

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Störungsspezifische Behandlung chronischer Depressionen

In der Fachwelt besteht Einigkeit darüber, dass chronisch verlaufende Depressionsformen schwierig zu behandeln sind. Dieser Beitrag zeigt Wege auf, wie dieser Patientengruppe mithilfe des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) psychotherapeutisch geholfen werden kann.

ELISABETH SCHRAMM UND JAN PHILIPP KLEIN



Durch kontingente persönliche Reaktionen des Therapeuten soll der Patient lernen, sich wieder für seine soziale Umwelt zu öffnen und interpersonelle Kompetenzen aufzubauen.

© Getty Images / iStockphoto.com

- 38 CBASP**
Störungsspezifische Behandlung chronischer Depressionen
- 48 Interaktionslexikon – Teil 14**
Zytostatika und ihre Beeinflussung durch Psychopharmaka

- 53 Palliativmedizin in der Praxis**
Neurologische Erkrankungen unversorgt
- 64 Moderne Gliomresektion**
- 69 Psychiatrische Kasuistik**
Chronischer Schmerz – Depression – Suizidalität

- 76 CME Dyssomnien**
Sind Schlafstörungen Auslöser oder Folge von Depressionen?
- 81 CME Fragebogen**

Chronische Depressionen machen etwa ein Drittel aller depressiven Erkrankungen aus [1, 2] und sind in der Regel durch einen frühen Beginn gekennzeichnet (vor dem 21. Lebensjahr). Etwa die Hälfte aller chronisch verlaufenden Depressionen wird unzureichend oder gar nicht behandelt, nur etwa 50 % der Betroffenen sind therapieresistent.

Das Störungsbild chronischer Depressionen

Schwierigkeiten in der Behandlung chronischer Depressionen sind unter anderem darauf zurückzuführen, dass die meisten Patienten in der Kindheit oder Jugend interpersonelle Traumatisierungen erlitten haben [3]. Dazu zählen vor allem emotionale Vernachlässigung oder emotionaler Missbrauch, aber auch physische Vernachlässigung oder Misshandlungen und sexueller Missbrauch. Die Betroffenen haben sich infolge der Missbrauchserlebnisse zunehmend von ihrer Umwelt abgekapselt, sodass sie für soziale Lernprozesse nur eingeschränkt zugänglich sind und nur mangelhafte interpersonelle Kompetenzen erwerben konnten. Im Vergleich zu akut-episodischen Depressionen weisen chronisch depressive Patienten auch eine höhere Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Erkrankungen (besonders mit Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie Alkoholabhängigkeit) auf und sind psychosozial stärker beeinträchtigt [2].

Es gibt vier unterschiedliche Verlaufsarten (**Abbildung 1**):

1. Die chronische depressive Episode, die mindestens zwei Jahre mit ausgeprägter Symptomatik andauert.
2. Die Dysthymie, eine mindestens zweijährig bestehende, von der Symptomatik her leichtere Depression.

3. Die „Double depression“ mit einer auf die Dysthymie aufgelagerten depressiven Episode.
4. Rezidivierende depressive Episoden mit unvollständiger Remission zwischen den einzelnen Krankheitsphasen.

So klinisch brauchbar diese Unterteilung ist, sie ist hinsichtlich ihrer Validität umstritten. Für die im Mai 2013 erwartete Neuauflage des DSM (DSM-V) ist vor diesem Hintergrund die Einführung einer einheitlichen Kategorie „chronische Depression“ vorgesehen.

Chronische Depressionen sind häufige Störungen, die meist früh beginnen, zu ausgeprägten Beeinträchtigungen führen und schwierig zu behandeln sind.

Beschreibung des CBASP am Fallbeispiel

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP [4]; deutsches Manual [5] wurde von James McCullough in den frühen 1970er-Jahren als bislang einziger spezifischer Psy-

chotherapieansatz für diese Störung entwickelt. Das CBASP berücksichtigt mit speziellen Techniken die frühen sozialen und emotionalen Reifungsrückstände und die Missbrauchsvorgeschichte der Patienten. Dazu werden vor allem behaviorale und interpersonelle, aber auch kognitive und psychodynamische Strategien integriert. Das Verfahren ist auf einen längerfristigen Therapieverlauf angelegt, typischerweise 30 bis 40 Einzelsitzungen von 50-minütiger Dauer. Im **Fallbeispiel von Frau F.** (siehe unten) wird die Problematik bei der Diagnostik und Therapie einer chronisch depressiven Patientin beschrieben.

Das CBASP ist speziell auf die längerfristige Therapie chronischer Depressionen zugeschnitten und berücksichtigt frühe interpersonelle Traumatisierungen in besonderer Weise.

Diagnostische Herausforderung

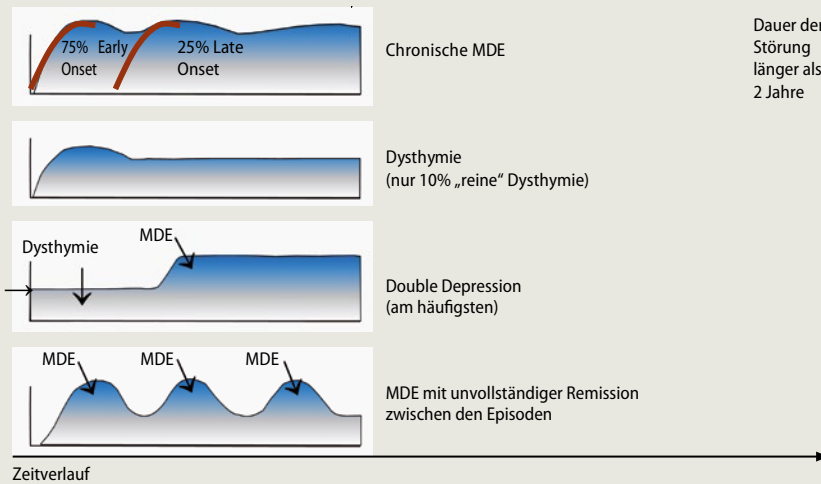
Die Störung wird aufgrund der stark ausgeprägten depressiven Symptomatik mit

Fallbeispiel Frau F.

Frau F. ist eine 26-jährige, alleine lebende Patientin ohne abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung, die sich mit wechselnden Zeitjobs über Wasser hält. Seit dem 11. Lebensjahr erlebt sie durchgängig Depressionen, erstmals als die Mutter wortwörtlich über Nacht wegen einer außerehelichen Beziehung die Familie verlässt. Ihr Vater, ein Automechaniker, fühlt sich mit der Versorgung von ihr und ihrem jüngeren Bruder überfordert, flüchtet sich in den Alkohol. Unter Alkoholeinfluss kommt es Frau F. gegenüber zu häufiger verbaler Gewalt und Abwertungen. Sie isoliert sich zunehmend, schwänzt die Schule, ist niedergedrückt und leidet unter Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Sie empfindet sich als „vogelfrei“, lässt sich ab dem 14. Lebensjahr auf wechselnde sexuelle Kurzbeziehungen ein, reißt mehrfach von zu Hause aus. Gleichzeitig versucht sie den jüngeren Bruder zu versorgen und bricht mit 15 Jahren die Schule ab. Versuche, eine Berufsausbildung zu absolvieren, scheitern an ausgeprägten sozialen Ängsten. Seither fühlt sie sich anhaltend leer, hilf- und hoffnungslos, ist anderen Menschen gegenüber misstrauisch. Mit 16 Jahren unternimmt sie einen ersten Suizidversuch, der allerdings un bemerkt bleibt. Mit 20 Jahren wird sie mit ausgeprägten Suizidgedanken nach einer Abtreibung zur Krisenintervention in eine psychiatrische Klinik überwiesen.

Verlaufsarten chronischer Depression

Abbildung 1



Dauer der Störung länger als 2 Jahre

MDE: Chronische Major Depressive Episode (MDE),
 Double Depression: MDE auf eine dysthyme Störung aufgesetzt

© modifiziert nach Keller et al., 1995

Depressive charakteristischen Form der Beziehungsgestaltung, die McCullough als wenig empathisch, submissiv und/oder feindselig beschreibt.

Die emotionalen und interpersonellen Entwicklungsrückstände von Frau F. werden nach der Klinikentlassung mit einer störungsspezifischen CBASP-Therapie in Kombination mit antidepressiver Medikation ambulant behandelt.

Chronisch depressive Patienten haben sich meist von ihrer sozialen Umwelt abgekapselt und zeigen einen präoperatorischen Denkstil, der verhindert, dass sie von anderen Menschen das bekommen, was sie sich wünschen.

Behandlungsziele

Da bei Frau F. verhärtete Verhaltensmuster modifiziert werden müssen, setzt sich die Therapeutin nicht nur mit den derzeitigen Lebensproblemen der Patientin auseinander, sondern auch mit den lang anhaltenden negativen interaktionellen Mustern. Oft haben diese Verhaltensweisen auch einen negativen Einfluss auf die dyadische Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die deswegen beim CBASP im Rahmen der betont persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung [8] einen ganz besonderen Stellenwert hat (siehe unten).

Ziel der Psychotherapie chronischer Depressionen ist es, ein zielgerichtetes und interpersonell effektives Verhalten und Denken zu vermitteln. Indem die Aufmerksamkeit des Patienten weg von intrapsychischen Prozessen wie Ängsten und Befürchtungen hin auf die interpersonellen Konsequenzen ihres Verhaltens gerichtet ist, können die Betroffenen ihre Abkapselung aufgeben und sich aktiv in zwischenmenschlichen Situationen einbringen. Darüber hinaus wird ein interpersoneller Heilungsprozess bezüglich früherer Traumata angestrebt. Dies bedeutet, dass die Patienten ihre vor dem Hintergrund der frühen Traumatisierung entwickelte Angst vor engen zwischenmenschlichen Beziehungen abbauen, indem sie zwischen früheren schädigenden und aktuellen förderlichen Beziehungen unterscheiden lernen. Spezifische Behandlungsziele für Frau F. beinhalten, die problematischen Konsequenzen ihres Verhaltens zu erkennen (z. B. sich willkür-

akuter Suizidalität als „schwere, akut depressive Episode“ diagnostiziert. Übersehen wird zunächst die seit dem 11. Lebensjahr bestehende Dysthymie mit frühem Beginn, die eher als „Adoleszenzkrise“ eingeschätzt wird. Darunter fallen auch die frühen Traumatisierungen (schwere emotionale Vernachlässigung und Missbrauch) sowie die bestehende Komorbidität mit ängstlich-vermeidenden und misstrauischen Persönlichkeitszügen. Die Chronizität der Störung („Double Depression, früher Beginn“) wird unterschätzt und der Therapieplan bleibt mit einer alleinigen Pharmakotherapie auf den akuten Zustand beschränkt.

Die Chronizität und der frühe Beginn chronischer Depressionen wie auch frühe interpersonelle Traumatisierungen werden bei der Diagnostik häufig übersehen.

Annahmen zur Ätiologie

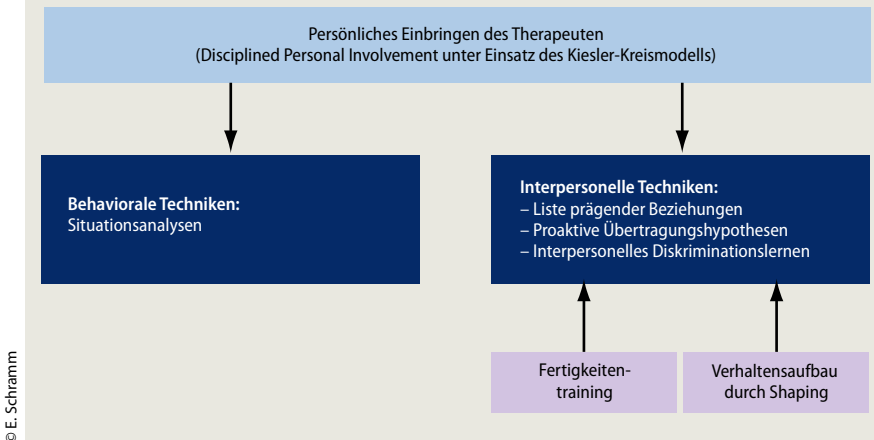
Der chronisch depressive Verlauf von Frau F. kann als Resultat anhaltender gelernter Hilflosigkeit im Rahmen früher emotionaler Vernachlässigung und Missbrauchs gesehen werden („egal, was ich tue, es führt zu nichts und ist nie gut genug“). Vor dem Hintergrund dieser Erlebnisse stand für sie das Überleben der als traumatisierend erlebten Umwelt im

Vordergrund. Eine auf Wachstum hin orientierte Entwicklung interpersoneller und emotionaler Fertigkeiten war unter diesen Umständen nicht möglich. Als Schutzverhalten zieht sich die Patientin zurück, entwickelt einen distanzierten interpersonellen Stil, der durch mangelndes soziales Problemlösen und ausgeprägte Vermeidung aufrechterhalten wird. Zusammenfassend beschreibt James McCullough diese Psychopathologie chronisch depressiver Patienten als Entkoppelung von der Umwelt. In Anlehnung an Piaget [7] wählte er dafür den Begriff des präoperatorischen Denkens und Handelns.

Die präoperatorische Denk- und Handlungsweise manifestiert sich bei Frau F. auch im Rahmen der Behandlung in einem hartnäckigen Vermeidungsverhalten und scheinbar mangelnder Therapiemotivation („es ändert sich sowieso nichts, egal was ich tue“). Darüber hinaus zeigt sie wie viele andere chronisch depressive Patienten auch in der therapeutischen Beziehung erhöhtes Misstrauen und feindselige Verhaltensmuster. Diese sind möglicherweise auf Mentalisierungsdefizite zurückzuführen, das heißt, die Patienten können Gedanken und Gefühle anderer kaum mental repräsentieren und sinnvoll in ihre Handlungsplanung integrieren. Dies führt zu einer für chronisch

Therapeutische Elemente beim CBASP

Abbildung 2



© E. Schramm

das bringt alles nichts und dass Sie keine Lust mehr haben, eine Ausbildung zu beginnen. Jetzt fühle ich mich vor den Kopf gestoßen. Warum tun Sie das?“ Die Therapeutin lässt sich dabei weder dazu verleiten, dem automatischen Impuls nachzugeben, auf entgegengebrachte Feindseligkeit mit Feindseligkeit zu reagieren, noch die therapeutische Arbeit für die Patientin zu übernehmen (die Dominanzfalle) [9].

— In Situationsanalysen, die den Großteil der therapeutischen Arbeit ausmachen, mithilfe derer die Patientin an konkreten alltäglichen Beispielen lernt, welche Konsequenzen ihr Verhalten auf andere hat („Ich habe einen Einfluss darauf, wie eine Situation ausgeht“) und wie sie ihr Verhalten in diesen Situationen zielgerichtet einsetzen kann, um realistische erwünschte Ergebnisse zu erreichen. Daran schließt sich jeweils ein Verhaltenstraining mit Rollenspielszenarien an.

In **Abbildung 2** (Therapeutische Elemente im CBASP) sind die verschiedenen therapeutischen Elemente des CBASP im Überblick dargestellt.

Die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung schafft die Voraussetzung dafür, dass der Patient seinen Therapeuten als „Sicherheitssignal“ erkennt und sein Vermeidungsverhalten und andere problematische Interaktionsmuster aufgeben kann. Mithilfe von Situationsanalysen lernt der Patient, die Konsequenzen des eigenen Verhaltens in zwischenmenschlichen Situationen zu erkennen und sein Verhalten situationsangemessen anzupassen.

Interpersonelle Strategien

Chronisch Depressive bringen vor dem Hintergrund der beschriebenen Traumatisierungen Beziehungserwartungen mit, die sie undiskriminiert auf andere Beziehungen, auch auf die therapeutische Beziehung, übertragen. Zur proaktiven Einschätzung von schwierigen interpersonellen Situationen im Laufe der Behandlung und zum Umgang mit Übertragungsproblemen werden daher bereits in der zweiten Sitzung mit der „Liste prägender Beziehungen“ (Significant Other History, SOH) die prägenden Er-

Domänen von Übertragungsthemen

Tabelle 1

1. Nähe/Intimität:	„Wenn ich mich meinem Therapeuten zeige und näher komme, dann ...“
2. Fehler/Versagen:	„Wenn ich einen Fehler mache bei meinem Therapeuten, dann ...“
3. Emotionale Bedürftigkeit:	„Wenn ich etwas von meinem Therapeuten brauche, dann ...“
4. Negativer Affekt:	„Wenn ich auf meinen Therapeuten ärgerlich bin oder negative Gefühle ihm gegenüber habe, dann ...“

lich anonymen Beziehungen mit Männern auszuliefern oder anhaltende Vermeidung, sich um eine berufliche Ausbildung zu bemühen) und sich in selbstwertfördernden Beziehungen bewusst empathisch und aufgeschlossen zu verhalten (z. B. mit Gleichaltrigen einen Kontakt herzustellen).

Beim CBASP stehen interpersonelle Therapieziele im Vordergrund, die durch ein persönliches Einbringen des Therapeuten erreicht werden sollen.

Eingesetzte Strategien und Techniken

Die Schwerpunkte der therapeutischen Strategien in der CBASP-Therapie von Frau F. liegen dementsprechend — in einer persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Disciplined Personal Involvement), um die Voraussetzung dafür zu schaffen,

dass sie ihre vor dem Hintergrund der frühen Traumatisierung entwickelte Angst vor engen zwischenmenschlichen Beziehungen abbaut und negative Interaktionsmuster verändert. Zu diesem Zweck muss sie anhand interpersoneller Diskriminationsübungen lernen, zwischen altvertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten der Therapeutin beziehungsweise anderer Personen zu unterscheiden. In der so entstehenden sicheren Umgebung erfolgt die Veränderung negativer Interaktionsmuster durch behutsame Rückmeldung kontingent (unmittelbar auf ein Verhalten folgend) persönlicher Reaktionen der Therapeutin. So kann es hilfreich sein, beispielsweise ein feindseliges Verhalten der Patientin zu benennen: „Sie haben gerade gesagt,

fahrungen von Frau F. mit wichtigen Bezugspersonen exploriert und eine dementsprechende Übertragungshypothese abgeleitet. Die Übertragungshypothese fasst zusammen, welche Beziehungserwartung die Patientin in die Therapie mitbringt. Dazu werden folgende Fragen gestellt (hier am Beispiel der Mutter und des Vaters):

- „Welche Auswirkung hatte das Verhalten Ihrer Mutter (Vater, etc.) darauf, wer Sie heute sind?“
- „In welcher Weise hat die Beziehung zu Ihrer Mutter (Vater, etc.) Sie geprägt?“

Mutter: Meine Mutter hat sich nicht um mich gekümmert oder mit mir gespielt, selbst als sie noch mit uns zusammen lebte. Sie war oft depressiv und unnahbar. Als ich elf Jahre alt war, war sie plötzlich verschwunden, hinterließ nur ein Bild des Mannes mit dem sie zusammenleben wollte und eine kurze Notiz vor meiner Zimmertür. Ich habe sie nur wenige Male seither gesehen, sie ist wie eine Fremde für mich. Prägung: „Ich weiß nicht, wie sich Nähe anfühlt.“

Vater: Ich habe ihn selten nüchtern erlebt, seit meine Mutter uns verlassen hat. Er war meist aggressiv, wenn er getrunken hatte und drohte mir dann oder beschimpfte mich. Mit mir und meinem Bruder war er überfordert, er hat sich nicht um uns gekümmert. Wir waren uns selbst überlassen. Prägung: „Von Männern habe ich nichts zu erwarten (außer, dass sie mich verletzen).“

Die therapeutische Übertragungshypothese (Domäne: Nähe) wird gemeinsam mit der Patientin erstellt: „Wenn ich Frau Dr. Schramm an mich heranlasse, wird sie mich alleine lassen (oder verletzen).“

Das CBASP setzt sich mit wahrscheinlichen Übertragungsproblemen in vier interpersonell bedeutsamen Domänen auseinander (Tabelle 1). Diese Übertragungshypothesen werden bei emotionalen Brennpunkten („Hot Spots“) genutzt, die in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient problematisch werden könnten, wenn der Therapeut diese nicht im Blick hat. Ein solcher emotionaler Brennpunkt war bei Frau F. beispielsweise eine Situation, in der emotionale Nähe entstand, als sie über die Abtreibung sprach, welche dem Klinikaufenthalt voraus ging. Dabei weinte sie

Beispiel für kontingent persönliche Reaktionen der Therapeutin

Die Patientin beginnt die 12. Sitzung mit der Bemerkung:

Frau F.: „Ich habe letzte Woche wieder eine Absage für einen Praktikumsplatz bekommen. Das bringt doch alles nichts, die Therapie hilft mir auch nicht weiter.“

Therapeutin: „Merken Sie, was das bei mir auslöst, wenn sie das so sagen?“ (Aufmerksamkeit der Patientin wird auf die Auswirkung ihres Verhaltens und auf die Therapeutin gerichtet)

Frau F.: „Nein, darüber habe ich nicht nachgedacht.“

Therapeutin: „Dann tun Sie das bitte jetzt. Ihr Verhalten hat eine Auswirkung auf mich.“

Frau F.: „Keine Ahnung, vielleicht sind Sie ja jetzt auch frustriert.“ (Patientin soll lernen, die Reaktionen des Gegenübers wahrzunehmen)

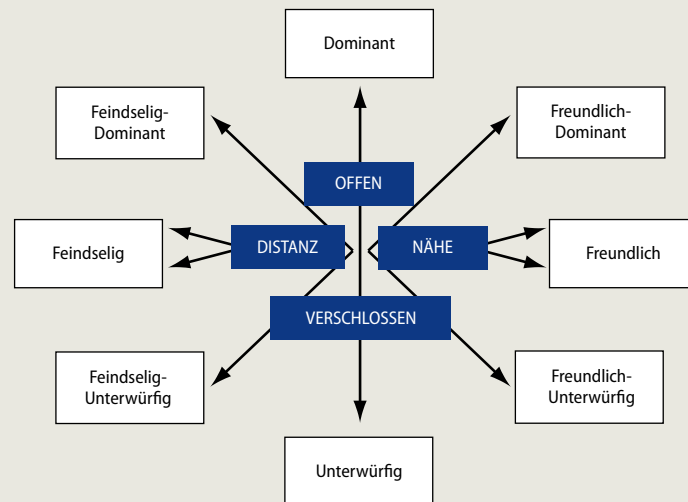
Therapeutin: „Das haben Sie richtig „gelesen“. Das ist als wenn Sie die Luft aus mir rauslassen und mich wegstoßen. Ist das, was Sie wollen?“ (Aktuelles Verhalten mit angestrebtem Ziel in Relation setzen)

Frau F.: „Nein, gar nicht, ich will, dass Sie mir helfen.“

Therapeutin: „Wenn es das ist, was Sie gerne von mir möchten, wie könnten Sie das so zum Ausdruck bringen, dass Sie von mir bekommen, was Sie brauchen?“ (Aufbau von Alternativverhalten)

Abbildung 3

Interpersonelle Verhaltensdimensionen nach Kiesler



heftig und zeigte sich verletztlich. Die Therapeutin reagierte anteilnehmend an der Not der Patientin und unterstützte sie aktiv dabei, mit der Not umzugehen.

Anstatt wie in psychoanalytischen Verfahren üblich Deutungen einzusetzen, wird die Patientin aufgefordert, zwischen den negativen Reaktionen früherer Bezugspersonen und der jetzigen positiven Reaktion der Therapeutin zu unterscheiden („Interpersonelle Diskriminations-

übung“; IDÜ). Denn die globale Welt-sicht der präoperatorisch denkenden Patientin und die Entkoppelung ihrer Wahrnehmung von der Umwelt führen zu einer Aktivierung der negativen Beziehungserwartung in dieser emotionalen Brennpunktsituation und verhindern, dass die Patientin das unterstützende Verhalten ihrer Therapeutin erkennt. Auf die Tatsache, dass die Therapeutin sich in dieser Situation anders

Explorationsphase

Situation

Ich habe ein Vorstellungsgespräch bei der Stadtverwaltung für einen Praktikumsplatz. Ich frage am Empfang nach der Zimmernummer der Person, mit der ich den Termin habe. Die Rezeptionistin ist genervt und beschreibt den Weg mit widersprüchlichen Angaben. Ich tue so, als habe ich die Wegbeschreibung verstanden. Ich finde das Zimmer aber nicht und gehe frustriert nach Hause.

Interpretation

- Ich gehe ihr auf die Nerven mit meiner Fragerei.
- Sie denkt bestimmt, ich stelle mich blöd an.
- Ich bin verwirrt.

Konkretes Verhalten

Ich werde rot und schaue weg.

Tatsächliches Ergebnis

Ich gehe frustriert und ohne Ergebnis nach Hause.

Erwünschtes Ziel

Ich möchte nachfragen, ob sie mir die Wegbeschreibung noch mal auf dem Plan zeigen kann.

Ziel erreicht: Nein.

Warum nicht? Weil ich nicht nachgefragt habe.

LÖSUNGSPHASE

Patientin erkennt, wie ihre Interpretationen zu einem Verhalten führen, das nicht zielführend ist. Die dysfunktionalen Interpretationen werden ersetzt durch eine:

Handlungsorientierte Interpretation

„Frag nach!“

Verhaltensaufbau

Zielführendes Verhalten wird in mehreren Schritten („shaping“) im Rollenspiel ausprobiert.

Lernerfolg/Take-home-message

„Beharrlich bleiben lohnt sich!“

Generalisierung

Auch in anderen Situationen bleibe ich meist nicht am Ball und bin dann frustriert, wenn ich nichts erreicht habe.

verhält als verletzende prägende Bezugspersonen, muss Frau F. im Sinne eines geleiteten Entdeckens aufmerksam gemacht werden. Bei der IDÜ handelt es sich also um eine systematische Unterscheidungsübung, bei der die folgenden Fragen gestellt werden:

- „Wie würde Ihre Mutter reagieren, wenn Sie geweint hätten?“
- „Wie habe ich darauf reagiert?“
- „Wie unterscheiden sich die Reaktionen Ihrer Mutter von der Art, wie ich reagiert habe?“ (Diskriminations-training)
- „Was bedeutet es für Sie, wenn ich anders reagiere als Ihre Mutter?“

Auf diese Weise gelang es Frau F., die Erfahrungen hinsichtlich Zurückweisung, Verlassenwerden und Missbrauch zu revidieren und eine neue Beziehungserfahrung mit ihrer Therapeutin zu machen.

Durch das Erfassen früher Prägungen und das Ableiten einer Übertragungshypothese soll dem Patienten geholfen werden, zwischen schädigenden und fürsorglichen Beziehungen zu unterscheiden und Missbrauchserfahrungen zu revidieren.

Außerdem wird im Rahmen einer weiteren interpersonellen Technik, der bereits erwähnten **kontingent persönlichen Reaktion** des Therapeuten, mit negativer und positiver Übertragung in besonderer Weise umgegangen.

Laut McCullough wird in keinem anderen Therapieverfahren dem Therapeuten empfohlen, sich in ähnlicher Weise mit den eigenen persönlichen Reaktionen auf den Patienten einzulassen. Die Bereitschaft des Therapeuten, in lerngeigneten Momenten offen mit seinen eigenen Gefühlen und Reaktionen dem Patienten zu begegnen, ermöglicht es jedoch authentisch-empathisches Verhalten zu vermitteln und auf die Vorgeschiede von Missbrauch modifizierend einzuwirken. Im beschriebenen Fall hat die Therapeutin somit die Möglichkeit, der Patientin eine neue interpersonelle Realität zu vermitteln, nämlich in Form einer empathischen Beziehung zu einem ehrlichen und fürsorglichen Menschen. Gleichzeitig lernt Frau F., die Wirkung ihres Verhaltens auf ihr Gegenüber abzusehen. Dieser Lernprozess wird außerdem mithilfe des interpersonellen Kreis-

modells nach Kiesler [9] unterstützt. Am Kreismodell kann die Patientin ihren Stimuluscharakter einordnen und selbst bestimmen, in welcher Weise sie ihr Verhalten ändern muss, um eine erwünschte Reaktion bei anderen Menschen zu erzielen (**Abbildung 3**: Interpersonelle Dimensionen nach Kiesler).

Durch kontingent persönliche Reaktionen des Therapeuten soll der Patient lernen, sich wieder für seine soziale Umwelt zu öffnen und interpersonelle Kompetenzen aufbauen.

Verhaltensaufbau

Mithilfe von detaillierten Situationsanalysen, einer vorwiegend verhaltensorientierten Technik, wird die Kompetenz von Frau F. im Umgang mit zwischenmenschlichen Situationen systematisch gesteigert. Die Situationsanalyse fokussiert darauf, in einer sozialen Situation mithilfe einer handlungsbezogenen Interpretation (z. B. „Bleib bei der Sache!“) und zielführendem Verhalten ein realistisches erwünschtes Ergebnis zu finden und zu verfolgen. Dabei unterstützt die Therapeutin Frau F. im Rahmen von Rollenspielsequenzen im Sinne eines Verhaltensshapings (schrittweiser Aufbau von Verhaltensweisen), ihr gewünschtes Ziel zu erreichen. Als Folge immer häufiger erreichter „Erwünschter Ergebnisse“ („Desired Outcomes“) lösen sich bei Frau F. die vorherrschenden Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit allmählich auf. Die Situationsanalyse zielt also darauf ab, dass die Patientin die präoperatorische Funktionsweise überwindet und erkennt, dass ihr Verhalten vorhersagbare Konsequenzen hat. Der Patientin war nicht bewusst, dass sich ihre Wahrnehmung von der Umwelt losgelöst hat und sie in ihrem geschlossenen depressiven System für Konsequenzen und Rückmeldung ihrer Umgebung nicht mehr zugänglich war.

Durch Situationsanalysen lernt der Patient, sich realistische erwünschte Ergebnisse zu setzen und diese in effektiver Weise zu verfolgen. So erkennt er, welche Konsequenzen sein Verhalten hat und findet Wege aus der chronischen Hilflosigkeit.

Es ist allerdings nicht ausreichend zum Therapieende eine Remission zu

erzielen. Darüber hinaus muss der Patient vermittelt werden, dass eine chronische Depression letztendlich nicht vollständig ausgeheilt werden kann und sie deswegen das in der Therapie gelernte täglich praktizieren muss, um Rückfälle zu verhindern.

Wirksamkeit des CBASP

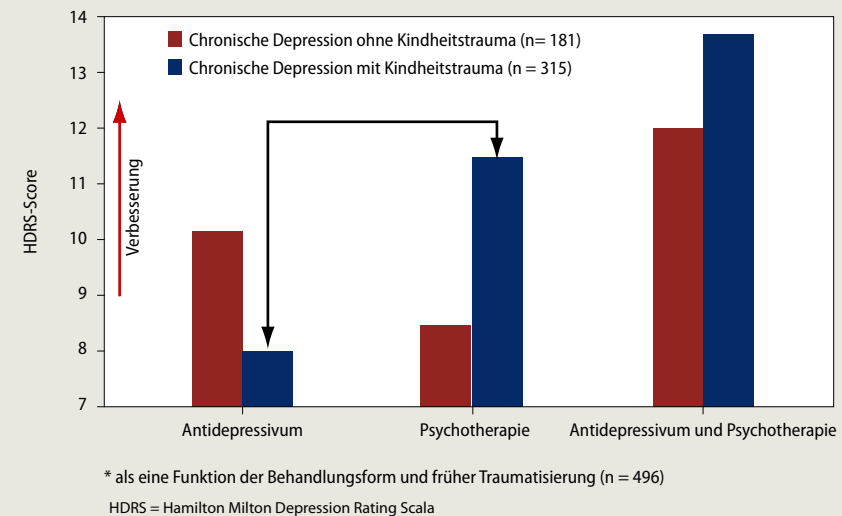
Das CBASP erwies sich in einer multizentrischen Studie von Keller et al. [9] an 681 Patienten mit chronischer Depression als gleichermaßen wirksam wie eine Pharmakotherapie und in der Kombination als am effektivsten. Trotz einiger Schwächen der Studie und noch unbefriedigenden Remissionsraten, zeigen die Ergebnisse im Vergleich zu früheren Resultaten eine deutliche Steigerung der Wirksamkeit. Patienten mit frühen Traumatisierungen profitierten besonders vom CBASP im Gegensatz zur medikamentösen Monotherapie [11] (siehe **Abbildung 4**, Differenzielle Wirksamkeit von CBASP und Medikation in Abhängigkeit von frühen Traumatisierungen). Eine Erhaltungstherapie mit zwölf weiteren monatlichen CBASP-Sitzungen führte zu einer signifikant gesenkten Rückfallrate [12].

In einer anderen umfassenden Studie ([13] n = 808) wurden chronisch depressive Pharmakotherapie-Nonresponder mit einer von drei Interventionen augmentiert, und zwar entweder mit
 — CBASP,
 — supportiver Psychotherapie, oder
 — einer weiter optimierten Pharmakotherapie.

Von den 491 Medikations-Nonrespondern sprachen in der Augmentierungsphase schließlich 40% auf die Behandlung an, wobei keine der beiden Psychotherapieformen im Vergleich zum alleinigen pharmakotherapeutischen Prozedere den Behandlungserfolg steigerte. Allerdings ist die geringe „Psychotherapiedosis“ mit durchschnittlich lediglich 12,5 CBASP-Sitzungen einschränkend zu berücksichtigen. In der Steigerung sozialer Problemlösefertigkeit war CBASP den anderen Therapien in dieser Studie überlegen, während die supportive Therapie besonders wenig Wirkung auf vermeidende Problemösestrategien hatte. Die langfristigen Effekte der Studie sind bislang nicht publiziert.

Ansprechen chronisch depressiver Patienten auf Antidepressiva, auf Psychotherapie und auf die Kombination*

Abbildung 4



© E. Schramm/mod. nach Nemerhoff, Heim, Thase et al. 2003

Im Gegensatz dazu profitierten chronisch depressive, medikationsfreie Patienten von einer längeren CBASP-Therapie (22 Sitzungen) deutlich, auch im direkten Vergleich zur interpersonellen Psychotherapie [14]. Erste Untersuchungen eines stationären CBASP-Programms fielen ebenfalls ermutigend aus [15]. Als Gruppenkonzept wird der Ansatz gerade in einer DFG-Studie mit acht-samkeitsbasierter kognitiver Therapie verglichen. Derzeit befinden sich noch zwei weitere große europäische Studien zum CBASP in der Auswertung beziehungsweise in der Durchführung [16, 17].

CBASP erwies sich kombiniert mit Pharmakotherapie als wirksamste Behandlungsoption. Bei frühen Traumatisierungen war das CBASP einer medikamentösen Therapie überlegen. Weitere Studien werden benötigt.

Indikationen und Kontraindikationen

Das CBASP scheint am besten bei der Patientengruppe zu wirken, auf die es ursprünglich zugeschnitten wurde: chronisch Depressive mit frühem Beginn im Rahmen früher Traumatisierungen (**Abbildung 4**). Auch bei komorbider Persönlichkeitsstörung (außer Borderline-Störungen; [18]) und anderen komorbiden Achse-I-Diagnosen (außer

Substanzabhängigkeit) war der Ansatz erfolgreich [Keller et al., 2000]. Bei zusätzlich vorliegender posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sollte die akute PTBS-Symptomatik eher zuerst mit dafür entwickelten Verfahren angegangen werden. Inwieweit die Methode nach entsprechenden Modifikationen auch für andere chronische Krankheitsbilder wie beispielsweise Schmerzstörungen, soziale Angststörungen, Somatisierungsstörungen oder chronische PTBS wirksam ist, wurde bislang nicht untersucht.

Die primäre Indikation für CBASP sind chronische Depressionen mit frühem Beginn im Rahmen früher Fehlbehandlungen und Traumatisierungen. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg
 Hauptstr. 5, 79104 Freiburg
 E-Mail: elisabeth.schramm@uniklinik-freiburg.de

Dr. med. Jan Philipp Klein

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Universität Lübeck,
 Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

LITERATUR

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51, 8–19.
2. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN (2009) Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 115, 112–121.
3. Wiersma, JE, Hovens, J., van Oppen, P., Giltay, E., van Schaik, A., Beekman, A.T.F. & Penninx, B.W.J.H. (2009). Childhood trauma as a risk factor for chronicity of depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 7, 983–989.
4. McCullough JP. (2000). *Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Guilford Press, New York, NY.
5. Schramm E, Schweiger U, Hohagen F, Berger M. (2006). *Psychotherapie für chronische Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*. Elsevier, München.
6. Schramm E, Caspar F, Berger M. (2006) Spezifische Therapie für chronische Depression – Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy nach McCullough. *Nervenarzt*. 77, 355–371.
7. Piaget J (1981) *Intelligence and Affectivity: Their Relationship during Child Development*. Annual Reviews, Palo Alto, CA.
8. McCullough, J. P. (2011): *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen*. Heidelberg: Springer.
9. Kiesler DJ. (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology, and Psychotherapy*. New York: John Wiley.
10. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz J, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi M, Zajecka J (2000). A comparison of nefazodone, the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal Medicine* 342,1462-1470.
11. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, Ninan PT, McCullough JP, Weiss P, Dunner DL, Rothbaum BO, Kornstein SG, Keitner G & Keller MB (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in the treatment of patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 100, 14293-14296.
12. Klein DN, Santiago NJ, Vivian D, Blalock JA, Kocsis JH, Markowitz JC, McCullough Jr JP, Rush AJ, Trivedi MH, Arnow BA, Dunner DL, Manber R, Rothbaum B, Thase ME, Keitner GI, Miller IW, Keller MB (2004) Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 681 – 688.
13. Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, Klein DN, Trivedi MH, Manber R, Keller MB, Leon AC, Wisniewski SR, Arnow BA, Markowitz JC & Thase ME (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression. *Archives of General Psychiatry* 66, 1178-1188.
14. Schramm E, Zobel I, Dykierok P, Kech S, Brake-meier EL, Külz A, Berger, M. (2011) Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy versus Interpersonal Psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3): 109-116.
15. Brakemeier EL, Vera E, Schramm E, Zobel I, Hautzinger M, Berger M, Normann C. (2011) Feasibility and effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed inpatients: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80:191–194, DOI: 10.1159/000320779.
16. Wiersma JE, van Schaik DJ, van Oppen P, McCullough JP Jr, Schoevers RA, Dekker JJ, Blom MB, Maas K, Smit JH, Penninx BW, Beekman AT (2008) Treatment of chronically depressed patients: a multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) for chronic depressions versus usual secondary care. *BMC Psychiatry* 25, 8:18.
17. Schramm E, Hautzinger M, Zobel I, Kriston L, Berger M, Härter M. (2011) Comparative efficacy of the Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for early-onset chronic depression: Design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11:134, doi 10.1186/1471-244X-11-134.
18. Maddux RE, Riso LP, Klein DN, Markowitz JC, Rothbaum BO, Arnow BA, Manber R, Blalock JA, Keitner GI, Thase ME. (2009) Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders* 117, 174–179.