.

9.1.2 Zusätzliche Berechnungen zu den Hypothesen I.B.1. und I.B.2.

Tabelle 22: Gelesene Seiten und bearbeitete Aufgaben zu allen Messzeitpunkten

	Experimentalgruppe						Kontrollgruppe					
	Gelesene Seiten			Bearb. Aufgaben			Gelesene Seiten			Bearb. Aufgaben		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Soll *	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Soll *	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Soll *	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Soll *	<i>n</i>
tel1	12.47 (6.83)	8	15	4.53 (3.85)	1	15	12.81 (9.60)	8	16	2.25 (1.48)	2	16
tel2	6.57 (4.35)	6	14	4.38 (2.40)	6	13	17.86 (7.36)	24	14	2.43 (1.60)	3	14
tel3	7.13 (4.81)	10	15	2.47 (1.92)	4	15	20.14 (15.71)	12	14	5.14 (4.13)	5	14
tel4	10.79 (5.70)	12	14	3.54 (3.10)	6	13	13.62 (11.46)	15	13	3.23 (3.03)	4	13
tel5	8.33 (7.14)	14	12	4.00 (4.37)	8	12	10.54 (7.86)	13	13	2.42 (1.93)	3	12
tel6	13.77 (8.05)	13	13	2.92 (2.43)	3	13	8.71 (9.48)	7	14	3.00 (2.91)	3	14

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *n*: Anzahl gültiger Werte; tel1-6: Telefontermine 1-6; Soll*: Anzahl der empfohlenen Seiten/Aufgaben für die jeweilige Woche (das für diese Woche vorgesehene Kapitel). Höhere Mittelwerte als die Seitenzahl/Aufgabenzahl des für die jeweilige Woche vorgesehene Kapitel kommen vor, da die Probanden sich teilweise nicht an die Leseempfehlung gehalten und mehr als ein Kapitel pro Woche gelesen haben.

Tabelle 23: Varianzen und Kovarianzen der zufälligen Effekte zu Hypothesen I.B.1 und I.B.2

		Imputationsmethode					
		LOCF			0		
		Varianz RI (<i>SE</i>)	Varianz RS (<i>SE</i>)	Kovarianz RI u. RS (<i>SE</i>)	Varianz RI (<i>SE</i>)	Varianz RS (<i>SE</i>)	Kovarianz RI u. RS (<i>SE</i>)
Zusätzlicher Prädiktor	gelesene Seiten	198.57 (73.49)	1.03 (1.37)	-4.18 (7.91)	199.74 (73.81)	1.03 (1.36)	-4.33 (7.94)
	bearbeitete Aufgaben	205.85 (75.33)	0.88 (1.32)	-4.88 (7.95)	209.66 (76.28)	0.86 (1.31)	-5.24 (7.99)

Anmerkungen: LOCF: last observation carried forward; 0: für jeden fehlenden Wert wurde 0 imputiert; RI: Random Intercepts; RS: Random Slopes; *SE*: Standardfehler.

9.1.3 Zusätzliche Berechnungen zu den Hypothesen I.B.3. und I.B.4.

Tabelle 24: Varianzen und Kovarianzen der zufälligen Effekte zu Hypothesen I.B.3 und I.B.4

		Varianz RI (<i>SE</i>)	Varianz RS (<i>SE</i>)	Kovarianz RI u. RS (<i>SE</i>)
Zusätzlicher Prädiktor	Ersterkrankungsalter	179.53 (64.64)	0.41 (0.76)	0.96 (5.22)
	Komorbidität	146.94 (57.08)	0.64 (0.84)	0.49 (5.36)

Anmerkungen: RI: Random Intercepts; RS: Random Slopes; *SE*: Standardfehler.

9.2 Zusätzliche Ergebnisse zur Nebenfragestellung

9.2.1 Zusätzliche deskriptive Ergebnisse

Tabelle 25: Mittelwerte und Standardabweichungen zu den kognitiven Variablen getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe sowie nach Completern und Drop-outs.

		Experimentalgruppe				Kontrollgruppe			
		Completer bis Post ($n = 12$)		Drop-out bis Post ($n = 3$)		Completer bis post ($n = 13$)		Drop-out bis post ($n = 4$)	
		<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
RSQ – Ruminieren	Prä	60.3	(10.0)	60.3	(7.2)	58.3	(11.6)	44.8	(14.0)
	Post	52.3	(12.7)	-	-	57.6	(10.8)	-	-
PNMR – pos. Metakog.	Prä	16.8	(4.5)	17.3	(2.9)	19.4	(4.0)	13.3	(3.4)
	Post	14.8	(3.4)	-	-	18.2	(4.5)	-	-
PNMR – neg. Metakog.	Prä	34.2	(7.4)	44.3	(2.5)	32.5	(5.5)	30.5	(7.7)
	Post	35.3	(5.7)	-	-	31.6	(5.3)	-	-
MKF – pos. Überzeugungen	Prä	31.7	(11.0)	37.7	(9.0)	40.3	(13.9)	28.8	(2.8)
	Post	30.8	(10.9)	-	-	38.2	(9.8)	-	-
MKF – Unkontroll./Gefahr	Prä	44.8	(9.3)	51.3	(6.7)	44.5	(8.0)	33.5	(8.7)
	Post	37.4	(7.9)	-	-	42.9	(7.6)	-	-
DFS – dysf. Selbstaufmerks.	Prä	34.8	(6.5)	39.0	(3.0)	36.2	(5.1)	31.3	(6.0)
	Post	30.0	(6.8)	-	-	34.6	(7.4)	-	-
DFS – funk. Selbstaufmerks.	Prä	17.3	(4.4)	19.0	(5.0)	15.9	(3.4)	15.5	(2.1)
	Post	17.4	(5.4)	-	-	16.7	(2.6)	-	-
FAG – negative Selbstaussagen	Prä	38.3	(7.2)	47.0	(2.7)	38.6	(10.7)	24.3	(6.7)
	Post	30.5	(12.1)	-	-	34.5	(15.2)	-	-
FAG – Wohlbefinden	Prä	8.7	(1.7)	8.3	(3.1)	7.9	(1.8)	6.8	(1.5)
	Post	12.0	(3.9)	-	-	11.0	(3.4)	-	-
FAG – Selbstvertrauen	Prä	7.3	(1.8)	6.3	(4.0)	5.8	(1.5)	7.5	(3.3)
	Post	9.2	(3.7)	-	-	7.5	(2.1)	-	-
FLZ ^M – allgemein	Prä	8.0	(22.3)	-12.7	(10.6)	12.8	(21.2)	10.3	(26.3)
	Post	19.8	(31.3)	-	-	15.8	(37.3)	-	-
FLZ ^M – Gesundheit	Prä	13.8	(28.0)	-14.7	(17.2)	13.5	(25.2)	35.3	(11.0)
	Post	34.6	(30.2)	-	-	34.9	(38.5)	-	-

Anmerkungen: *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; RSQ: Response Style Questionnaire; PNMR: Fragebogen zu positiven und negativen Metakognitionen über Ruminieren; MKF: Metakognitions-Fragebogen; DFS: Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit; FAG: Fragebogen positiver und negativer automatischer Gedanken; FLZ^M: Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module}; Prä: Prä-Diagnostik; Post: Post-Diagnostik.

9.2.2 Zusätzliche Berechnungen zu Hypothese II.A.1.

Tabelle 26: Ergebnisse des t-Tests zur abhängigen Variable Rumination mit multipel imputierten Daten.

Differenz Prä- Post metakognitive Therapie		Differenz Prä-Post Kontrollgruppe		Kombinierte Ergebnisse des <i>t</i> -Tests		
<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (2-seitig)
7.48	(1.88)	0.27	(1.56)	48	2.939	.005

Anmerkungen: *M*: Mittelwert der Differenz, kombiniert über alle multiplen Imputationen; *SE*: Standardfehler der Differenz, kombiniert über alle multiplen Imputationen.

9.2.3 Zusätzliche Berechnungen zu Hypothese II.B.

Tabelle 27: Ergebnisse der *t*-Tests zu den abhängigen Variablen positive und negative Metakognitionen über Rumination und Sorgen mit multipel imputierten Daten.

	Differenz Prä- Post metakognitive Therapie		Differenz Prä-Post Kontroll- gruppe		Kombinierte Ergebnisse des <i>t</i> -Tests		
	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (2-seitig)
Positive Metakognitionen über Rumination	1.82	(0.91)	0.92	(1.11)	70	0.600	.550
Negative Metakognitionen über Rumination	-0.04	(1.84)	0.25	(1.23)	80	-0.133	.894
Positive Metakognitionen über Sorgen	1.20	(1.51)	0.87	(1.76)	144	0.143	.877
Negative Metakognitionen über Sorgen	6.97	(1.92)	1.63	(1.26)	74	2.321	.023

Anmerkungen: *M*: Mittelwert der Differenz, kombiniert über alle multiplen Imputationen; *SE*: Standardfehler der Differenz, kombiniert über alle multiplen Imputationen.

9.2.4 Zusätzliche Berechnungen zu explorativen Analysen

Tabelle 28: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse zu den Variablen von Selbstaufmerksamkeit, automatischen Gedanken und Lebenszufriedenheit

AV	Effekt	Completer				intention-to-treat (ITT)			
		df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
DFS – dysf. Selbst- aufm.	Gruppe	1, 23	1.621	.216	0.066	1, 30	0.110	.742	0.004
	Zeit	1, 23	8.666	.007	0.274	1, 30	8.266	.007	0.216
	Z*G	1, 23	2.158	.155	0.086	1, 30	2.199	.149	0.068
DFS – funkt. Selbst- aufm.	Gruppe	1, 23	0.591	.450	0.025	1, 30	1.688	.204	0.053
	Zeit	1, 23	0.382	.543	0.016	1, 30	0.373	.546	0.012
	Z*G	1, 23	0.257	.617	0.011	1, 30	0.246	.623	0.008
FAG – negative Selbst- aus.	Gruppe	1, 23	0.239	.630	0.010	1, 30	0.666	.421	0.022
	Zeit	1, 23	14.486	.001	0.386	1, 30	13.129	.001	0.304
	Z*G	1, 23	1.322	.262	0.054	1, 30	1.365	.252	0.044
FAG – Wohl- befinden	Gruppe	1, 23	0.866	.362	0.036	1, 30	1.605	.215	0.051
	Zeit	1, 23	25.033	< .001	0.521	1, 30	20.684	< .001	0.408
	Z*G	1, 23	0.040	.843	0.002	1, 30	0.081	.778	0.003
FAG – Selbst- ver- trauen	Gruppe	1, 23	4.382	.048	0.160	1, 30	1.534	.225	0.049
	Zeit	1, 23	9.603	.005	0.295	1, 30	8.981	.005	0.230
	Z*G	1, 23	0.003	.957	< 0.001	1, 30	0.015	.905	< 0.001
FLZ ^M – all- gemein	Gruppe	1, 23	0.001	.970	< 0.001	1, 30	0.275	.604	0.009
	Zeit	1, 23	2.229	.149	0.088	1, 30	2.275	.142	0.070
	Z*G	1, 23	0.784	.385	0.033	1, 30	0.840	.367	0.027
FLZ ^M – Gesund- heit	Gruppe	1, 23	<0.001	.996	< 0.001	1, 30	1.079	.307	0.035
	Zeit	1, 23	21.765	< .001	0.486	1, 30	18.364	< .001	0.380
	Z*G	1, 23	0.004	.952	< 0.001	1, 30	0.002	.968	< 0.001

Anmerkungen: DFS: Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit; FAG: Fragebogen positiver und negativer automatischer Gedanken; FLZ^M: Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module}; Z*G: Zeit*Gruppe.

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe, dass ich alle in Anspruch genommenen Quellen und Hilfsmittel in der Dissertation angegeben habe und dass ich die Dissertation nicht bereits anderweitig als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ort, Datum

Unterschrift