

Psychotherapeut 2022 · 67:204–212
<https://doi.org/10.1007/s00278-022-00590-1>
Angenommen: 16. März 2022
Online publiziert: 21. April 2022
© Der/die Autor(en) 2022



Erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen bei Depression: ein Behandlungsmanual

Marcel Wilhelm · Gaby Bleichardt · Anne-Catherine Ewen · Winfried Rief

Klinische Psychologie & Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Therapiematerial**
Psychoedukation • Sitzung 1 – Einführung der Erwartungen • Sitzung 2 – Verfestigung von Erwartungen • Sitzung 3 – Anhedonie und Einführung der Immunisierung • Sitzung 4 – Immunisierung und Experimentieren • Sitzung 5 – Denken in Wahrscheinlichkeiten und Therapieerwartung • Grundstruktur der Sitzungen 6 bis 23 – Verhaltensexperimente zur Erwartungsüberprüfung • Sitzung 24 – Abschluss und Rückfallprophylaxe
- **Pilotstudie**
- **Erste Erfahrungen**
- **Diskussion**

Zusammenfassung

Hintergrund: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist bei Depression langfristig wirksam, jedoch besteht Verbesserungsbedarf. In der Forschung zum Placeboeffekt und der Neurowissenschaft wird die zentrale Bedeutung von Erwartungen immer deutlicher. Neue Therapieansätze zur Modifikation dysfunktionaler Erwartungen (erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen, EFPI) scheinen ein vielversprechender Baustein zur Verbesserung der klassischen KVT zu sein.

Ziel der Arbeit: Die wesentlichen Bausteine eines EFPI-Behandlungsmanuals bei Depression werden vorgestellt.

Material und Methoden: Das Manual ist auf 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie) ausgelegt. Es umfasst 5 Sitzungen Psychoedukation zu Erwartungsformulierung, -überprüfung und -verletzung sowie zur kognitiven Immunisierung (nachträgliche Umbewertung erwartungsverletzender Erfahrungen). Nach der Psychoedukation folgt eine Phase, in der in jeder Sitzung ein Verhaltensexperiment durchgeführt oder geplant wird. Die Verhaltensexperimente sollen zentrale krankheitsaufrechterhaltende Erwartungen herausfordern („Erwartungsverletzung“). Zusätzlich werden kognitive Immunisierungsstrategien besprochen und nach Möglichkeit verhindert. In der letzten Sitzung erfolgen eine Zusammenfassung und Konsolidierung des Erarbeiteten im Sinne einer Rückfallprophylaxe. Das Manual wurde in einer kleinen Pilotstudie ($n = 5$) erprobt.

Ergebnisse: Die EFPI-Therapie wurde von allen Beteiligten gut angenommen. Eine umfassende Evaluation erfolgt derzeit.

Diskussion: Das EFPI-Manual stellt die Fokussierung einer KVT auf möglichst viele, deutliche Erwartungsüberprüfungen bei zusätzlicher Adressierung kognitiver Immunisierung dar. Gezielt können persistierende, dysfunktionale Erwartungen von Personen mit Depression behandelt werden.

Schlüsselwörter

Dysfunktionale Kognitionen · Kognitive Verhaltenstherapie · Erwartungsverletzung · Verhaltensexperimente · Pilotstudie



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Therapeutinnen und Therapeuten stehen häufig vor dem Problem, dass Patientinnen und Patienten Gelerntes nicht ohne Weiteres in den Lebensalltag transferieren können. Es wird davon ausgegangen, dass dies auch durch dysfunktionale Erwartungen und sog. Immunisierungsprozesse verhindert wird. Der Vorteil der erwartungsfokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (KVT; erwar-

tungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen, EFPI) besteht darin, dass depressive Patientinnen und Patienten zahlreiche, konkrete Verhaltensexperimente in unterschiedlichsten Kontexten erproben und konsequent daran arbeiten, erfolgshemmende Immunisierungsgedanken zu reduzieren. Es ist zu anzunehmen, dass EFPI einen besseren Transfer in den Alltag ermöglicht.

Hintergrund

Depressive Erkrankungen stellen eine starke Belastung des Gesundheitssystems dar (McLaughlin 2011; Üstün et al. 2004). Durch die Coronapandemie dürfte mit einer weiteren Steigerung der Prävalenz zu rechnen sein (Salari et al. 2020). Während der Behandlungsbedarf als hoch eingeschätzt werden darf, hinterfragen aktuelle Metaanalysen die tatsächliche Effektivität von Psychotherapie bei Depression (Cuijpers et al. 2019) bzw. weisen mindestens darauf hin, dass viele Patientinnen und Patienten auf die verfügbaren Ansätze nicht ausreichend ansprechen (Munder et al. 2019). Somit besteht grundlegendes Verbesserungspotenzial der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung.

Erwartungen in der Psychologie haben eine lange Tradition als theoretisches Konstrukt und finden sich in zahlreichen Modellen, beispielsweise zur Entscheidungsfindung und Handlungsplanung (Ajzen 1985; Kahneman und Tversky 2013). Der Erwartungsbegriff kann in seiner Definition unterschiedlich aufgefasst werden (Laferton et al. 2017). Im Depressionskontext wird häufig das Konzept der erlernten Hilflosigkeit herangezogen, das beschreibt, wie die Erwartung, nicht mehr auf die eigene Situation einwirken zu können, durch negative Erfahrungen aufgebaut wird (Abramson et al. 1978). Die Bildung von Erwartungen allgemein lässt sich anhand der sozialkognitiven Lerntheorie erklären (Bandura 1977; Maddux 1999). Einerseits werden Erwartungen beschrieben, die sich auf das Ergebnis des eigenen Verhaltens beziehen („behavior outcome expectancies“; Bandura 1997). Andererseits wird das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung eingeführt, als die Erwartung, zu einer bestimmten Handlung befähigt zu sein (Bandura et al. 1999; Kirsch 1995). Während sich diese Erwartungen auf die Interaktion mit der Außenwelt beziehen, postulierte Kirsch (1997, 1985), dass das eigene Erleben von den zuvor gefassten Erwartungen abhängt („response expectancies“). Diese stellen auch die theoretische Grundlage für die Erklärung des Placeboeffekts dar. Der Placeboeffekt beschreibt positive Veränderungen des Gesundheitszustandes, die auf die Inanspruchnahme eines

Heilmittels (z.B. einen Arzneistoff) ohne spezifische Wirkung, zurückgehen (Evers et al. 2018).

Auch die aktuelle Erwartungsforschung stammt v. a. aus dem Bereich Placeboeffekte (Schedlowski et al. 2015). Hier gelten Behandlungserwartungen weiterhin als der wichtigste Mechanismus zur Vorhersage von Behandlungserfolg, selbst bei vielen medizinischen Erkrankungen (Bingel 2020). Auch aus dem Bereich Neurowissenschaften stammen Erkenntnisse zur permanenten Vorhersagefunktion des Gehirns („predictive coding machine“; Seth et al. 2012). Dabei wird die Wichtigkeit von „prediction errors“ deutlich, die die selektive Aufmerksamkeit steuern und in Lernprozesse eingreifen können. Dieser Effekt eines Vorhersagefehlers (Erwartungsverletzung) lässt sich über Prozesse im Gehirn abbilden (D’Astolfo und Rief 2017). Zudem wird in neueren bayesianischen Ansätzen postuliert, dass Vorannahmen bei unklarer oder ungenauer Datenlage eher beibehalten werden, statt sie anzupassen (Clark et al. 2018; Kube et al. 2020). Gleichzeitig lässt sich eine Unempfindlichkeit Depressiver gegenüber Belohnungen zeigen (Pizzagalli 2014; Wilson et al. 2018), was ebenfalls zum Beibehalten dysfunktionaler Erwartungen beitragen kann, selbst wenn unerwartet positive Ereignisse auftreten.

Ein Hindernis der erfolgreichen Depressionsbehandlung könnten demnach persistierende negative Erwartungen sein. Einen möglichen Ansatz zur Integration der oben beschriebenen neueren Erwartungsforschung bietet das sog. ViolEx Model („violated expectation“; Rief et al. 2015). Es beschreibt, wie Erwartungen generiert, aufrechterhalten und angepasst werden. Darauf aufbauend wird diskutiert, das kognitive Modell der Depression um negative Erwartungen als Kernmerkmal zu erweitern (Rief und Joormann 2019). Dadurch rückt in den Fokus der Therapie, negative Erwartungen an alltägliche Situationen durch realistisch-positive Erfahrungen zu verletzen und eine Anpassung der negativen Erwartung für die nächste vergleichbare Situation zu erreichen. Dabei ist es möglich, sich sowohl auf nach außen gerichtete Erwartungen (Behavior outcome expectancies, z.B. „das Publikum wird mich auslachen“)

als auch auf nach innen gerichtete Erwartungen (Response expectancies, z.B. „ich werde mich danach ganz schlecht fühlen“) zu beziehen.

Diese Anpassung gelingt jedoch nicht immer: Trotz erwartungsverletzender Erfahrung bleiben negative Erwartungen gerade bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen häufig bestehen (Rief und Joormann 2019). Eine mögliche Ursache ist die *kognitive Immunisierung* (Kube et al. 2019b). Immunisierung dient dazu, den Effekt „korrigierender Erfahrungen“ zu minimieren, sodass die bisher bestehenden, oft dysfunktionalen Erwartungen aufrechterhalten bleiben. Erste experimentelle Befunde zeigen, dass sich Immunisierung blockieren lässt, um die Erwartungsveränderung nach einer Erwartungsverletzung zu erleichtern (Kube et al. 2019a).

Auf Basis dieser Annahmen wurden erste erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen (EFPI) entwickelt (Rief und Glombiewski 2016). Diese basieren auf KVT-Techniken und richten sich direkt auf die Veränderung dysfunktionaler Erwartungen über möglichst zahlreiche und deutliche Erwartungsverletzungen. Dabei wird v. a. auf Verhaltensexperimente zurückgegriffen, die bereits in den meisten KVT-Manualen zu finden sind (McMillan und Lee 2010); zusätzlich werden kognitive Immunisierungsstrategien berücksichtigt. Im vorliegenden Beitrag wird ein innovatives EFPI-Manual zur Behandlung von Depressionen beschrieben.

Therapiemanual

Das Manual ist in seiner aktuellen Version auf 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie) ausgerichtet.

Psychoedukation

Vor der ersten Therapiephase werden bereits biografische Prägungen spezifischer Erwartungshaltungen exploriert und potenziell relevante Ereignisse für die gesamte Behandlungszeit in einen vorgefertigten Kalender eingetragen. Das soll später erleichtern, Verhaltensexperimente vorzubesprechen, sodass diese während bedeutsamer Ereignisse durchgeführt werden können. Die Psychoedukation umfasst die ersten 5 Therapiesitzungen.

Infobox 1

Immunisierung

Menschen neigen dazu, eigene Erwartungen zu bestätigen und sich entsprechend zu verhalten, zu denken und zu fühlen. Dazu gehört auch, dass man z. B. Erfolgserlebnisse klein macht, wenn man das Gefühl hat, nicht besonders erfolgreich zu sein. Dann sagt man vielleicht eher: „Das war jetzt nur Glück“/„Das war eine Ausnahme“. Wir nennen das Immunisierung – Leute, die immunisieren, machen sich quasi gegen neue Erfahrungen immun, indem sie diese nicht an sich heranlassen. Kennen Sie das von sich? ... Immunisierung ist eine nachträgliche Umbewertung von Erfahrungen, die nicht den Erwartungen entsprechen. Mit anderen Worten: Wenn man eine neue Erfahrung macht, dann aber so lange darüber nachdenkt, bis die Erfahrung doch ins bisherige Weltbild passt, anstatt das Weltbild zu verändern, nennt man das Immunisierung. Das kann manchmal sinnvoll sein, z. B. damit man sich nicht zu schnell durch einmalige schlechte Erfahrungen verunsichern lässt. Wenn Immunisierung jedoch die Möglichkeit verbaut, positive Erfahrungen zuzulassen und anzunehmen, wird sie zum Problem.

Neben der erfahrungsbasierten Vermittlung der Therapierationale, einschließlich des Konzepts der Erwartungsverletzung und Immunisierung, wird ein individuelles Erklärungsmodell erarbeitet.

Sitzung 1 – Einführung der Erwartungen

Begriff „Erwartungen“. Die Patientinnen und Patienten werden gebeten, den Begriff Erwartung mit eigenen Worten zu beschreiben. Vermittelt werden sollte v. a., dass es sich um Vorhersagen und ihre Eintrittswahrscheinlichkeit handelt.

Erwartungen steuern Befinden. Um die Begriffe von Erwartung und Eintrittswahrscheinlichkeit emotional erfahrbar zu machen, dient die Wasserglas-Demonstration: Ein Wasserglas wird schräg über das Bein der Patientin oder des Patienten gehalten. Dann soll vermutet werden, was passieren wird. Nahezu alle Patientinnen und Patienten identifizieren die Erwartung „Sie schütten mir Wasser aufs Bein“ und relativieren diese mit einer Einordnung als „unwahrscheinlich“ („So etwas machen Sie bestimmt nicht.“).

Als erste Schulung des „erwartungsbezogenen Denkens“ werden weitere Stationen des Tages mithilfe eines Arbeitsblattes notiert (z. B. Rückfahrt, Aktivität, menschliche Begegnung, Nacht) und anschließend erwartete Ereignisse, das damit verbundene Befinden sowie die Eintrittswahrscheinlichkeit identifiziert. Dabei kann deutlich werden, dass Erwartungen vor der Situation bereits das Befinden in der Situation beeinflussen, unabhängig davon, wie die Situation ausgeht.

Sinn von Erwartungen. Abschließend werden die Patientinnen und Patienten im Zuge eines kleinen Gedankenexperiments gefragt, wie es wäre, ganz ohne Erwartungen zu leben. Mögliche Vorteile davon, Erwartungen zu haben (z. B. Erkennen potenzieller Gefahren, Selbstwirksamkeitserwartung/sich etwas zutrauen) sowie Nachteile (z. B. Voreingenommenheit, Risiko der Inflexibilität) werden gesammelt. Im Idealfall folgern die Patientinnen und Patienten, dass Erwartungen wichtig sind. Ein weiteres Ziel des Abschnitts ist es zu vermitteln, dass eine gewisse Flexibilität in der Erwartungsbildung existieren sollte. Diese kann dadurch erreicht werden, dass man neue Erfahrungen zumindest in Erwägung zieht und dazu bereit ist, die eigenen Erwartungen entsprechend anzupassen. Bis zur nächsten Sitzung sollen täglich mehrere Erwartungen im Alltag identifiziert und per Arbeitsblatt festgehalten werden.

Sitzung 2 – Verfestigung von Erwartungen

Erwartungen sind eingetretene Pfade.

Es erfolgt eine Erläuterung anhand der hinlänglich bekannten „Dschungelklo-Metapher“ (Hautzinger und Pössel 2017), dass Erwartungen wie eingetretene Pfade sein können und eine Veränderung (in der Metapher also ein unbekannter Weg zur neuen Toilette) langwierig sein kann.

Bezug zur Biografie. Hier wird versucht, aus vergangenen Ereignissen und Beziehungen auf Erwartungsmuster der Patientinnen und Patienten zu schließen. Dabei erfolgt eine Orientierung an der kognitiven Triade (Erwartungen an mich selbst, an andere und an die Zukunft). Erwar-

tungen sind zwar per Definition immer zukunftsgerichtet, die Unterscheidung ermöglicht eine Bezugnahme auf situationspezifische nach innen und nach außen gerichtete Erwartungen sowie situationsübergreifende (generalisierte) Erwartungen an die Zukunft.

Gewohnte Erwartungen – Senf-Berliner-Frage.

Um das Konzept der Erwartungsverletzung zu vertiefen, bedient man sich eines Silvester- und Karnevalsbrauchtums: Der Patient oder die Patientin soll sich vorstellen, dass er/sie sich einen Berliner von vielen aussucht, dieser jedoch wider Erwarten mit Senf gefüllt ist. Anschließend wird besprochen, wie die zukünftige Erwartung an das Essen von Berlinern sich verändert, in Abhängigkeit davon, ob die nächsten 3 oder sogar 10 Berliner mit Senf gefüllt wären. Am Ende des Gedankenexperiments sollte die Erkenntnis stehen, dass sich Erwartungen aus Erfahrungen bilden und sich durch viele ähnliche Erfahrungen verfestigen können.

Sitzung 3 – Anhedonie und Einführung der Immunisierung

Depression „stumpft ab“ für positive Erwartungen.

Hier soll das Prinzip des eingeschränkten Belohnungslernens bei Depression vermittelt werden. Gemeinsam werden Beispiele aus dem Alltag der Patientin oder des Patienten gesucht: „Auch, wenn ich annehme, dass es mir dann besser ginge, mache ich nicht ...?“ Ziel der Übung ist es, Situationen zu sammeln, die die Patientinnen und Patienten länger nicht mehr aufgesucht haben, obwohl sie prinzipiell eine Stimmungsverbesserung erwarten würden.

„Es trotzdem wagen“ (Mini-Neuerfahungsübung).

Die zuvor erarbeitete Diskrepanz von Erwartungen und Handlungen soll durch ein kleines Verhaltensexperiment aufgelöst werden. Dazu werden die Patientinnen und Patienten gebeten auszuwählen, ob sie von einem guten Film berichten, einen Witz von einer Karte vorlesen, eine freundliche Textzeile an jemanden schreiben oder dem Therapeuten oder der Therapeutin ein persönliches Foto vom Smartphone zeigen wollen.

Tab. 1 Fallbeispiel für das Arbeitsblatt Verhaltensexperiment im EFPI-Manual	
<i>Vorbereitung – vor dem Verhaltensexperiment auszufüllen</i>	
Welche Situation möchte ich aufsuchen?	Geburtstagsfeier einer Kollegin besuchen
Was sind meine Erwartungen an die Situation? Was wird passieren?	Niemand wird mit mir sprechen. Ich werde den Abend allein in der Ecke verbringen
Wie wahrscheinlich ist es, dass diese Erwartungen zutreffen?	95 %
Was sind mögliche Zeichen, an denen ich erkenne, dass meine Erwartungen nicht zutreffen?	Wenn mindestens 3 Personen mit mir eine Unterhaltung führen, die über „Hallo“ hinausgeht
Immunsierung: Wie kann ich verhindern, in der Situation eine neue Erfahrung zu machen?	Indem ich hinterher sage: „Die anderen Gäste wollten nur höflich zu mir sein“, „Sie haben aus Mitleid mit mir gesprochen“
Wie möchte ich mich stattdessen verhalten?	Offen auf andere zugehen, selbst Gespräche initiieren, nicht auf mein Handy schauen, Gesprächspartnerinnen genau beobachten, ob sie sich unwohl fühlen, ggf., wenn es passt, auch unauffällig nachfragen
<i>Nachbereitung – nach dem Verhaltensexperiment auszufüllen</i>	
Was ist in der Situation passiert?	6 Leute haben mit mir gesprochen
Zu wie viel Prozent ist die Erwartung eingetroffen?	25 %
Wie habe ich mich verhalten?	Anfangs schüchtern, habe mich dann mehr getraut. Einige Gespräche waren etwas erzwungen, mit zwei Kolleginnen hatte ich sogar Spaß
Welche Zeichen habe ich wahrgenommen, die gegen meine Erwartungen sprechen?	Die beiden Kolleginnen wirkten nicht so, als ob sie es unangenehm finden, mit mir zu sprechen (haben mehrmals gelacht). Als sich die Möglichkeit geboten hat, die Unterhaltung zu verlassen, sind sie bei mir stehen geblieben
Was habe ich in der Situation gemacht/gedacht, um neue Erfahrungen zu verhindern?	Ich habe mich gefragt, warum die beiden nicht woanders hingehen oder sich nicht nur unter sich unterhalten, konnte es mir aber nicht erklären
Ergebnisse meines Verhaltenstests – das nehme ich mit	Ich kann schon auf Feiern zurechtkommen, ohne alleine dazustehen. Ich war sonst wahrscheinlich nicht offen genug
EFPI erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen	

Üblicherweise kostet die Aufgabe etwas Überwindung, sie soll aber dennoch zur Stimmungsauflockerung dienen und sollte nicht zu schwierig sein.

Einführung der Immunsierung. Immunsierung kann abschließend, wie in **Infobox 1** nachzulesen, erklärt werden.

Bis zur nächsten Sitzung sollen die Patienten und Patientinnen neue Erfahrungen sammeln und deren Bewertungen (positiv im Sinne von „Wertschätzern“ und negativ im Sinne von „Schlechtredern“) aufschreiben.

Sitzung 4 – Immunsierung und Experimentieren

Beispiele für Immunsierungsstrategien. Gemeinsam sollen Beispiele für Immunsierungsstrategien und -gedanken aus dem Alltag der Patientin oder des Patienten gesammelt werden (z. B. „das war eine Ausnahme“, „das war nicht echt/glaubwürdig“, „das war Glück“, „die anderen haben das erreicht“, „die andere Person wollte es mir recht machen“). Bis zur nächsten Sitzung sollen nach Möglichkeit konkrete Immunsierungsgedanken im Alltag identifiziert und schriftlich festgehalten werden.

Gefühl für Wahrscheinlichkeiten bekommen. Da die subjektive Eintrittswahrscheinlichkeit eine große Rolle für die therapeutische Arbeit mit Erwartungen spielt, üben die Patientinnen und Patienten spielerisch, Wahrscheinlichkeitsbegriffe (z. B. ganz sicher, völlig unmöglich, eventuell, ziemlich sicher, vielleicht) mit Prozentangaben zu versehen.

Experimentieren beginnen. Im Papierkugel-Verhaltensexperiment werfen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient gegeneinander Papierkügelchen in einen Papierkorb und machen jeweils vorab Vorhersagen darüber, wie oft sie treffen werden. Anschließend wird gemeinsam ausgewertet, wie präzise die Vorhersagen waren, und ggf. werden Immunsierungsstrategien identifiziert.

Sitzung 5 – Denken in Wahrscheinlichkeiten und Therapieerwartung

Üben von Wahrscheinlichkeitsaussagen. Es sollen persönliche Vorhersagen generiert werden (beispielsweise „es ist *völlig unmöglich*, dass ich mich in diesem Leben noch für meinen Beruf begeistere“). Anschließend werden gemeinsam die Wahrscheinlichkeitswörter variiert und besprochen, wie sich die Veränderung der Vorhersage anfühlt („es ist *ganz sicher*, dass ich mich in diesem Leben noch für meinen Beruf begeistere“, „es ist *vielleicht schwer, aber nicht unmöglich*, dass ich mich in diesem Leben noch für meinen Beruf begeistere“).

Erwartungen an die Therapie. Behandlungserwartungen sagen den Therapieerfolg vorher (Bingel 2020). Eine Thematisierung dieses wichtigen Themenfelds von Erwartungen darf deshalb nicht fehlen. Patientinnen und Patienten sollten in der Sitzung laut über folgende Fragen nachdenken:

- „Was ist Ihre Erwartung an unsere Therapie?“
- „Mit welcher Erwartung könnten wir beide ein paar richtig miese Monate verbringen?“
- „Was würde jemand sagen, der oder die immer das Beste erwartet?“

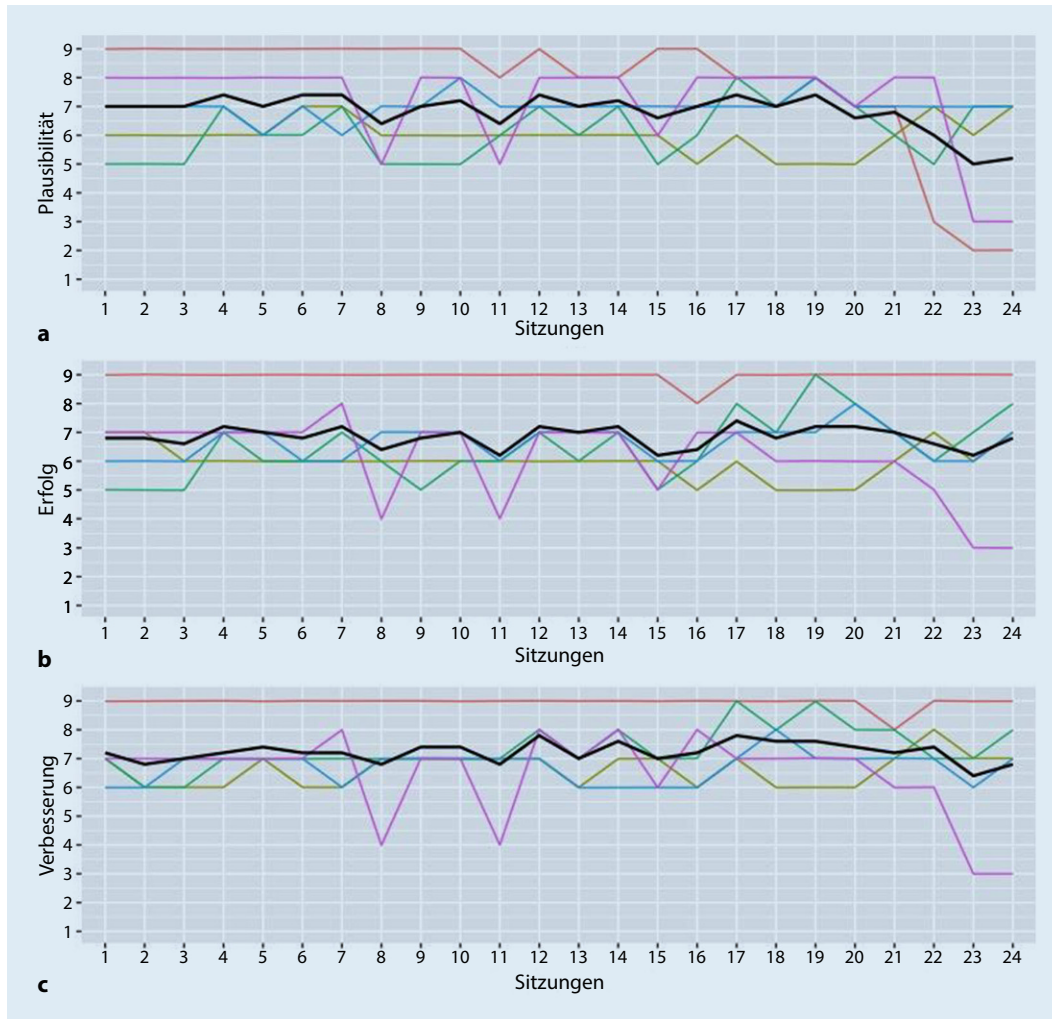


Abb. 1 ◀ Mittelwerte von 3 Items des Credibility/ Expectancy Questionnaire (CEQ; Devilly und Borkovec 2000) über 24 Therapiesitzungen der EFPI-Therapie (erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen) hinweg; $n = 5$. Schwarze Linie Mittelwerte der Bewertungen im Verlauf, bunte Linien Bewertungen der einzelnen Patienten und Patientinnen im Verlauf. Anmerkung: a „Wie plausibel erscheint Ihnen die angebotene Therapie (EFPI) zum jetzigen Zeitpunkt?“ (Plausibilität; Skala 1–9 [„überhaupt nicht plausibel“ – „sehr plausibel“]); b „Was denken Sie zum jetzigen Zeitpunkt, wie erfolgreich diese Therapie (EFPI) Ihre Beschwerden lindern wird?“ (Erfolg; Skala 1–9 [„überhaupt nicht nützlich“ – „sehr nützlich“]); c „Welche Verbesserung Ihrer Beschwerden erwarten Sie am Ende der Therapiezeit? (EFPI)“ (Verbesserung; Skala 1–9 [„überhaupt keine“ – 9 „sehr starke“]); $n = 5$

– „Was hätten Sie gern für eine Erwartung an diese Therapie?“

Bis zur nächsten Sitzung werden die Erwartungen an den Therapieerfolg auf einem Arbeitsblatt festgehalten (in 4 Monaten, in einem Jahr, allgemein).

Grundstruktur der Sitzungen 6 bis 23 – Verhaltensexperimente zur Erwartungsüberprüfung

Im Kernstück der EFPI-Therapie wird die Struktur der Sitzungen gelockert, um möglichst viele Verhaltensexperimente gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin durchzuführen. Gerade zu Beginn erscheint eine engmaschige therapeutische Begleitung der Verhaltensexperimente sehr sinnvoll, um die Patientin oder den Patienten beim manuellen Durchführen zu unterstützen.

In jeder Sitzung wird mindestens ein Verhaltensexperiment durchgeführt oder vorbesprochen, sodass in diesem Fall das Verhaltensexperiment als Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung durchgeführt wird. Es können Verhaltensexperimente geplant werden, die ohne Anwesenheit der Therapeutinnen bzw. Therapeuten durchgeführt werden müssen (z.B. Geburtstagsfeier, Gespräch mit Partnerin bzw. Partner ...). Eine selbstständige Durchführung erscheint sinnvoll, wenn der Therapeut oder die Therapeutin als Immunisierungsstrategie fungiert („hat jetzt nur geklappt, weil Sie dabei waren“), im Sinne einer Steigerung der Schwierigkeit im Vergleich zum gemeinsam durchgeführten Verhaltensexperiment oder um Selbstmanagementstrategien zu fördern. Bei allein ausgeführten Übungen sollten entsprechend kleinschrittige Ziele

gesetzt und sie sollten auf jeden Fall in der folgenden Sitzung besprochen werden.

Das Beispiel eines ausgefüllten Standardarbeitsblatts zum Verhaltensexperiment zeigt **Tab. 1**. Wichtig ist, eine konkrete Situation zu beschreiben, die möglichst genau zeitlich terminiert ist. Anschließend sollte die Erwartung an die Situation möglichst explizit formuliert werden. Dazu gehört, dass das Ergebnis des Experiments möglichst klar und objektiv messbar sein sollte (Beispiel: „Wenn ich 10 Leute in der Fußgängerzone nach der Uhrzeit frage, werden 8 davon mir keine Antwort geben.“). Anschließend erfolgt eine Wahrscheinlichkeitseinschätzung in Prozent. Zudem werden explizit Immunisierungsstrategien besprochen, um sie präventiv zu blockieren. Um diese einzelnen Punkte zu berücksichtigen, wird das Verhalten der Patientin oder des Patienten möglichst genau vorbesprochen.

Infobox 2

Fallbeispiel – EFPI-Behandlung einer Depression (Werte zu Behandlungsbeginn, T1: BDI-II: 25 Punkte, MADRS: 21 Punkte)

Beispiele für Verhaltensexperimente

- **Thema Grundannahmen:** „Ich bin eine totale Versagerin und kann sowieso nichts“
 - Experiment: Bis zur nächsten Therapiesitzung räume ich mein Schlafzimmer auf
 - Erwartungen: Ich kriege das sowieso nicht hin, ich werde scheitern (99 %)
 - Mögliche Immunisierung: Ich werde hinterher sagen: „Auch wenn ich jetzt einmal mein Schlafzimmer aufgeräumt habe, heißt das nicht, dass ich nicht doch ein Versager bin und nichts hinkriege“
 - → Der Immunisierung entgegenwirken: erstmal machen, ohne zu bewerten, anschließend besprechen
 - Ergebnis des Verhaltensexperimentes: „Nachdem ich es geschafft hatte, mein Zimmer aufzuräumen, fühlte ich mich erleichtert, ich hatte etwas geschafft. Ich werde an das Gefühl denken, wenn ich das nächste Mal mein Zimmer aufräumen möchte“
- **Thema Grundannahmen:** „Ich bin nicht liebenswert“
 - Experiment: Partner fragen, was an mir liebenswert sein könnte
 - Erwartung: Ihm wird nichts einfallen (95 %)
 - Mögliche Immunisierung: „Er musste ja irgendetwas sagen“, „Er wollte nur nett sein“
 - → Entgegenwirken: Wie erkenne ich, dass die Person es ernst meint? (Zum Beispiel Stimmlage, was sagt die Person) + Ich kann fragen, ob die Person es ernst meint
 - Ergebnis des Verhaltensexperimentes: „Doch, ich glaube meinem Partner schon ein wenig, dass er einige Eigenschaften an mir gut findet. So ganz überzeugt bin ich aber noch nicht“
- **Thema Emotionsarbeit: eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen**
 - Morgen früh nach dem Aufstehen 5 min in mich „hineinhören“ (Achtsamkeit)
 - Erwartungen: Das wird mir nicht helfen, es löst meine Probleme nicht, Gefühle bleiben gleich (100 %)
 - Immunisierung: Während der Übung frage ich mich ständig, wann es denn vorbei ist, ich glaube, es bringt eh' nichts
 - → Der Immunisierung entgegenwirken: Vereinbarung, sich wirklich drauf einzulassen und sich neutral zu beobachten
 - Ergebnis des Verhaltensexperimentes: „Wenn ich in mich hineinhöre, weiß ich, was ich brauche, und kann darauf reagieren, wodurch meine negativen Gefühle weniger werden“

Durchgeführte Verhaltensexperimente: n = 24 (Werte zu Behandlungsende, T24: BDI-II: 12, MADRS: 7)

- Zitate der Patientin im Therapieverlauf
 - „Ich bin erstaunt, wie viele Erwartungen ein Mensch haben kann, und dass das mein Verhalten so beeinflusst“
 - „Das Denken in Wahrscheinlichkeiten hat geholfen zu sehen, dass man nie 100 % sicher sein kann, dass etwas Bestimmtes eintreten wird. Man vermeidet schon eher aufgrund negativer Gefühle, und die sind da, bevor man überhaupt etwas gemacht hat“
 - „Es ist sinnvoll, den eigenen Erwartungen nicht immer zu 100 % zu trauen, sondern sie zu hinterfragen“
 - „Ich erkenne immer mehr, welche Immunisierungsgedanken und -strategien mich davon abhalten, positive Erfahrungen zu machen“

BDI-II Beck-Depressions-Inventar-II, EFPI erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen, MADRS Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

Sitzung 24 – Abschluss und Rückfallprophylaxe

Als Vorbereitung der Abschlusssitzung ist der Patient oder die Patientin beauftragt, einen „Brief an mich selbst“ zu schreiben. Dabei sollen die folgenden Fragen beantwortet werden: Welche Erwartungen habe ich an das nächste halbe Jahr? Was glaube ich, wird sich verändert haben? Was nehme ich mir im Umgang mit mir selbst für diese Zeit vor? Woran glaube ich, dass ich bis dahin gearbeitet habe? Gibt es etwas,

was ich mir selbst in der Zukunft sagen will?

Der Brief wird in der letzten Sitzung besprochen. Dabei werden die Erwartungen gemeinsam betrachtet und geprüft, ob sie erreichbar und vonseiten der Patientin oder des Patienten beeinflussbar erscheinen.

Rückfallprophylaktisch soll abschließend die Therapie anhand der folgenden Fragen reflektiert werden:

- Sind die Erwartungen vom Therapieanfang eingetroffen (s. Sitzung 5)?

- Was sind Erwartungen an das Therapieende und die Zeit danach? (Zu selbstständigen Verhaltensexperimenten auch über das Therapieende hinaus sollte ermutigt werden.)
- Woran merke ich, dass es mir schlechter geht? (Hier sollen klassische und individuelle Frühwarnzeichen der Depression besprochen werden.)

Anschließend werden noch einmal die wichtigsten Ergebnisse von Verhaltensexperimenten aus der Therapiephase besprochen:

- Welche Strategien habe ich in welchen Situationen erfolgreich ausprobiert? Was hat mir gutgetan? Welche Erwartungen habe ich korrigieren können? Auf welche Immunisierungsstrategien, mit denen ich oftmals positive Veränderungen blockiere, sollte ich besonders achten? Was sollte ich probieren, wenn sich meine Stimmung leicht verschlechtert? Hier sollte bereits darauf hingewiesen werden, dass in diesem Fall wieder verstärkt und aktiv Verhaltensexperimente geplant und durchgeführt werden sollten. Bei schweren Stimmungseinbrüchen sollten auch externe Hilfsangebote berücksichtigt werden (z. B. Melden bei Therapeutin bzw. Therapeut, stationäre Angebote), insbesondere bei suizidalen Krisen.

Pilotstudie

Die Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie der Philipps-Universität Marburg genehmigte die derzeit laufende Studie zur Evaluation des Manuals (Kennzeichen 2020-68v). In diesem Rahmen wurde vorab eine Pilotstudie durchgeführt. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über die Psychotherapieambulanz Marburg (PAM) bei Verdacht auf eine aktuelle Major-Depression-Episode im Indikationsgespräch. Folgende Einschlusskriterien sollten erfüllt sein: Teilnehmende sollten mindestens 18 Jahre alt sein, über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sein sowie eine Major-Depression-Episode nach DSM-IV als Hauptdiagnose und einen Wert im Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) über

13 Punkte aufweisen. Patientinnen und Patienten wurden ausgeschlossen, wenn eine psychotische Störung oder eine Substanzabhängigkeit vorliegt. Darüber hinaus sollte die Einnahmedosis etwaiger Psychopharmaka über die letzten 4 Wochen vor dem Therapiebeginn stabil sein sowie während der Behandlungs- und ersten Nachsorgephase nicht verändert werden.

Die Studientherapeutinnen und -therapeuten befanden sich in der Psychotherapieausbildung und wurden in einer zweistündigen Schulung zum Manual auf die Studientherapie vorbereitet. Zudem erhielten sie alle zwei Wochen eine manualespezifische Supervision (bei Mitautorin G.B.).

Erste Erfahrungen

Das Manual wurde in einer Pilotierung an 5 Patientinnen und Patienten mit einer derzeitigen depressiven Episode erprobt. Die Stichprobe hat das gesamte Programm über 24 Sitzungen durchlaufen und setzte aus 4 Männern und einer Frau zusammen. Das Durchschnittsalter betrug 34,6 Jahre ($SD \pm 11,9$ Jahre). Derzeit wird eine Studie, einschließlich des statistischen Vergleichs mit einer klassischen KVT der Depression, durchgeführt.

In **Infobox 2** findet sich das Fallbeispiel einer Patientin, die die Behandlung gemäß dem EFPI-Manual durchlaufen hat. Die Bewertung des Manuals durch die Patientinnen und die Patienten illustriert **Abb. 1**.

Diskussion

Das vorgestellte Behandlungsmanual dient der Ausrichtung einer gesamten Depressionsbehandlung auf Erwartungsverletzungen. Erste Erfahrungen weisen darauf hin, dass das Manual durchführbar ist sowie von Patientinnen und Patienten angenommen wird. In der noch stattfindenden Evaluation muss geklärt werden, ob es eine zur Standard-KVT vergleichbare Wirkung erzielt. Da es jedoch inhaltlich den Boden der KVT nicht verlässt, ist eine mindestens moderate Minderung der Depression zu erwarten (Munder et al. 2019).

Durch eine umfassende Psychoedukation werden die Patientinnen und Patienten auf das Experimentieren und Überprüfen von Erwartungen eingestimmt. Es ist wichtig, das Variieren von Situationsmerkmalen und Wahrscheinlichkeiten zu üben. Zudem wird mit der gezielten Arbeit an Immunisierung ein neues Feld eröffnet, das häufig der Erwartungsanpassung im Wege steht (Kube et al. 2019a, b). Das beschriebene Manual ist das erste Manual, das diese Aspekte so beinhaltet.

Einige Limitationen sind zu nennen, da der erwartungsfokussierte Ansatz noch sehr jung ist. Eventuell lässt sich nicht jedes Problem mit Verhaltensexperimenten lösen; die Einengung auf bestimmte Themen und die Pflicht zu mindestens einem Verhaltensexperiment können u. U. als störend empfunden werden. Die stetige Durchführung von Verhaltensexperimenten könnte zudem in der Durchführung aufwendiger als die klassische KVT sein, sollte allerdings die grundsätzlich gute Kosteneffektivität (Vos et al. 2005) nicht einschränken. Das Manual arbeitet mit explizit formulierten und überprüfbaren Erwartungen. Implizite Erwartungsverletzungen im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung, wie z. B. korrigierende emotionale Erfahrungen im Übergangsraum (Alexander und French 1946), können im Therapieprozess auftreten, werden aber nicht fokussiert. Zu Übungszwecken kann die Therapeutin oder der Therapeut zwar Teil des Verhaltensexperiments sein, die therapeutische Haltung sollte jedoch hinsichtlich des zu erwartenden Ausgangs möglichst neutral und ergebnisoffen sein.

Das Manual ermöglicht durch das Herunterbrechen übergeordneter negativer Erwartungen auf spezifische Situationen eine hohe Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlung (Rief et al. 2015). Es ist eine sehr abwechslungsreiche Behandlung durch viele verschiedene, erfahrungsbasierte Interventionen möglich. Die Sitzungszahl ließe sich in der Anwendung zudem ebenfalls verändern: Durch die flexible Struktur des Mittelteils wäre beispielsweise eine Kurzversion mit 12 Sitzungen oder eine verlängerte Version für die Langzeittherapie denkbar. Erste Erkenntnisse aus der Erprobung deuten darauf hin, dass die umfassende Psychoedukation gut geeignet ist, um

Patientinnen und Patienten den Sinn von Verhaltensexperimenten zu vermitteln.

Durch eine umfassende Evaluierung des Manuals im Rahmen einer Therapiestudie sollen auch die Relevanz des Mechanismus Erwartungsverletzung und das ViolEx Model in der Psychotherapie empirisch abgesichert werden.

Fazit für die Praxis

- Wenn klassische Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) nicht zu funktionieren scheinen, sollte nach den Erwartungen an die Intervention gefragt und mögliche Immunisierungsstrategien sollten ausgearbeitet werden (z. B. „Jetzt habe ich das zwar im therapeutischen Kontext gelernt, aber was hat das denn mit der Realität zu tun? Das war doch nur Zufall, dass mich mal jemand berücksichtigt hat.“).
- Erwartungen an die Therapie und an den Therapeuten oder die Therapeutin sollten systematischer abgefragt werden, um negativen Effekten auf den Behandlungserfolg entgegenwirken zu können. Das bedeutet zunächst eine „objektive Betrachtung“ im Sinne einer wissenschaftlich tätigen Person. Es sollte also ergebnisoffen an das Verhaltensexperiment herangegangen werden. Das erfordert, sich darauf einzulassen, sowie eine zeitnahe Evaluation und ggf. angepasste Wiederholung der Übung.

Korrespondenzadresse

Dr. Marcel Wilhelm

Klinische Psychologie & Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg, Deutschland
marcel.wilhelm@uni-marburg.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Wilhelm, G. Bleichardt, A.-C. Ewen und W. Rief geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patientinnen liegt eine Einverständniserklärung vor. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patientinnen zu identifizieren

sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 87:49
- Ajzen I (1985) From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: *Action control*. Springer, Heidelberg, 548–56
- Alexander F, French TM et al (1946) The principle of corrective emotional experience. In: *Psychoanalytic Therapy, Principles and Application*. Ronald Press, New York, p66
- Bandura A (1977) *Social learning theory*. Prentice-Hall series in social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs
- Bandura A (1997) *Self-efficacy: The exercise of control* Bd. 1978. Worth Publishers,
- Bandura A, Freeman WH, Lightsey R (1999) Self-efficacy: the exercise of control. *J Cogn Psychother* 13:158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Bingel U (2020) Placebo 2.0: the impact of expectations on analgesic treatment outcome. *Pain* 161(Suppl 1):S48–S56. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001981>
- Clark JE, Watson S, Friston KJ (2018) What is mood? A computational perspective. *Psychol Med* 48:2277–2284
- Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Ebert DD (2019) Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiol Psychiatr Sci* 28:21–30. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>
- D'Astolfo L, Rief W (2017) Learning about expectation violation from prediction error paradigms—a meta-analysis on brain processes following a prediction error. *Front Psychol* 8:1253. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01253>
- Devilly GJ, Borkovec TD (2000) Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 31(2):73–86

Expectation-focused psychological interventions for depression: a treatment manual

Background: Cognitive behavioral therapy (CBT) is effective for depression also in the long term; however, there is still a need for improvement. In research on the placebo effect and neuroscience, the central importance of expectations is becoming increasingly clearer. Recent therapeutic approaches for modification of dysfunctional expectations (expectation-focused psychotherapeutic interventions, EFPI) seem to be a promising element for improvement of classical CBT.

Objective: The essential components of an EFPI treatment manual for depression are presented.

Material and methods: The manual is designed for 24 sessions (short-term therapy). It contains five sessions of psychoeducation on the formulation, review and violation of expectations as well as on cognitive immunization (retrospective re-evaluation of experiences that violate prior expectations). The psychoeducation is followed by a phase in which one behavioral experiment is carried out or planned in each session. The behavioral experiments aim to challenge central disease-sustaining expectations (expectation violation). In addition, cognitive immunization strategies are discussed and if possible prevented. In the last session, what has been learned is summarized and consolidated for relapse prevention. The manual was tested in a small pilot study ($n = 5$).

Results: The EFPI therapy was well-received. A comprehensive evaluation is in progress.

Discussion: The EFPI manual represents the focus of CBT on as many salient expectation violations as possible and additionally addresses cognitive immunization. Persistent, dysfunctional expectations of persons with depression can be targeted and directly treated.

Keywords

Dysfunctional cognitions · Cognitive behavioral therapy · Expectation violation · Behavioral experiments · Pilot study

- Evers AWM, Colloca L, Blease C, Annoni M, Atlas LY, Benedetti F, Bingel U, Büchel C, Carvalho C, Colagiuri B, Crum AJ, Enck P, Gaab J, Geers AL, Howick J, Jensen KB, Kirsch I, Meissner K, Napadow V, Peerdeman KJ, Raz A, Rief W, Vase L, Wager TD, Wampold BE, Weimer K, Wiech K, Kaptchuk TJ, Klinger R, Kelley JM (2018) Implications of placebo and Nocebo effects for clinical practice: expert consensus. *Psychother Psychosom*. <https://doi.org/10.1159/000490354>
- Hautzinger M, Pössel P (2017) *Kognitive Interventionen*. Hogrefe, Göttingen
- Kahneman D, Tversky A (2013) Prospect theory: an analysis of decision under risk. In: *Handbook of the fundamentals of financial decision making: part I*. World Scientific, 99–127
- Kirsch I (1985) Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *Am Psychol* 40:1189
- Kirsch I (1995) Self-efficacy and outcome expectancies. In: Maddux JE (Hrsg) *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. The plenum series in social/clinical psychology*. Springer, Boston, 331–345 https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5_12
- Kirsch I (1997) Response expectancy theory and application: a decennial review. *Appl Prev Psychol* 6:69–79. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80012-5](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80012-5)
- Kube T, Glombiewski JA, Gall J, Touissant L, Gärtner T, Rief W (2019a) How to modify persisting negative expectations in major depression? An experimental study comparing three strategies to inhibit cognitive immunization against novel positive experiences. *J Affect Disord* 250:231–240
- Kube T, Rief W, Gollwitzer M, Gärtner T, Glombiewski JA (2019b) Why dysfunctional expectations in depression persist—Results from two experimental studies investigating cognitive immunization. *Psychol Med* 49:1532–1544
- Kube T, Schwarting R, Rozenkrantz L, Glombiewski JA, Rief W (2020) Distorted cognitive processes in major depression: a predictive processing perspective. *Biol Psychiatry* 87:388–398. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>
- Laferton JAC, Kube T, Salzmann S, Auer CJ, Shedden-Mora MC (2017) Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. *Front Psychol* 8:1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00233>
- Maddux JE (1999) Expectancies and the social-cognitive perspective: basic principles, processes, and variables. In: Kirsch I (Hrsg) *How expectancies shape experience*. American Psychological Association, Washington, S 17–39 <https://doi.org/10.1037/10332-001>
- McLaughlin KA (2011) The public health impact of major depression: a call for interdisciplinary prevention efforts. *Prev Sci* 12:361–371
- McMillan D, Lee R (2010) A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: a case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clin Psychol Rev* 30:467–478. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.003>

Fachnachrichten

- Munder T, Flückiger C, Leichsenring F, Abbas AA, Hilsenroth MJ, Luyten P, Rabung S, Steinert C, Wampold BE (2019) Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiol Psychiatr Sci* 28:268–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Pizzagalli DA (2014) Depression, stress, and anhedonia: toward a synthesis and integrated model. *Annu Rev Clin Psychol* 10:393–423
- Rief W, Glombiewski JA (2016) Erwartungsfokussierte Psychotherapeutische Interventionen (EFPI). *Verhaltenstherapie* 26:47–54. <https://doi.org/10.1159/000442374>
- Rief W, Joormann J (2019) Revisiting the cognitive model of depression: the role of expectations. *Clin Psychol Eur* 1:e32605. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32605>
- Rief W, Glombiewski JA, Gollwitzer M, Schubö A, Schwarting R, Thorwart A (2015) Expectancies as core features of mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 28:378–385. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000184>
- Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi-Paveh B (2020) Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health* 16:1–11
- Schedlowski M, Enck P, Rief W, Bingel U (2015) Neurobio-behavioral mechanisms of placebo and nocebo responses: Implications for clinical trials and clinical practice. *Pharmacol Rev* 67:697–730. <https://doi.org/10.1124/pr.114.009423>
- Seth AK, Suzuki K, Critchley HD (2012) An interoceptive predictive coding model of conscious presence. *Front Psychol* 2:395
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ (2004) Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 184:386–392
- Vos T, Corry J, Haby MM, Carter R, Andrews G (2005) Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Aust N Z J Psychiatry* 39:683–692
- Wilson RP, Colizzi M, Bossong MG, Allen P, Kempton M, Bhattacharyya S (2018) The neural substrate of reward anticipation in health: a meta-analysis of fMRI findings in the monetary incentive delay task. *Neuropsychol Rev* 28:496–506

Die Anaesthesiologie	Die Innere Medizin	Die Pathologie
Die Chirurgie	Die Kardiologie	Zeitschrift für Pneumologie
Die Dermatologie	Die MKG-Chirurgie	Die Psychotherapie
Die Diabetologie	Die Nephrologie	Die Radiologie
Die Gastroenterologie	Die Ophthalmologie	Die Unfallchirurgie
Die Gynäkologie	Die Orthopädie	Die Urologie

Und wenn der Facharzt eine Frau ist?

Im Zuge einer breit angelegten Gleichstellungsinitiative des Springer Medizin Verlages werden die bisherigen, auf männlichen Berufsbezeichnungen basierenden Titel durch neue, auf die Fachgebiete bezogene Titel ersetzt. Damit die Fachzeitschriften auch außen wieder up to date sind.

Die Fachzeitschriften des Springer Medizin Verlags gehen mit den berufs- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen und erscheinen ab ihren Juni- bzw. Juliausgaben mit neuen Titeln. Das Titelkonzept trägt auch einem geänderten Umgang mit Sprache Rechnung und verfolgt das Prinzip, dass zukünftig das Fachgebiet und nicht mehr die männliche Berufsbezeichnung im Fokus steht. So wird aus „Der Internist“ ab Juni die Fachzeitschrift „Die Innere Medizin“, oder „Der Chirurg“ heißt künftig „Die Chirurgie“. Diese Änderungen betreffen 21 Zeitschriften, die bei Springer Medizin erscheinen und Teil der Fachverlagsgruppe Springer Nature sind. Sie sind eine von vielen Maßnahmen innerhalb Springer Nature. Auf dem Portal Springer Medizin: www.springermedizin.de/titelupdate findet sich eine Übersicht aller betreffenden Zeitschriften samt detaillierten Erklärungen zu Motiven und Hintergründen.

Die Medizin ist schon lange nicht mehr männlich, wie es noch zu Gründungszeiten einiger Springer Fachzeitschriften der Fall war. Seit 1999 machen Frauen eine klare Mehrheit unter den Studierenden aus, im Jahr 2020 belief sich ihr Anteil auf knapp zwei Drittel. Im Berufsalltag liegt der Frauenanteil bei fast 50%, in einigen Bereichen auch deutlich höher. „Diesem Wandel in der Medizin werden wir Rechnung tragen“, erklärt Dr. Paul Herrmann, Director Journals und ePublishing von Springer Medizin. „Als einer der führenden Verlage in der Wissenschaftskommunikation geben wir jetzt ein klares Signal und machen Geschlech-

tergerechtigkeit in der Medizin an dieser Stelle sichtbar.“

Unverändert bleibt bei den Springer Fachzeitschriften die inhaltliche Ausrichtung; diese unterliegen weiterhin einer praxisrelevanten Aufbereitung und Kommunikation von Forschungsergebnissen in den Fachgebieten. Ebenso garantiert wird eine kontinuierliche Sichtbarkeit innerhalb der internationalen Wissenschaftscommunity: Ein intensiver Austausch mit relevanten internationalen Wissenschaftsdatenbanken sowie deren Offenheit und Support für das Thema garantiert, dass der Wechsel der Titel ohne nachteilige Konsequenzen verlaufen wird und eine Listung oder ein vorhandener Impact Factor bestehen bleibt.

Mehr zur Titeländerung finden Sie auf www.springermedizin.de/titelupdate oder direkt über diesen QR-Code:

