



Klein • Backenstraß • Schramm

**THERAPIE-TOOLS**



# CBASP

## Psychotherapie chronischer Depression

2. Auflage

**BELTZ**

Leseprobe aus Klein, Backenstraß und Stramm, Therapie-Tools CBASP,  
ISBN 978-3-621-28946-7 © 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28946-7>

# Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort und Danksagung	8
Umgang mit diesen Therapie-Tools	9
<b>1 Einführung in das CBASP</b>	<b>11</b>
<b>2 Kategoriale und dimensionale Diagnostik</b>	<b>15</b>
<b>3 Patientenmaterialien und Psychoedukation</b>	<b>45</b>
<b>4 Einzeltherapie</b>	<b>68</b>
<b>5 Gruppentherapie</b>	<b>100</b>
<b>6 CBASP-Selbsterfahrung und -Supervision</b>	<b>119</b>
Glossar	148
Literatur	150

# Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

<b>2</b>	<b>Kategoriale und dimensionale Diagnostik</b>	15
INFO 1	Grafische Darstellung der Verlaufstypen chronischer Depression	18
AB 1	Strukturierte Erhebung der Diagnose einer Persistierenden Depressiven Störung	19
INFO 2	Kriterien zur Bestimmung der verschiedenen Verlaufsformen der Depression	24
AB 2	Screening auf das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen	28
INFO 3	Auswertung des Screenings auf das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen	31
AB 3	Gegenwärtige Schwere der depressiven Symptomatik: das Quick Inventory of Depressive Symptomatology	32
INFO 4	Auswertung des Quick Inventory of Depressive Symptomatology	35
AB 4	Gegenwärtiges Vorliegen eines riskanten Alkoholkonsums	36
INFO 5	Den Stimuluscharakter der Patientin einschätzen: das Impact Message Inventory (IMI)	37
AB 5	Das interpersonelle Circumplex-Modell: der Kiesler-Kreis	38
AB 6	Die Ausprägung des präoperatorischen Denkens einschätzen: der Lübecker Fragebogen präoperatorisches Denken (LFPD)	39
INFO 6	Auswertung des Lübecker Fragebogen präoperatorisches Denken	44
<b>3</b>	<b>Patientenmaterialien und Psychoedukation</b>	45
INFO 7	Was ist eine chronische Depression?	47
INFO 8	Was ist CBASP?	48
INFO 9	Die Auswirkungen von zwischenmenschlichem Verhalten erkennen: das Kiesler-Kreismodell	51
AB 7	Das eigene Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Beziehungen herausfinden	53
INFO 10	Prägende Bezugspersonen und der Einfluss auf zwischenmenschliches Verhalten	54
AB 8	Die eigenen prägenden Bezugspersonen kennenlernen	57
INFO 11	Beispiel einer Patientin und ihrer Liste prägender Bezugspersonen	58
INFO 12	Beziehungen erfolgreich gestalten: die Situationsanalyse	60
AB 9	Das Situationsanalyse-Formular	65
INFO 13	Beispiel einer Situationsanalyse	66
<b>4</b>	<b>Einzeltherapie</b>	68
INFO 14	Der Verlauf der Therapie im Überblick	70
INFO 15	Die Vermittlung des Krankheitsmodells	73
INFO 16	Erhebung der Liste der prägenden Bezugspersonen: das Fundament für die Therapie legen	75
INFO 17	Die zentralen Aufgaben der Therapeutin bei der Erhebung der Liste prägender Bezugspersonen	77
AB 10	Die Liste der prägenden Bezugspersonen auf einen Blick	78
INFO 18	Die Erstellung und Besprechung der Übertragungshypothese	79
AB 11	Das Wichtigste auf einen Blick: CBASP-Fallkonzept	82
INFO 19	Die Situationsanalyse: das Kernstück der CBASP-Behandlung	83
INFO 20	Die zentralen Aufgaben der Therapeutin bei der Erstellung der Situationsanalyse	85
AB 12	Die Schritte der Situationsanalyse auf einen Blick	88

INFO 21	Die Zukunftsanalyse: eine zwischenmenschliche Situation vorbereiten	90
INFO 22	Die Vorteile und Grenzen der Zukunftsanalyse	91
AB 13	Die Schritte der Zukunftsanalyse auf einen Blick	92
INFO 23	Interpersonelle Diskriminationsübung: Sicherheit in der Beziehung vermitteln	93
AB 14	Die Schritte der interpersonellen Diskriminationsübung auf einen Blick	95
INFO 24	Kontingente persönliche Reaktion: schwierige Situationen in der therapeutischen Beziehung meistern	96
AB 15	Die Schritte der kontingenten persönlichen Reaktion auf einen Blick	99

## **5 Gruppentherapie** 100

INFO 25	Die Charakteristika der Gruppentherapie	101
INFO 26	Informationen zur CBASP-Gruppentherapie	103
INFO 27	Beziehungserwartungen: Prägungen, Übertragungshypothesen und IDÜ in der Gruppe	105
INFO 28	Kiesler-Kreismodell und Stimuluscharakter in der Gruppe	107
AB 16	Verhaltensweisen im Kiesler-Kreismodell	110
INFO 29	Situationsanalysen in der Gruppe	111
AB 17	Die Mini-Situationsanalyse für die Anwendung in der Gruppentherapie	113
AB 18	Auswahlkriterien für eine geeignete Situation für eine Mini-Situationsanalyse	115
AB 19	Die Mini-Situationsanalyse (Version für Patienten und Patientinnen)	116
AB 20	Kommunikationsfertigkeiten	117

## **6 CBASP-Selbsterfahrung und -Supervision** 119

INFO 30	Die Liste prägender Bezugspersonen in der Selbstanwendung	122
AB 21	Die Liste prägender Bezugspersonen in der Selbstanwendung	124
INFO 31	Supervision: Erhebung der prägenden Bezugspersonen und Übertragungshypothese	125
INFO 32	Supervision: Situationsanalyse (SA)	127
INFO 33	Supervision: Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ)	128
INFO 34	Supervision: Kontingente persönliche Reaktion (KPR)	129
INFO 35	Häufige Fehler: Erhebung der prägenden Bezugspersonen und Übertragungshypothese	130
INFO 36	Häufige Fehler: Situationsanalyse (SA)	132
INFO 37	Häufige Fehler: Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ)	136
INFO 38	Häufige Fehler: Kontingente persönliche Reaktion (KPR)	138
INFO 39	Kriterien zur Zertifizierung als CBASP-Therapeutin	139
INFO 40	Kriterien zur Zertifizierung als CBASP-Trainerin und CBASP-Supervisorin	140
INFO 41	Kriterien für die Zertifizierung als CBASP-Co-Therapeutinnen für Sozial- und Pflegeberufe	141
INFO 42	CBASP-Adhärenzskalen	142
AB 22	Items des Adhärenzrating »Situationsanalyse«	143
AB 23	Items des Adhärenzrating »Interpersonelle Diskriminationsübung«	145
AB 24	Items des Adhärenzrating »Kontingente persönliche Reaktion«	146
AB 25	Items des Adhärenzrating »Qualität der therapeutischen Beziehung«	147

# 1 Einführung in das CBASP

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) wurde von James McCullough speziell für die Behandlung von Patienten mit chronischer Depression entwickelt (McCullough et al., 2015a). In einer früheren Konzeption (McCullough, 2006a) war CBASP sowohl für chronische Depressionsformen mit frühem Beginn (»early onset«, s. a. weiter unten) als auch bei Patienten mit einem Depressionsbeginn nach dem 21. Lebensjahr und anschließender Chronifizierung (»late onset«) vorgesehen. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen (siehe weiter unten) und klinischer Erfahrungen wird in den letzten Jahren jedoch vermehrt die Bedeutung von CBASP für früh erkrankte chronisch depressive Patienten hervorgehoben. Ein früher Beginn der chronischen Depression ist definiert als ein erstmaliges Auftreten einer relevanten depressiven Störung vor dem 21. Lebensjahr.

Im CBASP wird davon ausgegangen, dass Menschen mit chronischer Depression in der Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktion charakteristische Fertigkeiten- und Wahrnehmungsdefizite haben. Ihr zwischenmenschliches Verhalten wirkt auf andere oft distanziert oder sogar feindselig und unterwürfig (Constantino et al., 2008).

## ■ Wichtig • Die zentrale Haltung des CBASP

Das Verhalten ist im gegenwärtigen Alltag der Patienten zwar problematisch, vor dem Hintergrund ihrer prägenden Beziehungserfahrungen über die Lebensspanne jedoch gut nachvollziehbar.

## Widrige Kindheitserfahrungen bei chronisch Depressiven

Menschen mit chronischer Depression berichten häufiger als episodisch depressive Patienten über widrige Erfahrungen in ihrer Kindheit (Wiersma et al., 2009). In diesem Zusammenhang wird auch oft von frühkindlicher Traumatisierung gesprochen. Besonders relevant sind bei chronisch depressiven Patienten jedoch nicht alleine klassische traumatische Ereignisse wie Tod eines Elternteils, massive Gewalterfahrung oder sexueller Missbrauch. Vielmehr berichten Menschen mit chronischer Depression am häufigsten von emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung (Schramm et al., 2015; Nelson et al., 2017). Diese haben sie bei verschiedenen Bezugspersonen (Eltern, Geschwistern, Lebenspartnern, etc.) in zahlreichen Situationen über einen langen Zeitraum erfahren (eine Übersicht zu den empirischen Befunden zur Traumatisierung bei chronisch depressiven Menschen finden Sie bei Klein et al., 2014b).

## ■ Wichtig

CBASP ist besonders geeignet für Menschen, die unter einer chronischen Depression mit frühem Beginn leiden, da die therapeutischen Techniken und Strategien am Einfluss dieser frühen belastenden Erfahrungen auf das heutige Interaktionsverhalten der Patienten ansetzen.

Menschen mit einem frühen Beginn einer chronischen Depression berichten besonders häufig über die oben beschriebenen traumatischen Erfahrungen. In einer groß angelegten Studie konnte gezeigt werden, dass bei früh traumatisierten Patienten CBASP deutlich wirksamer ist als eine alleinige medikamentöse Behandlung und wirksamer als bei Patienten ohne frühe Traumatisierungen (Nemeroff et al., 2003).

## **Präoperatorisches Denken und Wahrnehmungsentkoppelung**

McCullough hat für die Beschreibung der zentralen Psychopathologie chronisch depressiver Menschen verschiedene Begriffe gewählt. Er vergleicht ihr Funktionsniveau im zwischenmenschlichen Bereich mit Kindern, welche im präoperatorischen Stadium ihrer kognitiv-emotionalen Entwicklung nach Piaget sind (Belz et al., 2013; McCullough, 2006). Daneben verwendet McCullough den Begriff der Wahrnehmungsentkoppelung (McCullough, 2006). Beide Begriffe beschreiben im Wesentlichen dasselbe Phänomen: Menschen mit chronischer Depression haben in der zwischenmenschlichen Interaktion große Schwierigkeiten, die unmittelbaren Konsequenzen ihres Verhaltens zu erkennen. Die emotionale und kognitive Bewertung einer Situation und die daraus folgende Handlungsplanung sind nicht gekoppelt an die unmittelbar vorliegende Umwelt. Vielmehr folgen Bewertung und Handlungsplanung einem tiefgreifenden Muster, welches sich aus der Prägung durch Bezugspersonen über die Lebensspanne ergibt. Zugespielt formuliert reagieren sie also in der Interaktion mit Menschen in der Gegenwart auf Menschen in der Vergangenheit beziehungsweise auf ihren eigenen »inneren Film«.

### **Ziel und Struktur der Behandlung**

**Ziele.** Das Ziel vom CBASP ist es, die Wahrnehmungsentkoppelung des Patienten zu überwinden und auch für schwierige zwischenmenschliche Situationen angemessene Verhaltensfertigkeiten zu erlernen, um von anderen Menschen das Erwünschte zu bekommen. In einem ersten Schritt erhebt der Therapeut zusammen mit dem Patienten die sogenannte Liste prägender Bezugspersonen (PB). Diese Erhebung hat zum Ziel, bereits zu Beginn der Behandlung eine Hypothese zu entwickeln, welche Beziehungserwartungen der Patient vor dem Hintergrund der in seinem Leben gemachten Erfahrungen mit prägenden Bezugspersonen in die Beziehung mit dem Therapeuten mitbringt. Diese Beziehungserwartungen werden in einer sogenannten Übertragungshypothese (ÜH) zusammengefasst. Diese ist die Grundlage für die weiter unten beschriebenen Techniken der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Disciplined personal involvement, kurz DPI; McCullough, 2012).

**Behandlungsschwerpunkte.** Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Analyse von zwischenmenschlichen Begebenheiten im Alltag des Patienten unter Einsatz der Situationsanalyse (SA). Hier lernen die Patienten anhand ihrer Alltagssituationen, welche konkreten Auswirkungen ihr Interaktionsverhalten hat und welche Fertigkeiten sie brauchen, um sich in diesen Begegnungen entsprechend ihrer Ziele und Werte zu verhalten.

Bei der Arbeit an diesen Alltagssituationen treten im Verlauf der meisten Behandlungen auch im Kontakt mit dem Therapeuten Situationen auf, welche die Beziehungserwartungen der Patienten und die damit verbundenen Bewertungen und Verhaltensmuster triggern. Bei dieser Gelegenheit werden Techniken zur persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung eingesetzt. Diese haben auf der einen Seite zum Ziel, dass der Therapeut für den Patienten zum »Sicherheitsstimulus« wird und der Patient so lernt, zwischen früheren, negativen Beziehungserfahrungen und dem aktuellen, Sicherheit gebenden Interaktionspartner (Therapeut) zu unterscheiden (Interpersonelle Diskriminationsübung oder IDÜ). Auf der anderen Seite meldet der Therapeut dem Patienten seine persönliche Reaktion auf das maladaptive Interaktionsverhalten des Patienten zurück mit dem Ziel, adaptivere Verhaltensfertigkeiten auch innerhalb der therapeutischen Beziehung zu erlernen (Kontingente Persönliche Reaktion oder KPR).

**Dauer einer Behandlung.** Die Dauer der Behandlung in Studien wurde zumeist begrenzt auf 16 bis 32 Sitzungen. Die ursprüngliche Begrenzung auf 16 Sitzungen war eher Studienbedingungen, vor allem der Vergleichbarkeit mit Medikation, geschuldet (Keller et al., 2000). Deshalb wurde in einer aktuellen Studie (Schramm et al., 2017) die Anzahl der Sitzungen auf 32 erhöht. CBASP ist nicht explizit als Kurzzeittherapie konzipiert. Als Therapiedauer empfehlen wir vor dem Hintergrund der neuen Studienergebnisse eine Länge von mindestens 25, in den meisten Fällen eher 50 Sitzungen.

## Settingvarianten

**Einzel- und Gruppensetting.** CBASP wurde von McCullough als Einzeltherapie entwickelt. Seit seiner Einführung wurde CBASP jedoch – vor allem im deutschen Sprachraum – für die Anwendbarkeit unter anderen Settingbedingungen modifiziert. So haben Schramm und Kolleginnen (2012) ein Manual vorgelegt, das die Anwendung von CBASP als Gruppentherapie beschreibt. Die Autorinnen empfehlen, die Diagnosestellung, die Liste prägender Bezugspersonen sowie die Übertragungshypothese bezüglich der Gruppe und des Therapeuten vor und damit außerhalb des Gruppensettings zu erarbeiten. In der CBASP-Therapiegruppe selbst können dann vor allem Situationsanalysen und Übungen zur Verhaltensmodifikation durchgeführt werden.

**Stationärer Kontext.** Die CBASP-Anwendung im Kontext einer stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung stellt eine weitere Modifikation dar. Schwerpunktmäßig von Brakemeier, Guhn und Normann (2021) ausgearbeitet und dokumentiert, werden dabei alle an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflorgeteam, Sozialberatung, Fachtherapeuten) im CBASP geschult, sodass sie mit den theoretischen Konzepten und den Interventionstechniken vertraut sind. Einzeltherapie, Gruppentherapie sowie am CBASP ausgerichtete Therapiegruppen (z. B. Physiotherapie) bilden gemeinsam mit einer in den allermeisten Fällen indizierten pharmakotherapeutischen Behandlung das Gesamtkonzept der stationären CBASP-Variante.

## Supervision

Beim Erlernen von CBASP, genauer bei den ersten Anwendungen des Therapiemodells und dessen Interventionsmethoden, ist Supervision notwendig. Selbst erfahrene Psychotherapeuten brauchen Unterstützung und einen Raum, im Rahmen dessen sie über die besondere Gestaltung der therapeutischen Beziehung, aber auch über die oftmals verheerenden Entwicklungsbedingungen dieser Patientengruppe reflektieren können. Die für das CBASP spezifischen Interventionsstrategien wie die Interpersonelle Diskriminationsübung und die kontingent persönliche Reaktion sowie deren adäquaten Einsatz im therapeutischen Prozess (»Timing«) können unseres Erachtens nicht ohne supervisorische Anleitung erlernt werden. Es empfiehlt sich dabei dringend, die Psychotherapiegespräche aufzuzeichnen (Bild und Ton) und dieses »Material« als Basis für die Supervision zu verwenden.

## Wirksamkeit des CBASP

Zusammenfassend belegen zwei Studien (Keller et al., 2000; Schramm et al., 2015) die Äquivalenz der CBASP-Therapie zu einer etablierten pharmakotherapeutischen Behandlung der chronischen Depression. Weitere Studien (Schramm et al., 2011; Michalak et al., 2015) belegen die Überlegenheit über jeweils eine etablierte Psychotherapie der Depression, nämlich Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) sowie – im Langzeitverlauf – die Überlegenheit über eine Standardbehandlung (»Care as Usual«) (Wiersma et al., 2014). In der oben erwähnten aktuellen Studie (Schramm et al., 2017) zeigt sich CBASP bei chronisch depressiven Patienten mit frühem Beginn und ohne zusätzliche, antidepressiv medikamentöse Therapie einer supportiven Psychotherapie gegenüber signifikant überlegen. Besonders deutlich zeigte sich diese Überlegenheit bei Patienten, die retrospektiv über widrige Umstände in ihrer Kindheit, insbesondere emotionalen Missbrauch, berichten.

In einer weiteren Studie bei bislang erfolglos medikamentös behandelten Patienten war die Kombination aus einer Medikationsoptimierung und Psychotherapie (CBASP oder Supportive Therapie) allerdings nicht wirksamer als die Optimierung der Medikation alleine (Kocsis et al., 2009). Eine Netzwerk-Metaanalyse aus dem Jahr 2014 kommt zu dem Schluss, dass in der Behandlung der chronischen Depression CBASP als Monotherapie und trotz der widersprüchlichen Ergebnisse wahrscheinlich auch als Kombinationstherapie empfohlen werden kann (Kriston et al., 2014). Dieser Empfehlung schließen sich auch die aktualisierten S3-Leitlinien der Depression an (DGPPN et al., 2015), in der zur Behandlung chronischer Depressionen eine Kombination aus Antidepressiva und spezifischer Psychotherapie empfohlen wird.

Während die bisher zitierten Studien zur Wirksamkeitsprüfung von CBASP die getesteten Therapieformen im ambulanten Setting überprüften, liegt auch eine erste Machbarkeits- und Effektivitätsstudie für das stationäre CBASP-Angebot vor (Brakemeier et al., 2015). Auch wenn es sich nicht um eine randomisiert kontrollierte Studie handelt, wird aus diesen Daten geschlossen, dass CBASP als stationäres Konzept erfolgreich eingesetzt werden kann. Zudem profitieren auch chronisch depressive Patienten, die bereits vor dem Studienbeginn eine Vielzahl ambulanter und stationärer Behandlungsversuche ohne nachhaltigen Erfolg in Anspruch genommen hatten.

### ■ Zusammenfassung

CBASP ist nach wie vor die einzige Psychotherapieform, die speziell zur Behandlung chronischer Depressionsformen entwickelt wurde. Der integrative Therapieansatz (basierend auf verhaltenstherapeutischen, interpersonellen und psychodynamischen Theorien) ist nachweislich im Vergleich zu anderen Psychotherapie- und Standardbehandlungsformen wirksam und wird daher in Leitlinien empfohlen.

## 2 Kategoriale und dimensionale Diagnostik

CBASP wurde für die Behandlung von Patientinnen mit chronischer Depression entwickelt. Es versteht sich von selbst, dass deshalb vor der Anwendung von CBASP bei einer konkreten Patientin die Diagnose einer chronischen Depression gesichert werden sollte. Zur Unterstützung der Diagnosestellung wird im Folgenden zunächst auf die entsprechenden Verlaufstypen und diagnostischen Kategorien eingegangen sowie Instrumente zur kategorialen und dimensional diagnostischen Diagnostik vorgestellt. Da Patientinnen mit einer chronischen Depression häufig unter weiteren komorbiden Störungen leiden, empfehlen wir die wichtigsten möglichen Störungen mit den zusätzlich vorgestellten Instrumenten zu screenen.

### ■ Definition

Nach aktuellem Kenntnisstand wird immer dann von einer **chronischen Depression** gesprochen, wenn die depressive Symptomatik ohne längere Unterbrechungen mindestens zwei Jahre andauert.

In älteren Diagnosesystemen wurde zumeist davon ausgegangen, dass die chronische Depression mit einer leichteren Ausprägung der Symptomatik einhergeht. Dafür wurde die diagnostische Kategorie »Dysthymie« eingeführt. Zwischenzeitlich ist durch eine Vielzahl von Verlaufsstudien gesichert (Keller & Boland, 1998), dass auch die »Depressive Episode« (ICD-10) bzw. »Major Depression« (DSM) chronifizieren kann. Zudem kann es trotz eines Ansprechens auf die Akutbehandlung zu einer unvollständigen Remission der Symptomatik einer depressiven Episode kommen. Patientinnen berichten dann von weitergehenden Beeinträchtigungen durch depressive Symptome, die vorhanden, aber etwas weniger stark ausgeprägt sind. In der Folge kann es zu einem Rückfall in eine erneute depressive Episode kommen. Erstreckt sich dieser Krankheitsverlauf über mehr als zwei Jahre, wird zwischenzeitlich ebenfalls von einer chronischen Depression gesprochen. Unter dem Begriff »Double Depression«, der jedoch keinen Eingang in die aktuell gültigen Diagnosesysteme gefunden hat, werden Depressionsverläufe zusammengefasst, bei denen einer depressiven Episode eine Dysthymie vorausging. Da somit das Verlaufskriterium von zwei Jahren erfüllt ist, wird auch dieser Verlaufstyp unter die chronische Depression gefasst.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Wissens über die chronische Depression wurde erstmals im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) mit der »Persistierenden Depressiven Störung (Dysthymie)« (im englischen Original »Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)«) eine, die verschiedenen Verlaufstypen zusammenfassende, diagnostische Kategorie eingeführt (Klein et al., 2014a). Für das ICD-11 wird erwartet, dass neben der Dysthymie (F34.1) auch eine depressive Episode (F32 oder F33) kodiert werden kann.

### ■ Definition

Im Sinne der sprachlichen Vereinfachung verwenden wir in diesem Buch den Begriff »**Chronische Depression**« als Synonym für den Begriff »Persistierende Depressive Störung«. Das DSM-5 erlaubt bei der Diagnose einer Persistierenden Depressiven Störung die Spezifizierung von vier Verlaufstypen:

- (1) mit reinem Dysthymen Syndrom,
- (2) mit persistierender Episode einer Major Depression,
- (3) mit intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit aktueller Episode und

- (4) mit intermittierender Episode einer Major Depression, ohne aktuelle Episode (American Psychiatric Association, 2013, S. 229).

Darüber hinaus kann bestimmt werden, ob es sich um eine Störung mit einem frühen Beginn (vor dem 21. Lebensjahr) oder späten Beginn (Beginn mit dem 21. Lebensjahr oder später) handelt.

## Arbeitsmaterial

### Kategoriale Diagnostik

#### **INFO 1 Grafische Darstellung der Verlaufstypen chronischer Depression**

Auf diesem Informationsblatt sind die verschiedenen Verlaufstypen sowie diagnostischen Begrifflichkeiten nach ICD-10 und DSM-5 grafisch veranschaulicht, um den Überblick über die verschiedenen Verlaufstypen der Persistierenden Depressiven Störung zu erleichtern.

#### **AB 1 Strukturierte Erhebung der Diagnose einer Persistierenden Depressiven Störung**

Zur kategorialen Diagnostik finden Sie Fragen zur strukturierten Erhebung der Diagnose und des Verlaufs einer Depression. Die Fragen sind modifiziert nach Faßbinder et al. (2015) und an die diagnostische Kategorie der Persistierenden Depressiven Störung nach DSM-5 (APA, 2013) angepasst. Die Bearbeitung der verschiedenen Abschnitte ist dabei notwendig, um den Verlauf der chronischen Depression bestimmen zu können.

#### **INFO 2 Kriterien zur Bestimmung der verschiedenen Verlaufsformen der Depression**

Dieses Informationsblatt kann in Ergänzung zur grafischen Darstellung auf **INFO 1** zur Bestimmung des jeweiligen Verlaufstyps der Persistierenden depressiven Störung verwendet werden. Hier finden Sie alle diagnostischen Kriterien übersichtlich zusammengefasst.

#### **AB 2 Screening auf das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen**

Mithilfe dieses Selbstbeurteilungsfragebogens, den Sie Ihren Patientinnen zur Bearbeitung aushändigen können, werden die häufigsten komorbiden Störungen bei Depressionen erfragt. Der Fragebogen ist Faßbinder et al. (2015) entlehnt. Wir folgen der Empfehlung der Kolleginnen, sofern es Hinweise auf das Vorliegen einer oder mehrerer komorbider Störungen durch das Screening gibt, sollten diese Störungen anhand einer strukturierten Exploration (bspw. mithilfe des Strukturierten Klinischen Interview nach DSM, Fydrich et al., 1997; Wittchen et al., 1997) überprüft werden.

#### **INFO 3 Auswertung des Screenings auf das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen**

Dieses Informationsblatt soll Sie bei der Auswertung der Screeningfragen unterstützen und Ihnen die Entscheidung über eine weiterführende Diagnostik erleichtern.

### Dimensionale Diagnostik

#### **AB 3 Gegenwärtige Schwere der depressiven Symptomatik: das Quick Inventory of Depressive Symptomatology**

Neben der kategorialen Diagnostik empfehlen wir die Bestimmung des Schweregrads der chronischen depressiven Störung. Hierzu können Sie das im Arbeitsblatt hinterlegte Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) Ihren Patientinnen zur Bearbeitung aushändigen. Wir haben absichtlich die Kurzform dieses Instrumentes ausgewählt, damit Sie diesen Fragebogen im Verlauf der Behandlung wiederholt Ihren Patientinnen mit der Bitte um Bearbeitung übergeben können.

#### **INFO 4 Auswertung des Quick Inventory of Depressive Symptomatology**

Es liegen für das QIDS-SR grobe Richtwerte zur Bestimmung des Schweregrads der depressiven Störung vor. Diese finden Sie in der Tabelle in diesem Informationsblatt und können sich damit einen ungefähren Eindruck über den aktuellen Schweregrad der Störung Ihrer Patientin bilden.

#### **AB 4 Gegenwärtiges Vorliegen eines riskanten Alkoholkonsums**

Riskanter oder missbräuchlicher Alkoholkonsum ist eine relativ häufige Begleiterscheinung von chronischer Depression. Ergibt sich ein Hinweis auf einen riskanten Alkoholkonsum (oder darüber hinaus), empfehlen wir auch hier, das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung mithilfe einer strukturierten Exploration (z. B. via SKID-I, Wittchen et al. 1997) zu überprüfen. Das Arbeitsblatt eignet sich auch zur Erfassung des Alkoholkonsums im Verlauf der Behandlung.

#### **Dimensionale Diagnostik von für die chronische Depression relevanten Eigenschaften und Fertigkeiten**

##### **INFO 5 Den Stimuluscharakter der Patientin einschätzen: das Impact Message Inventory (IMI)**

Ein wichtiges Werkzeug zur Therapieplanung im CBASP ist das Impact Message Inventory – IMI (Casper et al., 2016). Sie finden auf diesem Informationsblatt eine kurze Beschreibung des Instrumentes und dessen Verwendung im CBASP.

##### **AB 5 Das interpersonelle Circumplex-Modell: der Kiesler-Kreis**

Auf diesem Arbeitsblatt haben wir das Circumplexmodell dargestellt. Sie können es nutzen, um Ihre IMI-Ergebnisse einzutragen oder als Psychoedukationsvorlage für Ihre Patientinnen (s. a. Kapitel 3 »Patientenmaterialien und Psychoedukation«).

##### **AB 6 Die Ausprägung des präoperatorischen Denkens einschätzen: der Lübecker Fragebogen präoperatorisches Denken (LFPD)**

Präoperatorisches Denken spielt in der Beschreibung der Psychopathologie der chronischen Depression (McCullough et al, 2016) eine bedeutsame Rolle. Sie finden auf den Seiten dieses Arbeitsblattes einen Fragebogen (Kühnen et al., 2011), den Sie Ihrer Patientin zur Bearbeitung aushändigen können. Nach der Auswertung erhalten Sie somit ein Maß für die Ausprägung des präoperatorischen Denkens Ihrer Patientin.

##### **INFO 6 Auswertung des Lübecker Fragebogen präoperatorisches Denken**

Hinweise zur Auswertung des Fragebogens erhalten Sie auf diesem Informationsblatt. Zudem finden sich Vergleichswerte aus zwei klinischen Stichproben mit chronisch depressiven Patientinnen, die Sie als Vergleichswerte hinzuziehen können.

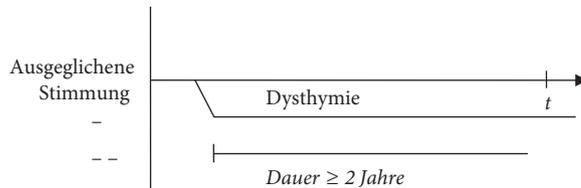
INFO 1 • **T**

## Grafische Darstellung der Verlaufstypen chronischer Depression

**ICD-10:**  
**Affektive Störungen (F3)**

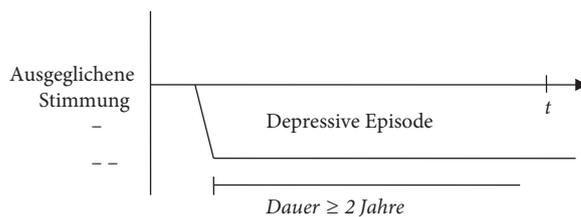
**DSM-5:**  
**Depressive Störungen**

**Dysthymia (F34.1)**



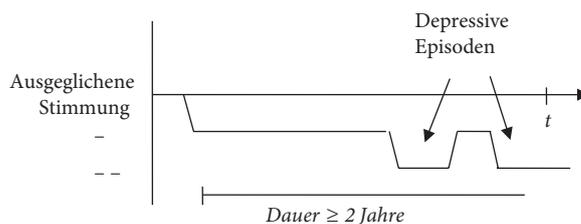
Persistierende depressive Störung, mit Reinem Dysthymen Syndrom

**Depressive Episode (F32.x)**



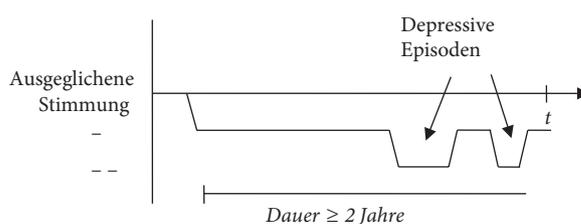
Persistierende depressive Störung, mit Persistierender Episode einer Major Depression

**Rezidivierende depr. Störung (F33.x) und Dysthymia (F34.1)**



Persistierende depressive Störung, mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit aktueller Episode

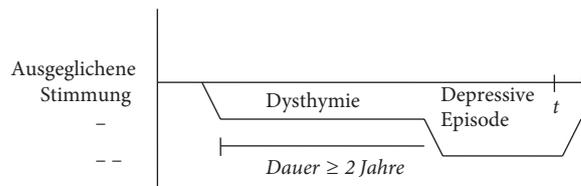
**Rezidivierende depr. Störung (F33.x) und Dysthymia (F34.1)**



Persistierende depressive Störung, mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, ohne aktuelle Episode

**Dysthymia (F34.1) und Depressive Episode (F32.x)**

**»Double Depression«**



Persistierende depressive Störung, mit Intermittierenden Episoden einer Major Depression, mit aktueller Episode

Verlaufstypen chronischer Depression und deren diagnostische Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5.

t = Zeitpunkt der Diagnosestellung