

Nervenarzt 2006 · 77:355–371
 DOI 10.1007/s00115-006-2059-1
 Online publiziert: 1. März 2006
 © Springer Medizin Verlag 2006



CME.springer.de – Zertifizierte Fortbildung für Kliniker und niedergelassene Ärzte!

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME.Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME.Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

Registrierung/Anmeldung

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

Online teilnehmen und 3 CME-Punkte sammeln

Die CME-Teilnahme ist nur online möglich. Nach erfolgreicher Beantwortung von mindestens 7 der 10 CME-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Bestätigung der Teilnahme und der 3 CME-Punkte per E-Mail zu.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

E. Schramm¹ · F. Caspar² · M. Berger¹

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

² Département de Psychologie, Université de Genève und Sanatorium Kilchberg, Schweiz

Spezifische Therapie für chronische Depression

Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ nach McCullough

Zusammenfassung

Chronische Depressionen sind häufige Störungen, die ausgeprägtes Leiden und enorme Kosten verursachen. Traditionelle pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze zeigten bisher nur mäßigen Erfolg. Bei dem „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) von James McCullough handelt es sich um ein spezifisch auf chronische Depression zugeschnittenes Verfahren, bei dem behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien integriert werden. Der Ansatz ist empirisch überprüft und hat sich als wirksam erwiesen. Der vorliegende Beitrag erläutert den derzeitigen Forschungsstand bei der psychotherapeutischen Behandlung chronischer Depression. Neben der Herleitung des Ansatzes werden die wichtigsten therapeutischen Strategien und Techniken des CBASP beschrieben.

Schlüsselwörter

Chronische Depression · Störungsspezifische Psychotherapie · CBASP · Kognitiv · Interpersonell

A specific therapy for chronic depression. McCullough's Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Summary

Chronic depression is a common disorder which causes significant impairment and enormous treatment costs. Traditional pharmacological and psychological treatment approaches have shown only modest success. The Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) by James McCullough is the only therapy developed specifically for chronic depression. It integrates behavioral, cognitive, and interpersonal strategies. The approach is supported empirically and shown to be effective. This article presents the state of the art regarding research in psychotherapeutic treatment for chronic depression. In addition, the development of the approach and therapeutic strategies and techniques of CBASP are described.

Keywords

Chronic depression · Disorder-specific psychotherapy · CBASP · Cognitive · Interpersonal

20–35% aller Depressionen sind als chronisch einzustufen

Chronische Depression gilt bisher als schwer behandelbar und zeigt eine geringe Spontanremission

Komplizierend ist eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen

► Suizidversuche

Chronische Depressionen sind häufige und schwer beeinträchtigende Störungen, die für den Einzelnen beträchtliches Leiden und für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem hohe Kosten verursachen. Das geringe Ansprechen auf pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze stellt die bisherige Behandlungstradition als unbefriedigend dar. Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) von James McCullough [27] (deutsche Version [37]) ist das einzige Psychotherapieverfahren, das spezifisch zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. Aufgrund des bereits erfolgten Wirksamkeitsnachweises hat dieser Ansatz in den USA große Aufmerksamkeit auf sich gezogen, während er im deutschen Sprachraum kaum bekannt ist.

In den letzten zwei Jahrzehnten wurde zunehmend deutlich, dass depressive Erkrankungen häufiger einen chronischen Verlauf nehmen als ursprünglich vermutet. Ungefähr 20–35% aller Depressionen sind als chronisch einzustufen [1, 9]. Mit Hilfe moderner Klassifikationssysteme, wie dem DSM-IV, lassen sich chronische Depressionen in verschiedene Formen unterteilen: (1) chronische major-depressive Episoden (MDE mit einer Dauer von mehr als 2 Jahre), (2) dysthyme Störung (leichter ausgeprägte Symptomatik für länger als 2 Jahre), (3) „double depression“ (MDE auf eine dysthyme Störung aufgesetzt) und (4) MDE mit unvollständiger Remission (■ **Abb.1**).

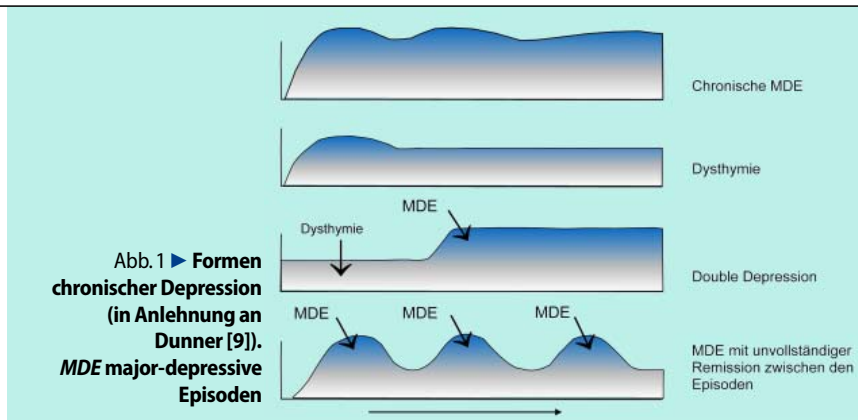
Die Punktprävalenz chronischer Depression beträgt in den USA 3–5% [19]. Es handelt sich um eine extrem beeinträchtigende Störung, die bisher als schwer behandelbar gilt und außerdem mit weniger als 10% eine geringe Spontanremission zeigt. Auch das Ansprechen auf Plazebo beträgt lediglich 12–15%. Klinisch ist in diesem Zusammenhang die Abgrenzung von bisher therapieresistenten, inadäquat vorbehandelten und bisher unbehandelten chronisch depressiven Störungsbildern von Relevanz. Komplizierend ist eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Angststörungen, Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen [30]. Das Leiden und die Kosten, die diese Störungen für den einzelnen Betroffenen bzw. das Gesundheitssystem verursachen, übersteigt die Folgen der einfachen Form der Depression bei weitem. Chronische Depressionen gehen im Vergleich zu episodisch auftretenden Depressionen mit höherer psychosozialer und beruflicher Beeinträchtigung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einher (zusammengefasst in [1, 9]). Außerdem unternehmen chronisch depressive Patienten häufiger ► **Suizidversuche** und werden häufiger stationär aufgenommen als Patienten mit einer akuten Major-Depression [22]. Wegen des meist frühen Beginns mit oftmals lebenslangem Verlauf sind chronische Depressionen für einen substantiellen Anteil der enormen direkten und indirekten Kosten verantwortlich, die im Zusammenhang mit Depression entstehen.

Datenlage zur Psychotherapie chronischer Depressionen

Studien zur Dysthymie

Während zur Wirksamkeit einer *pharmakologischen Behandlung* von Dysthymien mehrere Studien vorliegen [24], gibt es nur vereinzelte Untersuchungen zur *Psychotherapie* [1]. Markowitz [26] weist in einem Übersichtsartikel zu den Arbeiten bis 1998 darauf hin, dass aufgrund methodischer Schwächen (z. B. kleine Stichproben) die Ergebnisse dieser Untersuchungen nur eingeschränkt interpretierbar sind. Mit dieser Einschränkung ergab sich über alle Studien vor 1998 eine Responserate von 30–40%.

Die zur Dysthymie vorliegenden neueren Studien lassen sich einteilen in vergleichende Untersuchungen zur Wirksamkeit von Psychotherapie gegenüber Pharmakotherapie und in Studien, bei denen auch die Kombination beider Verfahren berücksichtigt wurde. Dunner et al. [9] fand, dass dysthyme Patienten, die 16 Wochen lang entweder mit kognitiver Therapie oder mit Fluoxetin behandelt wurden, sich auf der Symptomebene gleichermaßen verbesserten. In beiden Gruppen waren die Responseraten aber kleiner als die für Major-Depression.



Barrett und Kollegen [2] verglichen bei Hausarztpatienten mit einer Minor-Depression oder einer Dysthymie ► **Paroxetin**, Plazebo und eine ► **Problemlösetherapie** (6 Sitzungen). Bei der Gruppe der dysthymen Patienten gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsbedingungen bezüglich der Reduktion der depressiven Symptome, aber in den beiden aktiven Behandlungsgruppen waren die Remissionsraten signifikant höher. Innerhalb der gleichen Forschungsgruppe und mit dem gleichen Design untersuchten Williams und Kollegen [41] diese Intervention bei älteren Patienten. Während Paroxetin dieses Mal bei der Reduzierung depressiver Symptome signifikant wirksamer war als Plazebo, traf dies nicht für die Problemlösetherapie zu. Allerdings zeigten die Patienten, die mit einer Kurzpsychotherapie zusätzlich behandelt wurden, eine schnellere Abnahme der Symptomatologie im Vergleich zu der Plazebogruppe.

In einer neueren, groß angelegten Wirksamkeitsstudie untersuchten Browne et al. [4] über einen Zeitraum von 6 Monaten ► **Sertralin**, ► **interpersonelle Psychotherapie** (IPT; 10 Sitzungen) und die Kombination beider Verfahren an 707 dysthymen Patienten. Zum Ende der Behandlung zeigte sich die Kombinationsbedingung der „Sertralin-alleine-Bedingung“ ebenbürtig und der „IPT-alleine-Bedingung“ signifikant überlegen. Sertralin erwies sich im Vergleich zu IPT als wirksamer. Die Responderaten waren 60% für Sertralin, 58% für die Kombination und 47% für IPT. Ähnliche Ergebnisse erbrachte 18 Monate später die Nachuntersuchung. Die Patienten in der Kombinationstherapie verursachten aber sowohl kurz- als auch langfristig signifikant niedrigere Kosten durch geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems als die Patienten, die mit Sertralin alleine behandelt wurden. Allerdings nahmen im naturalistischen Nachuntersuchungszeitraum wesentlich mehr Patienten in der Kombinations- bzw. Sertralin-Bedingung (63% bzw. 66%) als in der IPT-Gruppe (12%) weiterhin Sertralin ein. Darüber hinaus wurde die IPT nicht in der für dysthyme Störungen modifizierten Form, sondern in der auf major-depressive Episoden zugeschnittenen Originalversion eingesetzt. Aus diesen Gründen ist eine Interpretation der Resultate, insbesondere der längerfristigen, problematisch.

Allerdings erbrachte eine neuere Studie von Markowitz et al. [27] ähnliche Resultate. In dieser Untersuchung wurden 94 dysthyme Patienten mit frühem Beginn entweder mit Sertralin oder mit IPT (dieses Mal in der für dysthyme Patienten modifizierten Form) oder mit der Kombination beider Ansätze oder mit einer Kontrollbedingung (supportive Psychotherapie) behandelt. Auch hier war die Kombinationsbehandlung alleiniger Medikation nicht überlegen (Responderate 57% vs. 58%), jedoch alleiniger Psychotherapie (Responderate 35%). Die IPT zeigte gegenüber der supportiven Psychotherapie keine signifikanten Vorteile.

In einer Studie von Ravindran [35] erbrachte ein Vergleich zwischen 1. Plazebo, 2. Plazebo plus kurzer ► **kognitiver Gruppentherapie** (12 Sitzungen), 3. Sertralin und 4. einer Kombinationsbehandlung aus Sertralin und kognitiver Gruppentherapie bei 97 dysthymen Patienten eine gleichwertige Reduktion der depressiven Symptome für die letzten beiden Gruppen. Die Verbesserungen bei der kognitiven Gruppentherapie plus Plazebo waren deutlich niedriger, und es wurde kein Unterschied zu Plazebo alleine gefunden, allerdings war auch die Stichprobengröße in den jeweiligen 4 Therapiebedingungen klein.

- **Paroxetin**
- **Problemlösetherapie**

- **Sertralin**
- **Interpersonelle Psychotherapie**

- **Kognitive Gruppentherapie**

► Fluoxetin

Die bisherigen Befunde belegen keinen klaren Vorteil einer Kombinationsbehandlung gegenüber alleiniger Medikation

Bei chronischer Major-Depression zeigt sich derzeit eine Kombinationsbehandlung einer alleinigen Psychotherapie oder Medikation gegenüber überlegen

Nach McCullough kommt die kognitiv-emotionale Entwicklung der Patienten aufgrund einer Kette negativer Lernerfahrungen meist in einem frühen Stadium zum Stillstand

In allen vorliegenden Studien, bei denen eine Kombinationstherapie untersucht wurde, wurden die Patienten von Anfang an kombiniert behandelt. Hellerstein und Kollegen [16] randomisierten 40 dysthymen Patienten, die nur teilweise auf Pharmakotherapie ansprachen, entweder auf ►**Fluoxetin** oder auf Fluoxetin in Kombination mit kognitiv-interpersoneller Gruppentherapie (16 Sitzungen). Bei Behandlungsende ergaben sich signifikante Unterschiede zum Vorteil der Kombinationsbehandlung, die bei der Katamnese nach 12 Monaten allerdings nicht mehr nachweisbar waren. Die Ergebnisse legen weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsstrategien bei dysthymen Patienten nahe, die nicht voll auf Medikation respondieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich bis auf die Untersuchungen von Dunner et al. [10] und Barrett et al. [2] die Medikationsbehandlung einer alleinigen Psychotherapie überlegen erwies, was möglicherweise mit der unverhältnismäßig kurzen Dauer der psychotherapeutischen Interventionen zu begründen ist. Die bisherigen Befunde belegen keinen klaren Vorteil einer Kombinationsbehandlung gegenüber alleiniger Medikation, wenn man nur die Reduktion der depressiven Symptomatik betrachtet. Berücksichtigt man jedoch die Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems [4], die Responderaten oder die Verbesserung der Funktionsfähigkeit [35] sprechen die Ergebnisse für eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung gegenüber alleiniger Medikation. Durch zusätzliche Psychotherapie kann möglicherweise auch die Compliance für die in der Regel dauerhafte Einnahme von Medikation erhöht werden. Auch bei Patienten, die nur partiell auf Medikation ansprechen, scheint eine weitere kombinierte Behandlung Vorteile zu erbringen [16].

Studien zur chronischen Major-Depression

Bei chronischer Major-Depression zeigt sich nach der derzeitigen Datenlage eine Kombinationsbehandlung einer alleinigen Psychotherapie oder Medikation gegenüber als signifikant überlegen. Allerdings liegen neben einer groß angelegten Untersuchung von Keller et al. [18] (n=681; 12 Therapiezentren) lediglich zwei ältere kontrollierte Psychotherapiestudien an relativ kleinen Stichproben von stationär behandelten Patienten vor [8, 31]. In der Studie von Keller et al. [18] kam als Psychotherapiebedingung das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) [27], deutsche Version [38] zum Einsatz. Bei diesem störungsspezifischen Ansatz werden behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien integriert. In der Untersuchung von Keller et al. [18] erwies sich das CBASP als gleich wirksam wie die Pharmakotherapie mit Nefazodon und die Kombination beider Ansätze als wirksamste Behandlungsstrategie. Das Verfahren wird im Folgenden ausführlicher beschrieben.

Herleitung des CBASP und seine theoretische Basis

Die Entstehungstheorie chronischer Depression wurde von McCullough an Patienten mit einer so genannten „Early-onset-Depression“, also mit Beginn vor dem 21. Lebensjahr, entwickelt: Er beobachtete eine stereotype und dysfunktionale Weise, in der sich chronisch depressive Patienten in der Therapie äußern (z. B. „es hat alles keinen Sinn, ich werde immer depressiv bleiben“ oder „keiner wird sich jemals wirklich um mich bemühen“ oder „warum klappt bei mir nie etwas?“). McCullough folgerte, dass die kognitiv-emotionale Entwicklung dieser Patienten aufgrund einer Kette negativer Lernerfahrungen, wie seelische oder körperliche Traumatisierung (bei über 60% chronischer Depressionen vorhanden) in vulnerablen Phasen, meist in einem frühen Stadium zum Stillstand kam. Selbstvertrauen, Neugier und Loslösung wurden durch negative Konsequenzen behindert, was zu einem vermeidenden, ängstlichen Lebensstil führte. Diese Muster und der Rückstand in der kognitiven Entwicklung resultieren in einer Unfähigkeit, die negativ-depressiven Annahmen über das Leben und die Umwelt auch bei wiederholt anderen Erfahrungen zu korrigieren. McCullough sieht den Grund für die mangelnde Wirksamkeit von traditioneller KVT und IPT bei chronisch Depressiven darin, dass diese nicht die notwendigen kognitiven Voraussetzungen mitbringen, um im Rahmen übli-

cher therapeutischer Kommunikation ihre negativen Sichtweisen zu verändern. Dabei bezieht er sich auf Piaget [33, 34]. Nach ► **Piagets Entwicklungstheorie** ermutigt eine positive Umgebung das Kind zum Auskundschaften seiner Umwelt. Bei diesem Prozess werden kognitiv-emotionale Muster und Fähigkeiten entwickelt. Ein entscheidender Schritt im Alter von etwa 7 Jahren ist die Überwindung des „präoperatorischen Denkens“. Dazu gehört, dass das Kind

1. erkennen kann, dass in einer bestimmten Situation *eine bestimmte emotionale Reaktion* (Traurigkeit oder Ärger) nur eine von *mehreren möglichen* Reaktionen darstellt. Als Konsequenz versteht das Kind, dass es nicht immer so fühlen muss, wie es jetzt fühlt.
2. eine andere *Person als einen Typ unter mehreren* kategorisieren kann. Als Konsequenz kann es die Erwartung bilden, dass sich nicht alle Personen in der Zukunft gleich verhalten werden.
3. ein *aktuelles interpersonelles Ereignis zeitlich* als eines in einer Kette zwischenmenschlicher Begegnungen sehen kann. Als Konsequenz kann es sehen, dass nicht alle späteren Ereignisse Wiederholung eines früheren Ereignisses sind.

All diese Fähigkeiten fehlen nach McCullough dem chronisch Depressiven: „The perception of time literally stops for the chronic patient, such that the past defines interpersonal possibilities in the present and future“ ([28], S. 33).

Piagets Theorie der kognitiv-affektiven Entwicklung legt nach McCullough nahe, zwei Quellen der Beeinträchtigung adaptiver kognitiv-emotionaler Verarbeitung zu unterscheiden. Die eine setzt beim Kind an, die andere beim Erwachsenen. Im ersten Fall geht es um Nichterreichen eines an sich normalen Entwicklungsstadiums. Im zweiten Fall führen nach zunächst normaler Entwicklung nicht bewältigbare emotionale Belastungen zu „paralogischem Denken“ und einer generellen funktionellen Regression: Längeres Andauern eines depressiven Affektes kann „erwachsenes“ operatives Denken unterminieren. Entsprechend diesen Annahmen gibt es zwei Typen von Depressionen: die mit frühem (vor dem 21. Lebensjahr; „early onset“) und die mit späterem Beginn („late onset“).

McCullough sah entscheidende Parallelen zwischen seinen jahrelangen Beobachtungen des Sprachgebrauchs, der emotionalen Reaktionen und des Verhaltens von chronisch Depressiven mit den Untersuchungen Piagets an Kindern, veranschaulicht in ausführlichen Einzelfalldarstellungen ([28], S. 35–40). Beide Gruppen, chronisch Depressive und Kinder, befinden sich danach in der präoperatorischen Phase und:

1. zeigen globales und prälogisches Denken,
2. zeigen Denkprozesse, die kaum durch die Denkweise und Logik ihrer Gesprächspartner beeinflusst werden,
3. sind pervasiv ich-zentriert in ihren Sichtweisen von sich selbst und anderen,
4. zeigen überwiegend monologisierende verbale Kommunikation,
5. zeigen Unfähigkeit zu authentischer interpersoneller Empathie,
6. haben unter Stress wenig affektive Kontrolle.

Zu Beginn der Therapie behandelt der Therapeut nach McCullough also einen Erwachsenen, der sich sozial, interpersonell und emotional auf dem Stand eines präoperatorischen Kindes befindet. „The challenge of working with these patients is much more serious (than patients with a major depressive disorder), because the phenomenological problem we face is essentially a structural one. Psychotherapy must begin with an ‚adult child‘ and then help the adult to mature developmentally“ ([28], S. 40).

Piagets entwicklungspsychologischen Konzepten im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes einen zentralen Stellenwert zu geben, ist durchaus nicht naheliegend: In den USA hat sich die Rezeption Piagets, der in Europa bereits in den 1930er Jahren bekannt war, stark verzögert. Die Entwicklungstheorie passte einfach nicht zum vorherrschenden Behaviorismus, da nach Piaget Kinder nicht einfach aufgrund von Verstärkungsprinzipien lernen, sondern sich ihre Welt selbst konstruieren.

► Entwicklungstheorie nach Piaget

Ein entscheidender Schritt im Alter von etwa 7 Jahren ist die Überwindung des „präoperatorischen Denkens“

Längeres Andauern eines depressiven Affektes kann „erwachsenes“ operatives Denken unterminieren

Chronisch Depressive befinden sich in der präoperatorischen Phase

Zu Beginn der Therapie behandelt der Therapeut nach McCullough einen Erwachsenen, der sich sozial, interpersonell und emotional auf dem Stand eines präoperatorischen Kindes befindet

Im Hinblick auf die Entwicklung einer Psychotherapie hat der Bezug auf den Piaget-Ansatz folgende Vorteile:

1. Er ist konstruktivistisch, d. h., das Individuum konstruiert sich seine Realität selbst. Das schafft Ansätze für therapeutische Interventionen (ganz im Sinn der kognitiven VT).
2. Er ist genetisch: Vor einer bestimmten Stufe der Entwicklung kann der Mensch gewisse kognitiv-emotionale Leistungen noch nicht erbringen. Gleichzeitig sieht ein genetischer Ansatz aber auch vor, dass diese Fähigkeiten unter günstigeren Bedingungen besser entwickelt werden können und ist insofern die Basis für gezielte therapeutische Anstrengungen.
3. Beschreibungen der späteren Phasen nach Piaget lesen sich fast wie Anleitungen zur Therapie, wenn etwa für die Phase der formalen Operationen die „Beschäftigung mit dem Möglichen“ beschrieben wird: „Das Denken geht über das konkret Gegebene hinaus und beschäftigt sich mit dem hypothetisch Möglichen. (Was wäre, wenn...)“, oder das „hypothetisch-deduktive Schließen“: „Es werden zunächst Erwartungen oder Vorhersagen formuliert über das, was unter bestimmten Voraussetzungen in der Realität auftreten müsste, diese Erwartungen werden dann später in der Realität überprüft“.
4. Piagets Modell gibt durch das Prinzip der „horizontalen Verschiebung“ eine Erklärung, dass chronisch Depressive im interpersonellen Bereich (den Piaget bemerkenswerterweise für das hier interessierende Alter kaum untersucht hat) zwar nur präoperatorisch funktionieren, in anderen Bereichen jedoch durchaus reifere Funktionsleistungen zeigen können.

Auch weitere Konzepte Piagets ließen sich gut für die Entwicklung eines Modells chronischer Depression verwenden. So sieht die Entwicklungstheorie vor, dass Organismen zunächst versuchen, sich assimilativ zu verhalten, d. h. die Umwelt in ihre bestehenden Strukturen einzupassen. Das tun chronisch depressive Patienten massiv auf der Beziehungsebene, indem sie (weitgehend unbewusst) versuchen, andere (v. a. den Therapeuten) in ihr Beziehungsschema einzuspannen. Der Therapeut versucht seinerseits im Idealfall, Akkommodation (Anpassung der psychischen Strukturen) einzuleiten, indem er beharrlich und in anschaulicher Weise die Konsequenzen fehlender Akkommodation und parallel dazu neue Anpassungsmöglichkeiten (sich einfühlen in andere, betrachten mehrerer Aspekte und Möglichkeiten usw.) herausarbeitet. Er schafft damit in bewältigbarer Weise Leidensdruck und erleichtert gleichzeitig die Anpassung durch konkrete Hinweise.

Ironischerweise hat Piaget allerdings – so eine gängige Kritik – Kinder in ihrer Leistungsfähigkeit unterschätzt, vor allem dadurch, dass er ihnen ungünstige Aufgaben stellte, ein Fehler, der in der klinischen Analogie durch Wirksamkeits- und Prozessforschung kontrolliert werden kann.

Wie sehen nun die Konsequenzen aus den hier umrissenen McCullough-Konzepten konkret aus?

CBASP geht das von McCullough postulierte präoperatorische Dilemma des Patienten an, indem es diesen schrittweise dazu anhält, in formal operativer Weise zu denken und zu handeln [33, 34]. Um dem Patienten zu helfen, von einer präoperatorischen Stufe zu formalen Operationen zu gelangen, stützt sich CBASP auf ein Veränderungsprinzip, das als „miss-matching demands“ bezeichnet wird

- „If cognitive-emotional didactic exercises are presented at a level that matches current functioning (preoperational), then maturational change will not occur. However, if the adult patient is repeatedly asked to function on a level exceeding his/her current level of functioning (i.e., formal operations), then maturational cognitive-emotional growth will take place.“ ([29], S. 5).

Chronisch depressive Patienten verhalten sich auf der Beziehungsebene stark assimilativ

Der Therapeut versucht, Akkommodation einzuleiten und neue Anpassungsmöglichkeiten herauszuarbeiten

Um von einer präoperatorischen Stufe zu formalen Operationen zu gelangen, stützt sich CBASP auf ein Veränderungsprinzip, das als „miss-matching demands“ bezeichnet wird

Die Hauptziele des CBASP bestehen darin, dass der Patient in die Lage versetzt wird: (1) die Konsequenzen seines eigenen chronisch depressiven Verhaltens zu erkennen („perceived functionality“) und (2) den negativen Stimuluswert einzuschätzen, den er für andere hat, aber auch zu erkennen, welchen Stimuluswert andere für ihn selbst haben (Empathie). Zu den Zielen der Therapie gehört außerdem, den Patienten in bisher als enttäuschend erlebten Situationen neue Fertigkeiten und positive Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Darüber hinaus soll, falls notwendig, eine therapeutische Korrektur früher interpersoneller Traumata erfolgen. Diese Ziele sollen mit 16–20 Sitzungen in der akuten Behandlungsphase und mit weiteren 18–20 Sitzungen in einer Erhaltungsphase erreicht werden [21].

Entsprechend den genannten Annahmen von McCullough fokussiert die Therapie in erster Linie auf interpersonelles Lernen, da der fehlende Reifungsprozess vom präoperativen zu operativem Denken im interpersonellen Bereich seine größten Auswirkungen zeigt. Auch die therapeutische Beziehung wird damit naheliegenderweise ein wichtiger Gegenstand der Therapie.

Als theoretische Basis für die Hauptinterventionen dienen neben Piagets kognitiv-emotionale Entwicklungstheorie auch andere bedeutsame psychologische Ansätze, wie beispielsweise Seligmans Konzept der erlernten Hilflosigkeit, Banduras soziale Lerntheorie und Skinners Theorie zum operanten Lernen sowie Kieslers [20] interpersonelles Modell (zusammengefasst in [28]). Kiesler ist ein moderner Vertreter von Sullivans [40] interpersonellem Ansatz für Ätiologie und Therapie psychischer Störungen, auf den mehrere auch in Deutschland verbreitete Messmittel zurückgehen, wie beispielsweise das „impact massage inventory“ (IMI; Fragebogen für interpersonelle Eindrücke; [6]). Das IMI wird von McCullough auch direkt zur Beurteilung interpersoneller Merkmale von Patienten und Therapeuten eingesetzt.

Spezifische Behandlungsprinzipien

CBASP nutzt Behandlungsprinzipien [30], die ganz speziell auf chronisch depressive Erwachsene zugeschnitten sind.

Behandlungsprinzip 1. Die Grundeinstellung des Patienten muss sich verändern und zwar in der Weise, dass er die Verantwortung für sein eigenes Lebensdilemma und den nötigen Veränderungsprozess selbst übernimmt. Dazu gehört, die Änderungsmotivation gezielt zu erhöhen, denn nach McCullough sind: chronisch depressive Patienten primär nicht zu einer Verhaltensänderung motiviert.

Der chronisch depressive Patient nimmt in der Regel an, „egal was ich tue, ich werde sowieso immer depressiv bleiben“. Um vor allem zu Beginn der Behandlung die Veränderungsmotivation zu erhöhen, muss demonstriert werden, dass er seine Misere selbst aufrechterhält und nur er sie beenden kann. Um das niedrige Motivationsniveau zu erhöhen, werden Kontingenzen direkt in der Sitzung arrangiert. Die effektivste Kontingenzstrategie innerhalb der Sitzung beruht auf negativer Verstärkung [28, 39]. Dazu gehört, dem Patienten wiederholt zu demonstrieren, dass der Leidensdruck abnehmen kann, wenn er günstigere Verhaltensweisen zeigt. Darüber hinaus müssen die Therapeuten lernen, der Versuchung zu widerstehen, die Arbeit für den Patienten zu übernehmen und dafür sorgen, dass der Patient zwischen günstigem Verhalten und einer Abnahme des Leidensdrucks eine Verbindung herstellen kann. Das beinhaltet, den Patienten nicht in einer Beobachtungsrolle zu belassen, sondern ihn direkt während der Sitzung zu aktivieren.

Behandlungsprinzip 2. Mangelnde soziale Wahrnehmung und soziale Kompetenzen mit Hilfe negativer Verstärkung verbessern, denn:

Zu Beginn der Therapie ist die Wahrnehmung des chronisch depressiven Patienten von seiner Umwelt abgespalten. Deswegen besteht eine der wichtigsten Aufgaben darin, unter Einsatz der unten beschriebenen Technik der Situationsanalyse (SA) zu bewirken, dass der Patient die spezifischen Konsequenzen seines Verhaltens erkennt. Affektive Kon-

Ein Hauptziel des CBASP besteht darin, dass der Patient in die Lage versetzt wird, die Konsequenzen seines eigenen chronisch depressiven Verhaltens zu erkennen

Die Therapie fokussiert in erster Linie auf interpersonelles Lernen

Chronisch depressive Patienten sind primär nicht zu einer Verhaltensänderung motiviert

Den Patient darf nicht in einer Beobachtungsrolle belassen werden, sondern muss während der Sitzung in Aktion treten

Zu Beginn der Therapie ist die Wahrnehmung des chronisch depressiven Patienten von seiner Umwelt abgespalten

Der chronisch depressive Patient spricht über seine Probleme in einer pauschalen und zeitlich unspezifischen Weise

Chronisch depressive Patienten weisen oftmals schwere Verhaltensdefizite auf

Die zwischenmenschliche Distanz des chronisch Depressiven und seine Feindseligkeit rufen häufig Frustration beim Therapeuten hervor

Die interpersonelle Unterwürfigkeit des chronisch Depressiven können zu dominanten interpersonellen Reaktionen des Therapeuten führen

Erinnerungen an Missbrauchserfahrungen beeinflussen, wie der chronisch depressive Patient seinen Psychotherapeuten wahrnimmt

Der Therapeut ist „Choreograph von Konsequenzen“

► Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung

trolle kann nämlich erst dann greifen, wenn die Kontingenzbeziehung mit der Umwelt wieder hergestellt ist.

Der chronisch depressive Patient spricht über seine Probleme in einer pauschalen und zeitlich unspezifischen Weise. Er ist meist zu Beginn der Therapie unfähig, seine Aufmerksamkeit auf spezifische situationsbezogene Probleme zu richten. Statt dessen beschreibt er seine Lebensprobleme global und in allgemeinen Begriffen, wie beispielsweise „niemand wird mich jemals lieben“, „ich werde immer versagen, egal, was ich tue“.

Chronisch depressive Patienten weisen oftmals schwere Verhaltensdefizite auf. Die meisten Patienten müssen sich neue soziale Fertigkeiten aneignen, um problematische Lebensbereiche bewältigen zu können.

Behandlungsprinzip 3. Das Beziehungsverhalten zwischen Therapeut und Patient muss besonders beachtet werden, weil es auch von der Pathologie des chronisch depressiven Patienten betroffen ist, denn:

Die zwischenmenschliche Distanz („detachment“) des chronisch Depressiven und seine offene oder verdeckte Feindseligkeit rufen häufig Frustration und Feindseligkeit beim Therapeuten hervor. Zu Beginn der Therapie nehmen die meisten Patienten eine hohe Distanz zum Therapeuten ein. Diese Art der Unzugänglichkeit ist auch deswegen frustrierend, weil der Therapeut den Patienten in offensichtlichem Leiden und in Not sieht. Die Frustration kann sich leicht in Ärger umwandeln.

Die scheinbare interpersonelle Unterwürfigkeit des chronisch depressiven Patienten ruft häufig dominante interpersonelle Reaktionen des Psychotherapeuten hervor. Eine andere Wechselwirkung zwischen Patient und Therapeut besteht darin, dass der Therapeut schnell eine dominante interpersonelle Rolle einnimmt gegenüber dem Patienten, der ja offensichtlich selbst nicht gut für sich sorgen kann. Dies bedeutet häufig auch, dass der Therapeut die Verantwortung für die Veränderungsprozesse des Patienten übernimmt. Die Patienten lernen dann aber nicht, die Dinge für sich selbst zu regeln. Dem Patienten beizubringen, eine selbstbewusstere Haltung gegenüber seinem Therapeuten einzunehmen, erfordert, dass sich der Therapeut der starken komplementären¹ Provokation nach Dominanz entzieht [20].

Erinnerungen an Missbrauchserfahrungen in der frühen Entwicklungsgeschichte beeinflussen, wie der chronisch depressive Patient seinen Psychotherapeuten wahrnimmt. Psychotherapeuten müssen sich in einer bewussten und kontrollierten Art auch persönlich einbringen, damit der Patient seine destruktive Entwicklungsgeschichte revidieren kann. Der kognitiv-emotionale Schaden, der durch frühe Verletzungen im Rahmen interpersoneller Beziehungen entstanden ist, blockiert eine konstruktive therapeutische Beziehung. Innerhalb der Sitzung sollte der Therapeut deswegen dem Patienten ermöglichen, neue interpersonelle Realitäten zu erleben, indem er den Patienten nicht bestraft, wenn dieser Bestrafung erwartet und nicht verlässt, wenn er erwartet, verlassen zu werden. Unter Einsatz der Technik der interpersonellen Diskriminationsübung („interpersonal discrimination exercise“) werden korrektive emotionale Erfahrungen hergestellt.

Basierend auf diesen Behandlungsprinzipien ist das CBASP gewissermaßen als ein Kontingenztrainingsprogramm konzeptualisiert, das hauptsächlich auf der besagten negativen Verstärkung beruht. Der Therapeut kann als „Choreograph von Konsequenzen“ bezeichnet werden:

— „The therapist is essentially a choreographer of consequences pointing the patient to the effect his behavior is having upon the environment and teaching the patient how his interpersonal behaviour is affecting the therapist. These procedures are carried out in a systematic way.“

Ohne dass dies in CBASP explizit reflektiert ist, verhalten sich Therapeuten im Sinne des ► **Konzeptes der komplementären Beziehungsgestaltung** [5, 14] ausgesprochen komplementär zu typischen Patientenbedürfnissen: Sie konfrontieren die Patienten in einer

¹ „komplementär“ hier im Sinne der Interpersonalen Modelle, nicht wie unten sensu Caspar und Grawe.

durch Transparenz und Strukturiertheit gekennzeichneten Weise, d. h. nicht beschämend, durch Bezug auf die Lebensgeschichte (siehe unten) mit den Konsequenzen des eigenen Verhaltens. Sie bieten sich wertschätzend als Verbündete beim Verfolgen fast aufgegebenen Ziele an. Dabei vermeiden die Therapeuten konsequent, vom Patienten zum Erreichen ihrer Ziele eingesetztes Problemverhalten, unwillentlich zu verstärken. Eine Studie von Caspar et al. [7] an depressiven Patienten zeigt, dass der Therapieerfolg substanzial mit dem Ausmaß komplementärer Beziehungsgestaltung verbunden ist und dass es bei feindseligen Patienten, die unter chronisch Depressiven häufig sind, besonders schwierig ist, sich spontan komplementär zu verhalten.

Spezielle therapeutische Techniken

Zu den Haupttechniken bei CBASP gehören die Situationsanalyse (SA; [28]) sowie spezifische interpersonelle Therapietechniken wie beispielsweise die interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ).

Situationsanalyse

Die SA zielt darauf ab, dass der Patient die präoperatorische Funktionsweise überwindet und erkennt, dass sein Verhalten Konsequenzen hat. Bei der Durchführung der SA wird die Erhöhung des Leidensdrucks durch Verschärfen der Problematik in der Sitzung bewusst eingesetzt, um dann im Laufe der SA eine Erleichterung durch angemessenes Problemlösen zu erzeugen. Es ist nachgewiesen, dass Patienten, die die SA rasch erlernen, bessere Behandlungsergebnisse zeigen [25].

Die SA besteht aus mehreren Schritten. Zunächst soll der Patient ein präoperatorisch interpersonelles Ereignis aus der jüngeren Vergangenheit berichten. Dabei soll ein umschriebener Zeitabschnitt („slice of time“) mit einem klar definierten Anfang und Ende erzählt werden. Die zwei Phasen der SA, die Explorationsphase und die Lösungsphase, sind jeweils durch eine Reihe von Fragen charakterisiert:

- A: Explorationsphase
 1. Was ist passiert? (Situationsbeschreibung)
 2. Was hat diese Situation für Sie bedeutet? (Interpretation der Situation)
 3. Wie haben Sie sich in dieser Situation verhalten? (situatives Verhalten)
 4. Wie ist diese Situation für Sie ausgefallen? (tatsächliches Ergebnis; TE)
 5. Welches Ergebnis wollten Sie erzielen? (erwünschtes Ergebnis; EE)
 6. Haben Sie in dieser Situation bekommen, was Sie wollten? (Vergleich TE vs. EE)
 7. Warum haben Sie (nicht) das bekommen, was Sie wollten? (der 7. Schritt stellt einen Übergang zwischen der Explorations- und der Bearbeitungs- bzw. Lösungsphase dar)
- B: Lösungsphase
 1. In welcher Weise hat jede einzelne Interpretation dazu beigetragen, dass Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erreichen? (jede Interpretation wird einzeln ausgewertet und revidiert, wenn dies nötig ist zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass der Patient ein erwünschtes Ergebnis erreicht)
 2. Wenn Sie die Situation angesichts Ihrer revidierten Interpretationen interpretiert hätten, in welcher Weise hätten Sie sich unterschiedlich verhalten?
 3. Was haben Sie heute in dieser SA gelernt? (beenden/zusammenfassen)
 4. Wie lässt sich das, was Sie heute in der SA gelernt haben, auf ähnliche Situationen anwenden? (Lerntransfer und Generalisierungsschritt)

Maladaptive Interpretationen (wie z. B.: globalisierend, selbstbeschuldigend, gedankenleidend oder wunschenkend) sollen vom Patienten mit Hilfe der SA selbst erkannt, korrigiert und beispielsweise durch selbstsicheres Verhalten ersetzt werden. Diese dysfunktionalen Denkmuster wurden schon von Beck [3] beschrieben. Im CBASP-Ansatz werden sie immer in einen interpersonellen Kontext gesetzt und die interpersonellen Konsequenzen

Die Situationsanalyse zielt darauf ab, dass der Patient die präoperatorische Funktionsweise überwindet und erkennt, dass sein Verhalten Konsequenzen hat

Die SA gliedert sich in die Explorationsphase und die Lösungsphase

Maladaptive Interpretationen sollen vom Patienten selbst erkannt, korrigiert und durch selbstsicheres Verhalten ersetzt werden

CBASP

Bogen zum Bewältigungsverhalten (Patientenversion)

Patient: _____
Therapeut: _____
Datum des Ereignisses: _____
Datum der Therapiesitzung: _____

ANLEITUNG.

Bitte beschreiben Sie ein besetzendes Ereignis der letzten Woche Schritt für Schritt, wie unten beschrieben. Bitte versuchen Sie, alles vollständig auszufüllen. Ihr Therapeut wird mit Ihnen in der nächsten Therapiesitzung diese Situationsanalyse durchsprechen.

Bereich:

Familie _____ Arbeit/Schule _____ Psychosozialer Bereich _____

1. Beschreiben Sie, was passiert ist:

2. Beschreiben Sie Ihre Interpretation(en) von dem, was geschehen ist:

a.

b.

c.

3. Beschreiben Sie, was Sie während der Situation getan haben:

4. Beschreiben Sie, wie das Ereignis für Sie ausgegangen ist (tatsächliches Ergebnis):

5. Beschreiben Sie, wie Sie sich den Ausgang des Ereignisses gewünscht hätten (erwünschtes Ergebnis):

6. Haben Sie das erwünschte Ergebnis erreicht? Ja _____ Nein _____

Abb. 2 ▲ Coping survey questionnaire

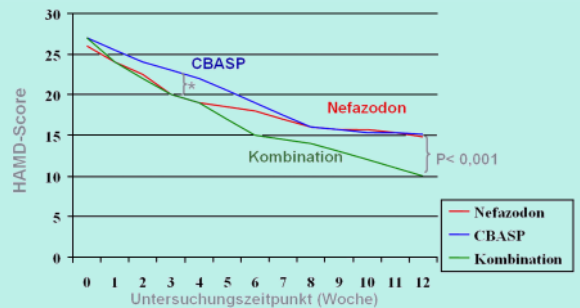
zen werden herausgearbeitet („if this, then that“). Auch irrelevante oder ungenaue Interpretationen zwischenmenschlicher Ereignisse (wie z. B. „Ich glaube, ich werde nie fähig sein, jemanden wirklich nahe zu kommen“) sollen vom Patienten als solche identifiziert werden. Zu diesem Zweck füllt der Patient regelmäßig einen Bogen zum Bewältigungsverhalten („coping survey questionnaire“) aus (■ Abb. 2).

Training von Verhaltensfertigkeiten

Durch die SA werden in der Regel auch Verhaltensdefizite des Patienten erkennbar, die nach der Beendigung der SA angegangen werden. Eine zweite Informationsquelle neben der SA bei der Aufdeckung von Verhaltensdefiziten besteht darin, das Verhalten des Patienten während der Therapiesitzung genau zu beobachten. Die meisten chronisch depressiven Patienten profitieren von jeglicher Art eines Selbstsicherheitstrainings, das allerdings spezifisch auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten zugeschnitten sein sollte. Manche Patienten müssen lernen, reflexartige feindselige Reaktionen zu unterdrücken

Die meisten chronisch depressiven Patienten profitieren von jeglicher Art eines Selbstsicherheitstrainings

Abb. 3 ▶ **Kombinations-
therapie bei chronischer
Depression**
(nach Keller et al. [18]).
Copyright © (2000)
Massachusetts
Medical Society



und, anstatt impulsiv zu reagieren, zunächst abzuwarten, wie sich die Situation entwickelt, um dann mit weniger Affekt reagieren zu können. Dies gilt besonders, wenn die emotionalen Ausbrüche des Patienten verhindert haben, dass er seine Ziele erreicht.

Interpersonelle Techniken und Umgang mit Übertragung

Mit Hilfe der interpersonellen Techniken werden die negativen oder auch traumatisierenden zwischenmenschlichen Erfahrungen angegangen, die die meisten chronisch depressiven Patienten in ihrer Entwicklungsgeschichte erlebt haben.

Nach dem Konzept McCulloughs zeigen präoperativ denkende Patienten die Tendenz, ihren Therapeuten mit einer verletzenden Bezugsperson aus ihrer Vergangenheit gleichzusetzen. Dadurch werden eine Veränderungsmotivation sowie Verhaltensänderungen behindert, weil der Patient implizit erwartet, dass auch der Therapeut ihn zurückweist, bestraft, verlässt oder missbraucht. Um eine Verhaltensveränderung beim Patienten zu fördern, soll der Therapeut sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen („disciplined personal involvement“). Dabei wird zum einen der Beziehungsstil des Patienten berücksichtigt, wie er mit Hilfe des Fragebogens für interpersonelle Eindrücke (IMI: [6]) erfasst wird. Zum anderen basiert das persönliche Einbringen des Therapeuten auf den **▶ Übertragungshypothesen**, die vor möglichen kritischen interpersonellen Situationen („hot spots“) warnen. Sich auf den Patienten in einer kontrollierten Weise persönlich einzulassen, heißt, dass der Therapeut bereit sein muss, seine eigenen positiven und negativen Gefühle sowie Reaktionen preiszugeben. Dies soll am Beispiel „Sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen“ veranschaulicht werden (☐ **Infobox**).

Wie im Abschnitt „Behandlungsprinzipien“ bereits angedeutet, muss sich der Therapeut des Stimuluscharakters bewusst sein, den der Patient für ihn hat, um eine komplementäre Reaktionsweise zu vermeiden [20]. Im Beispiel wäre dies ein feindselig-dominanter Beziehungsstil des Patienten, bei dem die Gefahr einer feindselig-submissiven Reaktion des Therapeuten besteht.

CBASP enthält also, wie viele kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, ein „Übertragungskonzept“, zumindest im umgangssprachlichen Sinne. Übertragung wird dabei allerdings sehr konkret angegangen. Mit der Übung zur **▶ interpersonellen Diskrimination** (IDÜ) soll der Patient Missinterpretationen des therapeutischen Verhaltens korrigieren. Dabei wird er angeleitet, zwischen altvertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem tatsächlichen Verhalten des Therapeuten oder anderer Personen systematisch zu unterscheiden. Zu diesem Zweck wird bereits in der zweiten Sitzung die **▶ Liste prägender Bezugspersonen** („significant other history“) erhoben. Der Patient soll dabei eine Liste von Bezugspersonen erstellen, die einen maßgeblichen Einfluss auf sein Leben genommen und ihn geprägt haben. Der Therapeut geht diese Liste durch und stellt Fragen, wie z. B.: „Erzählen Sie mir, in welcher Weise diese Person Sie beeinflusst und dazu beitragen hat, dass Sie die Art von Person sind, die Sie heute sind?“ Oder: „Wie war es, bei dieser Person aufzuwachsen?“ „In welcher Weise hat diese Person ihren Stempel auf Ihnen hinterlassen?“

Die Informationen über den Einfluss der verschiedenen Bezugspersonen auf den Patienten werden dann gemäß den vier für die Übertragungsbeziehung bedeutsamen Kategorien eingeordnet: Nähe/Intimität, Fehler/Versagen, emotionale Bedürftigkeit und negativer Affekt. Der Therapeut formuliert daraufhin Übertragungshypothesen (☐ **Tab. 1**).

Mit Hilfe der interpersonellen Techniken wird versucht, negative oder traumatisierende zwischenmenschliche Erfahrungen aufzuarbeiten

Um eine Verhaltensveränderung beim Patienten zu fördern, soll der Therapeut sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen

▶ Übertragungshypothesen

▶ Interpersonelle Diskrimination

▶ Liste prägender Bezugspersonen

Die Informationen über den Einfluss der verschiedenen Bezugspersonen werden den Kategorien Nähe/Intimität, Fehler/Versagen, emotionale Bedürftigkeit und negativer Affekt zugeordnet

Tab. 1

Übertragungshypothesen

1. Nähe/Intimität:	„Wenn ich meinem Therapeuten 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...“

Infobox**Sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen**

Patient:	Ich glaube, dass diese Sitzungen mit Ihnen Zeitverschwendung ist.
Therapeut:	Sie wissen anscheinend, wie man jemanden verletzt!
Patient:	Was meinen Sie damit?
Therapeut:	Was glauben Sie, was ich damit meine?
Patient:	Ich nehme an, dass ich Sie mit meiner Bemerkung verletzt habe.
Therapeut:	Sie haben Recht. Jetzt frage ich Sie etwas anderes. Warum kommen Sie zu den Sitzungen und verletzen mich? Ich muss das wissen, bevor wir weitermachen.
Patient:	Keine Ahnung, aber Sie müssen ziemlich dünnhäutig sein, wenn Sie das so verletzt.
Therapeut:	Warum sagen Sie das? Haben Sie nicht das Gefühl, dass Sie mich verletzen können, wenn Sie so etwas sagen?
Patient:	Doch.
Therapeut:	Also, wenn Sie das wissen – dann frage ich noch mal – warum wollten Sie mich verletzen?

► **Proaktive Gegenüberstellung**► **Diskriminationstraining**

Mit Hilfe dieser Hypothesen lassen sich problematische Übertragungsphänomene schon vorhersagen *bevor* sie manifest werden. Bei der IDÜ handelt es sich also gewissermaßen um eine ► **proaktive Gegenüberstellung**, indem der Therapeut Fragen stellt, wie z. B.: „Wie würden Ihre Mutter, Vater, Geschwister etc. reagieren, wenn Sie über diese Dinge sprechen würden oder sich in einer bestimmten Weise verhalten würden?“, „Wie habe ich darauf reagiert?“, „Was für Unterschiede zwischen den Reaktionen Ihrer Bezugspersonen und der Art, wie ich reagiert habe, können Sie sehen?“ (► **Diskriminationstraining**); „Was bedeutet das für Sie, wenn ich in einer anderen Weise reagiere als Ihre Bezugsperson?“ Das systematische Gegenüberstellen der negativen interpersonellen Erfahrungen des Patienten und des realen Verhaltens des Therapeuten wird dann eingesetzt, wenn sich der Therapeut und Patient in einer potenziell problematischen Übertragungssituation („hot spot zone“) befinden. Es soll dazu dienen, die Erfahrungen des Patienten hinsichtlich Zurückweisung, Verlassenwerden und Missbrauch zu revidieren, die so lange unbewusst sein können, bis sie explizit gemacht werden.

Wirksamkeitsnachweis

Die Wirksamkeit des CBASP wurde nachgewiesen durch eine randomisierte kontrollierte Studie von Keller et al. [18], bei der 681 chronisch depressive ambulante Patienten in 12 Zentren therapiert wurden. Dabei erwies sich das CBASP als gleich wirksam wie die Pharmakotherapie mit Nefazodon. Die Kombination beider Verfahren war weitaus wirksamer als die beiden Monotherapien. In dieser Studie betrug die Responderate (beinhaltete sowohl Remission als auch eine Reduktion des HAMD-Wertes von mindestens 50% und einen Wert von weniger als 16 Punkten) in der Nefazodon ebenso wie in der CBASP-

Gruppe 48%, im Vergleich zu 72% in der Kombinationsgruppe. Für die 519 Patienten mit abgeschlossener Therapie betrug die vergleichbaren Ergebnisse bei Nefazodon 55%, bei CBASP 52% und bei der Kombinationsbedingung 85%. Trotz einiger Schwächen der Studie zeigt dieses Ergebnis im Vergleich zu früheren Resultaten eine eindrucksvolle Steigerung der Wirksamkeit der Kombinationstherapie (■ **Abb. 3**).

Ein Grund für die besseren Ergebnisse ist möglicherweise, dass die Studie von Keller und Kollegen eine weitaus größere Stichprobe als frühere Studien einschloss und zweitens einen systematischen und standardisierten Psychotherapieansatz verwendete. Außerdem wird bei den Ergebnissen die Remission der Erkrankung und eine befriedigende Response (Definition siehe oben) zusammengefasst. Schaut man sich lediglich die Remissionsraten (HAMD-Wert kleiner als 9) an, betrug diese bei Nefazodon 22%, bei CBASP 24%, und in der Kombinationsbedingung 42%.

Die Studie beinhaltete eine akute (12 Wochen), eine Fortsetzungs- (4 Monate) und eine Erhaltungsphase (ein Jahr; Maintenance). Zusätzlich gab es eine Cross-over-Phase für Nonresponder auf die beiden Monotherapien (d. h. Nonresponder auf Medikation konnten nur zu CBASP überwechseln und vice versa). Nonresponder auf die Kombinationsbehandlungen galten als „drop-outs“. Voll- und teilweise Responder in der akuten Phase blieben während der Fortsetzungsphase in der Behandlungsbedingung, in der sie Erfolge gezeigt hatten. Während der Erhaltungsphase wurden alle Patienten, die Medikamente erhielten (entweder im Rahmen der Kombinationsbedingung oder alleine), entweder auf Medikation oder auf Placebo randomisiert, während die nur mit CBASP Behandelten entweder auf monatliche CBASP-Sitzungen oder auf Untersuchungstermine („assessments“) randomisiert wurden. Die Ergebnisse der Fortsetzungs- und Erhaltungsphase lassen sich wie folgt zusammenfassen [1]:

1. In der *Cross-over-Phase* erwies sich CBASP als wirksam bei Patienten, die nicht auf Nefazodon ansprachen und umgekehrt zeigte sich Nefazodon bei Nonrespondern auf CBASP als effektive Behandlung [35].
2. In der *Fortsetzungsphase* hatten Patienten mit Vollremission niedrigere Rückfallraten als die, die nur teilweise respondierten (ungefähr <10% vs. 25%).
3. Die Rate der Rückfälle in der *Fortsetzungsphase* bei den Teilrespondern auf Kombinationstherapie war viel niedriger als bei den Teilrespondern auf die Monotherapien (ungefähr 10% vs. 25%).
4. In der *Erhaltungsphase* gab es eine niedrigere Rückfallrate bei der Nefazodon-Behandlung im Vergleich zu der Placebobedingung [12] sowie bei den Patienten, die weiterhin mit CBASP behandelt wurden im Vergleich zu denen, die nur noch Untersuchungstermine hatten [21].

Eine weitere Analyse der Daten zeigte, dass die Kombinationsbehandlung auch mit einer stärkeren Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit einherging im Vergleich zu den beiden Monotherapien [8]. Diese Befunde stimmen überein mit den Praxisrichtlinien für die Therapie von Depressionen, die eine Kombinationsbedingung bei schwierigen Fällen vorschlagen, und sie stimmen auch überein mit früher publizierten Ergebnissen sowie mit neueren Metaanalysen [11, 15]. Außerdem bestätigen die Ergebnisse, dass sich der Behandlungserfolg über die akute Phase der Behandlung hinaus weiter verbessern lässt, was die Bedeutung längerer Therapiezeiten bei chronischer Depression unterstreicht.

Es stellt sich die Frage, weshalb sich diese Befunde von denen unterscheiden, die bisher in der Dysthymieforschung gefunden wurden, wo die Medikation der Psychotherapie überlegen war und die Überlegenheit der Kombinationsbedingungen bei weitem uneindeutiger war. Als die plausibelsten Gründe erscheinen zum einen, dass CBASP im Gegensatz zu anderen Psychotherapien wie IPT oder psychodynamisch supportive Therapie ganz spezifisch für chronisch depressive Patienten entwickelt wurde und deswegen bei dieser Patientengruppe auch besondere Wirksamkeit erzielte. Zum anderen war die Anzahl von Therapiesitzungen in dieser Studie beträchtlich höher als in den meisten Dysthymiestudien (z. B. [4, 35]). Obwohl die akute Phase nur 12 Wochen betrug, wurde

Die Studie von Keller et al. beinhaltete eine akute (12 Wochen), eine Fortsetzungs- (4 Monate) und eine Erhaltungsphase (ein Jahr; Maintenance)

Die Kombinationsbehandlung ging im Vergleich zu den beiden Monotherapien auch mit einer stärkeren Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit einher

CBASP wurde i.G. zu anderen Psychotherapien wie IPT oder psychodynamisch supportive Therapie ganz spezifisch für chronisch depressive Patienten entwickelt

Erst im späten Teil der akuten Phase konnte CBASP die Medikationsmonotherapie im Wirkungsgrad einholen und die Überlegenheit der Kombinationstherapie wurde deutlich

Patienten mit vs. ohne Traumatisierung in der Kindheit sprechen auf Psychotherapie und Pharmakotherapie unterschiedlich an

Die CBASP-Strategien setzen an den idiosynkratischen Problemen der Behandlung chronisch depressiver Patienten an

CBASP während der ersten 4 Wochen zweimal wöchentlich durchgeführt, mit der Option auf weitere zweimal wöchentliche Sitzungen während der Wochen 5–8 bei den Patienten, die die Anwendung von Situationsanalysen weniger gut gelernt hatten. Deswegen lag die mittlere Anzahl von Therapiesitzungen in der akuten Behandlungsphase von 12-wöchiger Dauer bei 18.

Darüber hinaus zeigte sich während der ersten 4 Wochen, dass die Pharmakotherapiebedingungen gegenüber der CBASP-Monotherapie allein zu einer signifikant höheren Reduktion der depressiven Symptome führte. Erst im späteren Teil der akuten Phase konnte CBASP die Medikationsmonotherapie wieder einholen und die Überlegenheit der Kombinationstherapie wurde jetzt deutlich. Es ist möglich, dass die Unterschiede im Tempo des Genesungsprozesses nicht nur darauf zurückzuführen sind, dass Psychotherapie längere Zeit braucht, um ihre volle Wirkung zu entfalten, sondern dass die Patienten eine höhere „Dosis“ von Psychotherapie benötigten als ihnen im ersten Teil der akuten Phase angeboten wurde.

Eine Reanalyse der Daten von Nemeroff et al. [32] mit Hinblick auf das differenzielle Ansprechen auf Psychotherapie oder Pharmakotherapie bei Patienten mit vs. ohne Traumatisierung in der Kindheit erbrachte viel beachtete Ergebnisse. Bei den chronisch depressiven Patienten mit einer Vorgeschichte von kindlicher Traumatisierung war das CBASP der Medikationsbedingung signifikant überlegen. Darüber hinaus zeigte sich in diesem Fall die Kombination aus CBASP und Pharmakotherapie der alleinigen Psychotherapie nur knapp überlegen. Nemeroff et al. [32] schlossen daraus, dass Psychotherapie ein essenzielles Element bei der Behandlung von chronisch depressiven Patienten mit einer Vorgeschichte von frühkindlicher Traumatisierung ist. Die Autoren folgerten außerdem, dass es möglicherweise wichtige Unterschiede bei der Ätiologie und Pathogenese der Depression bei Patienten mit vs. ohne frühkindlicher Traumatisierung gibt. In einem nächsten Schritt sollte die Wirksamkeit von CBASP mit anderen Therapieformen bei chronisch depressiven Patienten mit früher Traumatisierung verglichen werden, um die Elemente der Psychotherapie zu identifizieren, die am deutlichsten zu einer antidepressiven Wirkung führen.

Zusammenfassende und abschließende Bemerkungen

McCullough sieht chronische Depression als Resultat dysfunktionaler Gedanken von Hilf- und Hoffnungslosigkeit in Verbindung mit einem distanzierten interpersonellen Stil, der durch mangelndes soziales Problemlösen verstärkt wird. Basierend auf diesem Konzept entwickelte er innovative Modifikationen der traditionellen kognitiven Therapie in Kombination mit spezifischen interpersonellen und behavioralen Techniken, die verhindern sollen, dass der Therapeut zu schnell zu viel vom Patienten verlangt, ihn aber dennoch systematisch mit Nachteilen eigenen Verhaltens konfrontiert und zu Veränderungen anleitet. Die CBASP-Strategien setzen an den idiosynkratischen Problemen der Behandlung chronisch depressiver Patienten an wie beispielsweise der oftmals feindseligen Beziehungsgestaltung zum Therapeuten, an der geringen Änderungsmotivation sowie dem meist von seiner Umwelt überschätzten Funktionsniveau des Patienten. Ein Schwerpunkt des CBASP-Manuals [28] (deutsche Version [38]) liegt auf den zu erwartenden therapeutischen Reaktionen und Frustrationen beim Umgang mit chronisch Depressiven. Dazu gehört beispielsweise, der Tendenz entgegenzuwirken für den Patienten die therapeutische Arbeit zu machen. Darüber hinaus wird der Therapeut angeleitet, sich in einer bewussten Weise persönlich einzubringen, damit der Patient mit dem authentisch ihm begegnenden Therapeuten die eigene destruktive Entwicklungsgeschichte erkennen und revidieren kann.

CBASP ist wesentlich strukturierter und direkter als die interpersonelle Psychotherapie nach Klerman et al. [23] (deutsche Version [37]), übergibt dem chronisch erkrankten Patienten anstelle der Krankenrolle die volle Selbstverantwortung für sein Lebensdilemma und betrachtet die interpersonellen Interaktionen mit dem Therapeuten als wichtigen Gegenstand der direkten Bearbeitung. Ein Hauptunterschied zur kognitiven Therapie nach Beck [3] besteht in dem geringeren kognitiven Leistungsniveau, das beim Patienten vorausgesetzt wird, in der Einfachheit der angewandten behavioralen Prinzipien

im Rahmen der Situationsanalyse sowie in der Fokussierung auf interpersonelle Themen und die Patient-Therapeut-Beziehung.

Die Theorie, aus der das CBASP abgeleitet wird, integriert ganz verschiedene in der Psychologie bedeutsame Denkansätze von Piaget, Seligman, Skinner, Kiesler, Bandura u. a. Inwieweit die Bezüge über Analogien hinausgehen (etwa beim zentralen Bezug auf Piagets präoperative Phase) und durch systematische empirische Untersuchungen an chronisch Depressiven erhärtet werden können, ist derzeit offen. Es bleibt anhand weiterer Therapiestudien und deren Evaluation sowie durch Grundlagenforschung an dieser Gruppe bzw. den zwei Gruppen („early“ und „late onset“) zu überprüfen, ob die theoretischen Annahmen zutreffen und ob sie spezifisch für die Entwicklung chronischer Depression sind. Relevant ist auch die Frage nach der möglichen Modifizierbarkeit für andere chronische Krankheitsbilder wie beispielsweise soziale Angststörungen oder chronische Posttraumatische Belastungsstörungen.

Eine interessante Frage ist, wie weit ► **neurobiologische Grundlagen** mit dafür verantwortlich sind, dass im Sinne Piagets entweder gewisse psychische Operationsebenen noch nicht entwickelt sind, oder unter starker affektiver Spannung eine Regression stattfinden kann. Gibt es auch auf neurobiologischer Ebene Parallelen zwischen präoperatorischen Kindern und chronisch Depressiven? Piaget, obwohl ursprünglich Biologe, beschäftigte sich damit kaum. Heutige neu entwickelte methodische Möglichkeiten wie die Bildgebung fordern dazu heraus, hier gezielte Untersuchungen vorzunehmen.

Die überzeugendsten Theorien können selbstverständlich Wirksamkeitsüberprüfungen nicht ersetzen. Nach evidenzbasierter Medizin stellt eine plausibel erscheinende Theorie keine Rechtfertigung zu ihrer Anwendung dar, sondern nur ihre empirische Wirksamkeitsüberprüfung in randomisierten kontrollierten Studien. Obwohl die Relevanz der Theorie noch offen ist, wurde ein empirischer Wirksamkeitsnachweis erbracht.

Korrespondierender Autor

Dr. E. Schramm

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Hauptstraße 5, 79104 Freiburg, Deutschland
E-Mail: lisa_schramm@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

1. Arnow BA, Constantino MJ (2003) Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *J Clin Psychol* 59: 893–905
2. Barrett JE, Williams JW Jr, Oxman TE et al. (2001) Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract* 50: 405–412
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York
4. Browne G, Steiner M, Roberts J et al. (2002) Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 68: 317–330
5. Caspar F (1996) *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Huber, Bern
6. Caspar F (2002) Das Impact Message Inventory von Kiesler. In: Brähler E, Schumacher J, Strauss B (Hrsg) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Beltz, Weinheim, S 214–216
7. Caspar F, Grossmann C, Unmüßig C et al. (2005) Complementary therapeutic relationship: therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychother Res* 15: 91–102
8. de Jong R, Treiber R, Henrich G (1986) Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depression. *Cognitive Ther Res* 10: 645–663
9. Dunner DL (2001) Acute and maintenance treatment of chronic depression. *J Clin Psychiatry* 62 [Suppl 6]: 10–16
10. Dunner DL, Schmaling KB, Hendrickson H et al. (1996) Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression* 4: 34–41
11. Friedman MA, Detweiler-Bedell JB, Leventhal HE (2004) Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of Major Depressive Disorder. *Clin Psychol Sci Pract* 11: 47–68
12. Gelenberg AJ, Trivedi MH, Rush AJ et al. (2003) Randomized, placebo-controlled trial of nefazodone maintenance treatment in preventing recurrence in chronic depression. *Biol Psychiatry* 54: 806–817

Die Theorie, aus der das CBASP abgeleitet wird, integriert verschiedene in der Psychologie bedeutsame Denkansätze von Piaget, Seligman, Skinner, Kiesler, Bandura u. a.

► Neurobiologische Grundlagen

13. Gordon DE (1988) Formal operations and interpersonal and affective disturbances in adolescents. In: Nannis ED, Cowan PA (eds) *Developmental psychopathology and its treatment*. Jossey-Bass, San Francisco, pp 51–73
14. Grawe K (1992) Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Brengelmann J (Hrsg) *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. Gerhard Röttger, München, S 215–244
15. Hegerl U, Plattner A, Moller HJ (2004) Should combined pharmac- and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 99–107
16. Hellerstein DJ, Yanowitch P, Rosenthal J et al. (1993) A randomized double-blind study of fluoxetine versus placebo in the treatment of dysthymia. *Am J Psychiatry* 150: 1169–1175
17. Hirschfeld RM, Dunner DL, Keitner G et al. (2002) Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol Psychiatry* 51: 123–133
18. Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. (2000) A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342: 1462–1470
19. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. (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
20. Kiesler DJ (1996) *Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, and psychotherapy*. Wiley, New York
21. Klein DN, Santiago NJ, Vivian D et al. (2004) Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *J Consult Clin Psychol* 72: 681–688
22. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP et al. (1999) Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 52: 187–196
23. Klerman GL, Weissman M, Rounsaville BJ et al. (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York
24. Kocsis JH (2003) Pharmacotherapy for chronic depression. *J Clin Psychol* 59: 885–892
25. Manber R, Arnow B, Blasey C et al. (2003) Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. *Psychol Med* 33: 693–702
26. Markowitz JC (1994) Psychotherapy of dysthymia. *Am J Psychiatry* 151: 1114–1121
27. Makowitz IC, Kocsis IH, Bleiberg KL, Christos PJ, Sacks M (2005) A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for „prue“ dysthymic patients. *J Affect Disord* 89: 167–175
28. McCullough JP (2000) *Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. Guilford Press, New York
29. McCullough JP (2001) *Skills training manual for diagnosing and treating chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Guilford Press, New York
30. McCullough JP (2003) Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *J Clin Psychol* 59: 833–846
31. Miller IW, Norman WH, Keitner GI (1999) Combined treatment for patients with double depression. *Psychother Psychosom* 68: 180–185
32. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME et al. (2003) Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA* 100: 14293–14296
33. Piaget J (1926) *The language and thought of the child*. Harcourt Brace, New York
34. Piaget J (1981) Intelligence and affectivity: their relationship during child development. *Annual Reviews, Palo Alto*
35. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z et al. (1999) Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 156: 1608–1617
36. Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow BA et al. (2005) Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Arch Gen Psychiatry* 62: 513–520
37. Schramm E (1998) *Interpersonelle Psychotherapie, 2. Aufl.* Schattauer, Stuttgart
38. Schramm E, Schweiger U, Hohagen F et al. (2006) Dt. Übersetzung und Bearbeitung von: McCullough JP (2000) *Treatment for chronic depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Elsevier, München (im Druck)
39. Skinner BF (1953) *Science and human behavior*. Macmillan, New York
40. Sullivan M (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton Press, New York
41. Williams JW Jr, Barrett J, Oxman T et al. (2000) Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 284: 1519–1526

Bitte beachten Sie:
 Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
 Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online
 individuell zusammengestellt.
 Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Fragen zur Zertifizierung

Wieviele Prozent unipolarer depressiver Erkrankungen nehmen einen chronischen Verlauf?

- 3–5%.
- 5–10%.
- 10–20%.
- 20–35%.
- 35–50%.

Ab welcher zeitlichen Dauer spricht man (nach DSM-IV und ICD-10) bei einer Depression von einem chronischen Verlauf?

- Hängt von der Art der depressiven Störung ab.
- Ab 6 Monaten.
- Ab 1 Jahr.
- Ab 2 Jahren.
- Ab 3 Jahren.

Welche Rolle spielen psychotherapeutische Ansätze bei der Behandlung von Dysthymien?

- Psychotherapie ist einer Pharmakotherapie überlegen.
- Pharmakotherapie ist der Psychotherapie überlegen.
- Eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie ist einer alleinigen Pharmakotherapie hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik überlegen.
- Eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie ist einer alleinigen Pharmakotherapie hinsichtlich der Erhöhung der Remissionsraten überlegen.
- Psychotherapie und Medikationsbehandlung sind gleichermaßen effektiv.

Was gehört nicht zu präoperatorischem Denken nach Piaget?

- Globales Denken.
- Ich-zentrierte Sichtweise.

- Monologisierende verbale Kommunikation.
- Unter Stress wenig affektive Kontrolle.
- Schwarz-weiß-Denken

Welche therapeutische Technik ist nicht spezifisch für CBASP?

- Situationsanalyse.
- Interpretation.
- Interpersonelle Diskriminationsübung.
- Sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen.
- Übertragungshypothesen generieren.

Worauf beruht die hauptsächliche Motivationsstrategie zur Verhaltensänderung beim CBASP?

- Negative Verstärkung.
- Positive Verstärkung.
- Verstärkerentzug.
- Belohnung.
- Bestrafung.

Ein Patient beginnt eine CBASP-Sitzung mit den Worten: „Ich glaube, die Therapie hat keinen Sinn, ich verschwende nur Ihre Zeit.“ Welches therapeutische Vorgehen ist gemäß dem CBASP-Konzept hier geeignet?

- Situationsanalyse.
- Konfrontation.
- Rollenspiel.
- Sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen.
- Übertragungshypothesen generieren.

Wie wird bei CBASP mit Übertragung umgegangen?

- Wird nur mit dem Supervisor thematisiert.
- Wird proaktiv angegangen, indem der Therapeut Übertragungshypothesen formuliert.
- Wird proaktiv angegangen, indem der Patient und der Therapeut Übertragungshypothesen formulieren.

- Es wird in gleicher Weise damit umgegangen wie bei psychoanalytischen Ansätzen.
- Übertragung wird dann thematisiert, wenn die Therapie ins Stocken gerät oder ein Therapieabbruch droht.

Ein Patient berichtet im Rahmen des „significant other history“, dass er von seinen Eltern ausschließlich für Leistung anerkannt wurde und bei mangelnder Leistung von seinen Eltern mit Liebesentzug bestraft wurde. Welche Kategorie wäre für das Erstellen einer Übertragungshypothese am relevantesten?

- Nähe/Intimität.
- Emotionale Bedürftigkeit.
- Negativer Affekt.
- Aggressivität.
- Fehler/Versagen.

Ein Patient zeigt sich im Verlauf einer CBASP-Sitzung verletzlich, weint und versteckt sein Gesicht in den Händen. Die Therapeutin fragt den Patienten im späteren Verlauf der Sitzung, ob und inwiefern sich ihre Reaktion auf seinen Gefühlsausbruch unterschieden hat von der Art, wie seine Mutter darauf reagiert hätte. Wie nennt man diese Technik?

- Interpersonelle Diskriminationsübung.
- Sich in einer kontrollierten Weise persönlich einbringen.
- Significant other history.
- Hot spot.
- Übertragungshypothesen generieren.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de.

