



Brakemeier • Guhn • Normann

2. Auflage

Praxisbuch CBASP

Behandlung chronischer Depression
und Modifikationen der traditionellen
CBASP-Therapie



E-Book inside + Arbeitsmaterial +
170 Minuten Lehrvideos online

BELTZ

Inhalt

Geleitwort von James McCullough zur 1. Auflage	9
Geleitwort von Frank Padberg zur 2. Auflage	11
Vorwort	14
1 Chronische Depression bzw. persistierende depressive Störung	21
1.1 Was zeichnet die chronische Depression aus?	21
1.2 Fakten zu chronischen Depressionen	28
1.3 Besondere Psychopathologie: Entstehung und Entwicklungs- besonderheiten	34
2 Forschungsstand und Verbreitung von CBASP	38
2.1 Wirksamkeit der ambulanten CBASP-Therapie	38
2.2 Wirksamkeit der stationären CBASP-Therapie	55
2.3 Mögliche Nebenwirkungen von CBASP	59
2.4 Verbreitung und Ausbildung	60
3 Medikamentöse Behandlung von CBASP-Patientinnen	62
3.1 Warum sollen chronisch depressive Patientinnen psychophar- makologisch behandelt werden?	62
3.2 Motivierung zu einer medikamentösen Behandlung	64
3.3 Praktisches Vorgehen bei der medikamentösen Behandlung	66
3.4 Zielsymptome und medikamentöses Vorgehen	69
4 CBASP im ambulanten Setting	74
4.1 Fallbeispiel	74
4.2 Ambulante CBASP-Einzeltherapie	76
4.3 Ambulante CBASP-Gruppentherapie	130
5 CBASP im stationären Setting	139
5.1 Fallbeispiele	139
5.2 Vorteile einer stationären Therapie	141
5.3 Beschreibung der Patientinnengruppe	143
5.4 Implementierung des CBASP-Konzeptes	146
5.5 Struktur und Behandlungsphasen	152
5.6 Bausteine der Therapie	157
5.7 Nutzen und Grenzen des stationären Ansatzes	208

6	Individualisierte Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie	209
6.1	Warum erscheinen individualisierte Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie sinnvoll?	209
6.2	Individualisierte Konzepte zur Anpassung an das Alter	211
6.3	Individualisierte Konzepte für Patienten mit chronischer Depression und bestimmten Komorbiditäten	215
6.4	CBASPersonalized als ein individualisiertes und modulares Konzept für Patienten mit chronischer Depression und Komorbiditäten	228
6.5	Das Kiesler-Kreis-Training zur Behandlung interpersoneller Probleme	231
6.6	Technologische Unterstützung der CBASP-Therapie	235
6.7	Well-Being-Therapie zur Rückfallprophylaxe nach CBASP	239
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	242
	Literaturverzeichnis	244
	Sachwortverzeichnis	259

Vorwort

Das in diesem Buch praxisnah dargestellte Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von James McCullough ist bisher die einzige Psychotherapie, die speziell auf die chronische Depression zugeschnitten ist. Innovativ an CBASP empfinden wir, dass diese Psychotherapie auf drei Ebenen ansetzt, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung relevante Rollen spielen:

- ▶ 1. Ebene: die traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Kindheit,
- ▶ 2. Ebene: die daraus entstandenen überdauernden Denk-Schemata (= Prägungen),
- ▶ 3. Ebene: die heutigen zwischenmenschlichen Probleme.

So werden zu Beginn der Therapie die frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen (1. Ebene) einbezogen, indem durch die Liste prägender Bezugspersonen Prägungen (2. Ebene) herausgearbeitet werden, welche der Patient durch Beziehungserfahrungen mit seinen Eltern und anderen Bezugspersonen erworben hat und die ihn bis heute in seiner Lebensweise und Persönlichkeit prägen. Im Anschluss werden gemeinsam die Befürchtungen herausgearbeitet, welche der Patient aufgrund der Prägungen auch an den Therapeuten haben könnte, was als transparente, proaktive Übertragungshypothese bezeichnet wird. Schwerpunktmäßig werden danach konkrete interpersonell schwierige Situationen aus der Gegenwart durch Situationsanalysen mit sich daran anschließenden Rollenspielen bearbeitet (3. Ebene). Dadurch soll der Patient lernen, eine kausale Beziehung zwischen seinen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herzustellen. Letzteres wird auch unterstützt durch die Arbeit mit dem Kiesler-Kreis, wodurch der Patient lernt, sein »Kiesler-Kreis-Profil« einzuschätzen (Wie wirke ich auf andere?). Im Rahmen von interpersonellen Strategien wird eine auf die Bedürfnisse chronisch Depressiver adaptierte Rolle des Therapeuten ermöglicht. Dabei zeigt sich der Therapeut authentisch mit seinen eigenen Gefühlen und Gedanken und nimmt eine Haltung des sog. »disziplinierten persönlichen Einlassens« ein. Er wird also angeleitet, sich, z. B. durch Rückmeldung persönlicher Gefühle – ausgelöst durch Verhaltensweisen des Patienten, in einer bewussten Weise persönlich einzubringen (»kontingente persönliche Reaktion«). Nach derartig gestalteten Situationen kann durch eine »interpersonelle Diskriminationsübung« der Vergleich zwischen altvertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten des Therapeuten erfolgen, um heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, die Prägungen zu entkräften und neue, adaptive Verhaltensweisen zu erlernen (alle drei Ebenen).

So lässt sich CBASP auch als eklektisches bzw. integratives und schulenübergreifendes Verfahren bezeichnen, welches behaviorale, kognitive, psychodynamische und interpersonelle Strategien integriert. Das Hauptziel von CBASP besteht dabei darin, die traumatisierenden Beziehungserfahrungen durch korrigierende neue Er-

fahrungen zu »heilen«. Zudem soll der Patient lernen, dass sein Verhalten Konsequenzen hat, um die erlernte Hilflosigkeit zu überwinden. Ferner sollen das »soziale Empathie-Defizit« behoben und soziale Problemlöse-Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien erlernt werden.

Wir sind von dieser Psychotherapie, die wir unter anderem direkt vom »Erfinder« James McCullough in Richmond, Virginia, während intensiver Workshop-Tage lernen konnten, begeistert. McCullough hat uns CBASP vor allem durch viele Rollenspiele und Demonstrationen »beigebracht«, in denen wir ihn als engagierten, großzügigen, wohlwollenden, unterstützenden, (meist) ruhigen, fokussierenden, empathischen, offenen und menschlichen Therapeuten erleben konnten. Vor allem diese neue nicht-neutrale Haltung der persönlichen Beziehungsgestaltung, bei der eine umsichtige Selbstöffnung nicht mehr tabuisiert, sondern vielmehr gewünscht ist, hat uns berührt und überzeugt.

Daher freuen wir uns sehr, dass wir dieses Buch über CBASP schreiben konnten. Dabei haben wir uns als Haupt-DO (= Desired Outcome, Erwünschtes Ergebnis, Element der Situationsanalyse) gesetzt, CBASP den Leserinnen und Lesern möglichst praxisnah zu vermitteln, was durch viele Patientenbeispiele, die Selbstöffnung bezüglich unserer Erfahrungen und Erlebnisse mit CBASP sowie insbesondere durch Videobeispiele von ambulanten und stationären CBASP-Therapien unterstützt wird. Wir hoffen, dass diese Videobeispiele als besonders wertvolle und hilfreiche Ergänzung zum schriftlichen Material fungieren und so CBASP für die Leser auf eine lebendige Art erlebbar und erfahrbar wird.

Seit der Erstauflage aus dem Jahr 2012 sind nunmehr acht Jahre vergangen, in denen wir zahlreiche praktische und wissenschaftliche Erfahrungen und Erkenntnisse bezüglich der Behandlung der chronischen Depression hinzugewonnen haben. Auf dieser Basis haben wir alle Kapitel aktualisiert und ein gänzlich neues Kapitel mit neuen Videobeispielen ergänzt (Kapitel 6). Für diese 2. Auflage konnten wir erfreulicherweise **Anne Guhn** ins AutorInnenteam aufnehmen, die durch ihre exzellente praktische und wissenschaftliche CBASP-Expertise sowie ihr großes Engagement im besonderen Maße zum Gelingen dieser 2. Auflage beigetragen hat.

Im ersten Teil des Buches legen wir die Grundlagen zu CBASP fokussiert und aktualisiert dar. Besonders erfreut hat uns dabei, dass sich **Martin Hautzinger** als ausgewiesener Depressions-Experte bereit erklärt hat, Kapitel 1 über die chronische Depression mit zu verfassen. Bei diesem Kapitel haben wir insbesondere die Neuerungen resultierend aus dem DSM-5 eingearbeitet (Diagnose persistierende depressive Störung) und wesentliche Erkenntnisse aus neuen Studien insbesondere zu der spezifischen Psychopathologie der chronischen Depression (wie Kindesmisshandlung) integriert. Unseren Lübecker Kollegen **Jan Philipp Klein** konnten wir schnell motivieren, Kapitel 2 mitzuschreiben, welches sich der Forschung und Verbreitung von CBASP widmet. Aufgrund von zahlreichen neuen Studien, die in den letzten Jahren erfreulicherweise im Zusammenhang mit CBASP erschienen sind, konnten wir dieses Kapitel umfassend überarbeiten und aktualisieren. Abgesehen von der übersichtlichen Präsentation sämtlicher bisher publizierter Studien zur generellen Wirksamkeit wird nun ausführlich der Forschungsstand bezüglich Fragen zur differentiellen Indikation

und Wirkmechanismen erörtert. Zudem schien uns wichtig, die medikamentöse Behandlung in so einem Praxisbuch nicht außen vor zu lassen, sondern als wichtigen Teil der Kombinationstherapie ebenfalls zu beschreiben (Kapitel 3). Im Kapitel 4 erfolgt eine praxisnahe Beschreibung der Durchführung der CBASP-Therapie – wie sie McCullough für die ambulante Einzeltherapie entwickelt hat. In dieser zweiten Auflage vertiefen und ergänzen wir dabei Aspekte, die für uns in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben (wie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als Sicherheitszone, die therapeutische Haltung, das Aufklären über Risiken und Nebenwirkungen). Das Kapitel schließt eine Beschreibung der Durchführung von CBASP als ambulante Gruppentherapie ab, welche dankenswerter Weise von **Ruth Fangmeier** (4.3. Ambulante CBASP-Gruppentherapie) mit verfasst wurde. Das Kapitel 5 verstehen wir noch immer als das »Herzstück« unseres Buches – insbesondere da bis heute kein anderes CBASP-Buch sich der ausführlichen Darstellung eines stationären Konzeptes widmet. Die Einführung von CBASP auf Spezialstationen für affektive Störungen hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die Behandlung der chronisch depressiven Patienten gehabt, sondern auch spürbar den Berufsalltag der dort arbeitenden Therapeuten geprägt und verändert. Wir drei Autoren haben als Psychologinnen und Oberarzt auf Stationen, auf welchen viele komplex erkrankte, schwer depressive Patienten behandelt werden, vor der Einführung von CBASP immer wieder erlebt, dass eine bestimmte Patientengruppe weniger gut bzw. kaum von den üblichen stationären psychotherapeutischen Behandlungskonzepten – wie der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) oder der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) – und Medikation profitierte. Beim genauen Betrachten dieser Non-Responder wurde schnell deutlich, dass dies die chronifizierte Patienten waren, welche häufig komorbid andere Störungen wie Angst-, Substanzabhängigkeits- oder Schmerzstörungen hatten und meistens auch Persönlichkeitsstörungen aufwiesen. Teammitglieder berichteten immer wieder, dass es bei diesen Patienten so sei, als würde man gegen eine Mauer prallen, sodass ein wirklicher therapeutischer Kontakt nicht zustande käme. Genau dieses Phänomen hat auch McCullough beschrieben. Die »Mauer«, welche daher auch auf dem Cover dieser 2. Auflage abgebildet ist, wurde bei diesen Patienten meist früh aufgebaut durch schwierige, traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Daher hatten Elisabeth Schramm und Mathias Berger, welche CBASP kennengelernt hatten, die Idee, diese störungsspezifische Psychotherapie neben IPT als multidisziplinäres Konzept auf der Station in der Uniklinik Freiburg einzuführen. Mit ihrer Unterstützung haben wir (Eva-Lotta Brakemeier und Claus Normann) den Plan 2007 umgesetzt. Nach einigen Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen haben wir ein tragfähiges, intensives und multidisziplinäres CBASP-Konzept etabliert, das für andere Kliniken Modellcharakter hat. Denn mittlerweile wurde CBASP auf zahlreichen Stationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz als multidisziplinäres Konzept implementiert; so beispielsweise auch in der Charité Berlin, wo CBASP seit 2013 unter Federführung von Philipp Sterzer, Stephan Köhler und Anne Guhn fester Bestandteil des therapeutischen Konzepts ist. Hier wird auch erfolgreich demonstriert, dass CBASP nicht nur auf einer »reinen« Psychotherapiestation implementiert werden

kann. Auch auf einer Akutstation für Affektive Störungen kann die Durchführung eines CBASP-Programms gelingen, vorausgesetzt, das Engagement des gesamten Teams wird durch regelmäßigen multidisziplinären Austausch, Teamschulungen und Supervision gestärkt und honoriert. Im Kapitel 5 gehen wir auf Voraussetzungen und Bedingungen ein, welche für ein stationäres CBASP Konzept notwendig erscheinen und beschreiben praxisnah illustriert durch fünf Patientenbeispiele die verschiedenen Therapie-Bausteine, wobei uns **Claus Schäfer, Martin Müller und Esther Moser** (5.6.2 Bezugspflege) **Vera Engel** (5.6.3 Gruppentherapie »DO«), **Gertrud Leonhardt** (5.6.4 Kiesler-Kreis-Körpertherapie), **Anne Buchsteiner** (5.6.5 Musiktherapie), **Thomas Winkler** (5.6.6 Gestaltungstherapie), **Brigitte Schalamon** (5.6.7 Ergotherapie) und **Katja Weidlich** (5.6.8 Sozialdienst) durch ihre ausgewiesene Fachexpertise hervorragend unterstützt haben.

Abschließend haben wir uns in der Neuauflage dieses Buches entschlossen, weitere Entwicklungen darzustellen, die seit der Einführung von CBASP insbesondere im deutschen Sprachraum entstanden sind (Kapitel 6). Sie verfolgen alle das Ziel, CBASP noch besser auf die oft sehr vielfältigen Probleme, Komorbiditäten, Bedürfnisse und das Alter des Patienten abzustimmen, sie also genau für das Individuum, welches im Therapieraum vor uns sitzt, »maßzuschneidern« bzw. zu individualisieren. Dies wird einerseits ermöglicht durch eine Anpassung oder Intensivierung der CBASP-Techniken oder durch eine Augmentation (also Hinzunahme) durch andere, möglichst evidenzbasierte, psychotherapeutische Techniken und Module. Mit den vorgestellten Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie verbinden wir die Hoffnung, dass bestimmte Patienten(-gruppen) bzw. Individuen mit interpersonellen Störungen noch besser und langfristiger profitieren. Dieses Buch bietet die Gelegenheit, die Modifikationen einem CBASP-interessierten Publikum vorzustellen, auch wenn diese noch nicht durch den Goldstandard der Psychotherapieforschung – randomisiert-kontrollierte Studien – hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft wurden. Wir freuen uns, wenn dieses Kapitel sowohl Praktiker als auch Wissenschaftler motiviert, die Konzepte in der Praxis auszuprobieren und in Studien zu untersuchen.

Auf einige inhaltliche, sprachliche und formelle Anmerkungen möchten wir an dieser Stelle hinweisen.

Geschlecht. Um beide Geschlechter gleichermaßen zu berücksichtigen, haben wir uns entschieden, die Verwendung der weiblichen und männlichen Form kapitelweise abzuwechseln. Zugunsten der Lesbarkeit und sprachlichen Einfachheit findet sich in den ungeraden Kapiteln die weibliche, in den geraden Kapiteln die männliche Form. Ausnahmen machen wir bei unseren konkreten Beispielen aus der Praxis, bei denen sich das Geschlecht nach den konkreten Behandelnden und den konkreten Patientinnen/Patienten richtet.

Begriff chronische Depression. Wegen der besseren Lesbarkeit und der weiten Verbreitung verwenden wir in diesem Buch den Begriff »chronische Depression«, meinen dabei jedoch die persistierende depressive Störung gemäß DSM-5 (vgl. Kap. 1).

Übersetzungen von CBASP-Fachtermini. Es ist oft nicht einfach, bestimmte Fach-Termini einer ursprünglich englischsprachigen Therapie ins Deutsche zu übersetzen. Im

Folgenden sind die kritischen Begriffe aufgeführt, wobei wir auch andere Übersetzungen erwähnen.

Wir haben uns entschieden, die besondere Art der CBASP-Beziehungsgestaltung, das »disciplined personal involvement«, möglichst originalgetreu zu übersetzen, weshalb wir »diszipliniertes persönliches Einlassen« verwenden und nicht, wie die Übersetzer von McCullough (2012), »persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung«.

In der CBASP-Literatur wird immer wieder der Terminus »contingent personal responsivity« verwendet, was wir originalgetreu als »kontingente persönliche Reaktion« übersetzen (vgl. Abschn. 4.2.5). Da CBASP von McCullough als Lerntherapie konzipiert wurde, benutzt er immer wieder den Begriff »acquisition learning«. Dieser Terminus ist auch im Englischen eher selten, wir haben ihn analog zu Schweiger und Kollegen (McCullough, 2012) als »prozedurales Lernen« übersetzt, wobei ein »Fähigkeits-/Fertigkeits-Zuwachslernen« gemeint ist.

Der Begriff »stimulus value« wird von Donald J. Kiesler im Kontext seines Kiesler-Kreises benutzt. Da es darum geht, wie man selbst auf andere wirkt, also welchen Stimulus man auf andere ausübt, hatten wir in der ersten Auflage die Übersetzung »Stimuluscharakter« gewählt (und nicht »interpersonelle Persönlichkeit« wie in McCullough, 2012). Da der Begriff »Stimuluscharakter« jedoch von Patienten nicht gut angenommen wird, sprechen wir – genau wie im Buch Kiesler-Kreis-Training (Guhn et al., 2019a) – gegenüber den Patienten vom »Kiesler-Kreis-Profil«.

Danksagung

Zuallererst möchten wir uns bei James McCullough bedanken. Ohne ihn gäbe es dieses Buch natürlich nicht, ohne sein CBASP hätten wir uns therapeutisch und forschungsmäßig anders entwickeln müssen. Wir sind äußerst dankbar, dass er unsere tagtägliche therapeutische Arbeit, unsere Forschung und auch uns als Menschen durch seine warmherzige Art und durch seine besondere Therapie beeinflusst hat. Eine seiner Hauptbotschaften an die CBASP-Patienten lautet: »What you do matters«. Jim, many thanks for your impact on us!

CBASP ist mittlerweile gerade in Deutschland zu einem weitverbreiteten und etablierten Therapiekonzept geworden. Viele Ausbildungs- und Weiterbildungsinstitute für Psychotherapie haben CBASP in ihr festes Curriculum aufgenommen und auch erfahrene Kollegen empfinden die CBASP-Techniken und die Haltung bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung (diszipliniertes persönliches Einlassen, DPE) als Bereicherung für den Umgang mit ihren Patienten. Es ist gerade diese DPE-Haltung in CBASP, die wir Autoren tagtäglich als stimulierende Herausforderung erleben und in der wir uns mittlerweile zuhause fühlen. Einen eindrücklichen Beleg dafür, warum diese Haltung so vielen Menschen sprichwörtlich den Halt gibt, den sie aufgrund von traumatisierenden Kindheitserfahrungen nie bekommen haben, hat Jim McCullough jüngst selbst geliefert, als er Ende 2019 seine Biographie »Swimming upstream: A story about becoming human« (Verlag Dorrance Publishing) veröffentlicht hat.

Mit der Verbreitung von CBASP wächst auch die Anzahl an Menschen, denen wir an dieser Stelle herzlich danken möchten. Insbesondere möchten wir all den stimulierenden Stationsteams und Forschungsgruppen danken, von deren Erfahrungsschätzen dieses Buch zehrt! Auch auf die Gefahr hin, dass wir manche Wegbegleiter vergessen werden, ist es uns an dieser Stelle ein Bedürfnis, einige von ihnen namentlich zu erwähnen: Wir danken Elisabeth Schramm und Mathias Berger, die durch ihre Idee einer modifizierten CBASP-Therapie im stationären Setting den Stein ins Rollen gebracht haben. Ein herzlicher Dank gilt weiterhin Jan Philipp Klein, Jörg-Tobias Hof, Frank Padberg, Philipp Sterzer, Stephan Köhler und weiteren Vertretern des stationären Konzepts an vielen Kliniken sowie Ruth Fangmeier für ihren Einsatz für ambulante Gruppen! Danke an die multiprofessionellen Teams und CBASP-Cothérapeuten, ohne welche das Konzept nicht umsetzbar, geschweige denn erfolgreich wäre. Stellvertretend für die Pflgeteams in Freiburg und Berlin danken wir den bereits oben genannten Autoren des Abschnitts zur Bezugspflege Esther Moser, Martin Müller, Claus Schäfer sowie Maria Thurig, Dennis Gutzmer und Stephan Mauersberger. Wir möchten uns weiterhin herzlich bei allen Fachtherapeuten bedanken, die durch ihre Freude an CBASP immer wieder neue Elemente entwickeln, wobei wir explizit unseren Autoren des Kapitels 5 danken, die durch ihre praxisrelevanten Beiträge dieses Buch bereichert haben: Anne Buchsteiner, Gertrud Leonhardt, Brigitte Schalamon, Katja Weidlich und Thomas Winkler.

Ein weiteres herzliches Dankeschön an die vielen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, die im Verlauf der Jahre CBASP-Therapien übernommen haben, hierunter in besonderem Maße Ruth Fangmeier, Stefanie Berg und Vera Engel für ihre wertvollen Konzepte und ihren Erfahrungsschatz aus der ambulanten und stationären Gruppentherapie.

Ein sehr herzlicher Dank gilt auch Amelie Möhring und Selin Demir, die als studentische Mitarbeiterinnen der Universität Greifswald an der formalen Gestaltung dieser 2. Auflage mitgewirkt haben.

Zudem möchten wir uns bei Katharina Arnold, Antje Raden und Svenja Wahl vom Beltz Verlag für die kontingente positive Unterstützung, die Geduld und die wertvollen Anregungen bei der Konzeptualisierung und dem Schreiben dieses Buches sowie der Neuauflage bedanken.

Schließlich gilt ein ganz besonderer Dank den CBASP-Patienten, welche den Mut und die Kraft aufbringen, sich auf unsere intensive CBASP-Therapie einzulassen, mitzuarbeiten und deren Beispiele erheblich dazu beitragen, dass dies kein Lehrbuch, sondern ein wirkliches *Praxisbuch* geworden ist.

Greifswald,
Berlin und Freiburg, im Juli 2020

Eva-Lotta Brakemeier,
Anne Guhn und Claus Normann

4 CBASP im ambulanten Setting

4.1 Fallbeispiel



Herr Stubenrausch ist ein 43-jähriger Mann, der sich auf Anraten seines behandelnden Psychiaters in die ambulante CBASP-Psychotherapie begeben hat. Im Folgenden wird zunächst seine Anamnese kurz vorgestellt, um anschließend den Ablauf einer ambulanten CBASP-Therapie daran exemplarisch zu veranschaulichen, wobei die wichtigsten Therapieausschnitte in den Videos ET_1.1–1.6 festgehalten wurden. Wir empfehlen, sich während der Lektüre dieses Kapitels die angegebenen Videoclips an entsprechender Stelle anzuschauen.

Diagnose

Herr Stubenrausch erfüllt bei Behandlungsbeginn die Kriterien einer schweren depressiven Episode bei rezidivierender Störung (nach ICD 10: F33.2) bzw. die Kriterien einer »persistierend depressiven Störung« (nach DSM-5; vgl. Abschn. 1.1). In der Abbildung 4.1 ist die Lifechart dargestellt, die er gemeinsam mit seiner Therapeutin in der ersten CBASP-Stunde erstellt hat.

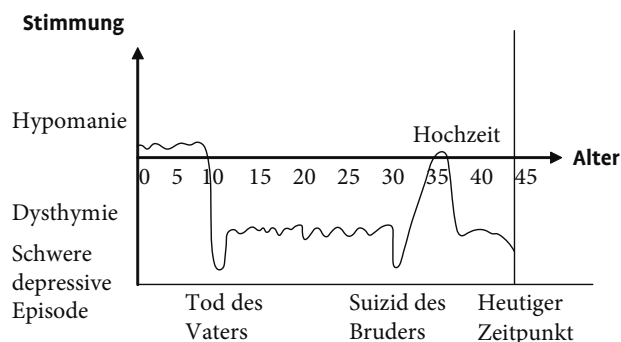


Abbildung 4.1 Lifechart von Herrn Stubenrausch

Deutlich wird, dass Herr Stubenrausch eine chronische Depression bzw. persistierend depressive Störung mit Frühbeginn (vgl. Abschn. 1.2.1) hat, da die chronische Depression bereits im Alter von zehn Jahren begann.

Auslöser. Ursache für die erste schwere depressive Episode war der Tod des Vaters. Herr Stubenrausch berichtet, dass er sich in Folge nie wieder »normal«, fröhlich, glücklich oder leicht gefühlt habe. Er sei seitdem ein melancholischer, introvertierter und zweifelnder Mensch. Als er 30 Jahre alt war, suizidierte sich sein Bruder, was Auslöser für die zweite schwere depressive Episode war. Drei Monate nach dem Suizid vollzog auch Herr Stubenrausch einen Suizidversuch durch Sprung von einer Brücke,

den er jedoch überlebte. Die Zeit um die Heirat seiner jetzigen Frau im Alter von 36 Jahren stellte den bisherigen Höhepunkt in seinem Leben dar, jedoch fühlte er sich auch während dieser Monate immer wieder melancholisch und niedergeschlagen. Sechs Monate vor Beginn der ambulanten Therapie sei er erneut tiefer abgerutscht, wofür er vor allem Stress und Überforderung durch seine Arbeit und das Gefühl, trotz der Partnerschaft einsam zu sein, verantwortlich machte (vgl. Abb. 4.1).

Seine Auskünfte über seine Kindheit sowie der CTQ (vgl. Abschn. 1.2.1) weisen deutlich darauf hin, dass er frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen erlebt hat. Dabei erzielt er im CTQ sehr hohe Werte in den Bereichen »emotionale Vernachlässigung« und »emotionaler Missbrauch« sowie einen hohen Wert im Bereich »körperliche Vernachlässigung«. In Abbildung 4.2 sind seine durchschnittlichen Werte der fünf CTQ-Bereiche wiedergegeben.

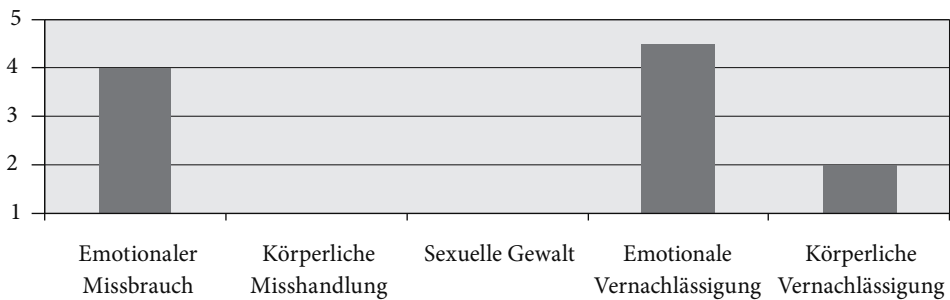


Abbildung 4.2 Durchschnittliche CTQ Werte von Herrn Stubenrauch

Therapieresistenz. Die Depression von Herrn Stubenrauch lässt sich als therapieresistent bezeichnen, da weit mehr als zwei Behandlungsversuche mit Antidepressiva in ausreichender Dosis und Dauer (Definition der medikamentösen Therapieresistenz, vgl. Abschn. 1.3) erfolglos unternommen wurden: Er hat über zehn verschiedene Antidepressiva in seinem Leben ohne durchschlagende Besserungen eingenommen. Zudem hat er auch an mindestens zwei Psychotherapien – in adäquater Länge und von approbierten Psychotherapeuten durchgeführt – ohne langfristige Erfolge teilgenommen (Definition der psychotherapeutischen Therapieresistenz, vgl. Abschn. 1.2.1). Genauer gesagt hat er eine Psychoanalyse über 300 Stunden und zwei Verhaltenstherapien (45 bzw. 80 Stunden) absolviert. Zusätzlich war er bereits viermal in stationärer Depressionsbehandlung.

Depressionsskalen. Bei Behandlungsbeginn hatte Herr Stubenrauch hohe Werte in der Fremdbeurteilung: Auf der Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS; Hamilton, 1967) wurde er mit 25, auf der Montgomery and Asperg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery et al., 1979) mit 27 Punkten geratet. Die Selbstbeurteilung ergab ebenfalls hohe Werte: Im Beck-Depressions-Inventar (BDI II; Hautzinger et al., 2007) erzielte er 29, in der Selbstbeurteilungsskala depressiver Symptome (Inventory

of Depressive Symptomatology, IDS; Rush et al., 1986) 31 Punkte. Die Werte untermauern die Diagnose einer derzeitigen schweren depressiven Episode. Laut SKID-II erfüllte er zudem die Kriterien einer selbstunsicheren und depressiven Persönlichkeitsstörung. Zudem zeigte er eine zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung.

Familienanamnese. Bezüglich der Familienanamnese lässt sich angeben, dass seine Mutter vermutlich selbst immer wieder depressive Episoden hatte und sein Bruder unter schweren Depressionen litt, die zum Suizid führten. Bei seiner jüngsten Schwester wurde ebenfalls eine Depression diagnostiziert. Ein Onkel mütterlicherseits hat eine bipolare Störung. Auch beim Großvater mütterlicherseits wurde eine Depression vermutet.

Kurze Darstellung der Biographie

Familie. Herr Stubenrausch wurde als zweites von vier Kindern (drei Jahre älterer Bruder, eineinhalb und vier Jahre jüngere Schwestern) eines Architekten und einer Hausfrau geboren. Als einschneidendes Erlebnis seiner Kindheit beschreibt er den plötzlichen Tod seines Vaters durch Herzinfarkt im Alter von zehn Jahren. Er habe Grundschule und Gymnasium als mittelmäßiger Schüler absolviert und das Abitur mit der Note 2,8 bestanden. Danach habe er versucht, wie der Vater Architektur zu studieren, sei aber zunächst gescheitert, da er sich selbst zu viel Stress und Druck gemacht habe. Daraufhin habe er eine Schreinerlehre absolviert und in verschiedenen Schreinereien gearbeitet. Im Alter von 35 Jahren habe er sich durch Unterstützung seiner Frau entschließen können, das Architekturstudium wieder aufzugreifen und infolge auch den Abschluss geschafft. Heute arbeite er als Angestellter in einem Architekturbüro.

Partnerschaft. Nach zwei kürzeren Beziehungen mit 23 und 27 Jahren habe er im Alter von 34 Jahren seine jetzige, fünf Jahre jüngere Frau kennengelernt, die inzwischen als erfolgreiche promovierte Physikerin in einem Institut arbeite. Sie stehe kurz vor der Habilitation und verfolge eine universitäre Karriere. Kinder hat das Paar nicht, wobei beide derzeit nicht über die Frage der Familienplanung sprechen würden.

Weitere Informationen über Herrn Stubenrausch sind in den nachfolgenden Abschnitten eingearbeitet. Zudem sind Ausschnitte der CBASP-Einzeltherapie mit Herrn Stubenrausch und seiner Therapeutin auf Video aufgenommen worden.



4.2 Ambulante CBASP-Einzeltherapie

Wie in Abschnitt 1.3 beschrieben ist CBASP die erste Psychotherapie, welche spezifisch zur Behandlung der chronischen Depression entwickelt und evaluiert wurde. Die Idee hierzu kam McCullough durch die Erfahrung, dass er mit bisherigen »traditionellen« Psychotherapiestrategien seinen zwischenmenschlich isolierten, chronisch depressiven Patienten nicht wirklich helfen konnte. Er stellte daraufhin Hypothesen zur Psychopathologie auf (vgl. Abschn. 1.3), die besagen, dass bei chronisch Depressiven durch vielfältige traumatische Lebenserfahrungen die Entwicklung vom präoperationalen

zum operationalen Denken blockiert sei und dies im interpersonellen Bereich die größten Auswirkungen zeigen würde. Daher ist seine neue Therapie entsprechend dieser Prämissen auf soziales und interpersonelles Lernen fokussiert, sodass die therapeutische Beziehung als Quelle für neue, positive und heilsame Beziehungserfahrungen zu einem der wichtigsten therapeutischen Elemente wird.

Folgende Ziele werden im therapeutischen Prozess angestrebt (McCullough, 2000; vgl. Brakemeier et al., 2012): Die Patienten sollen ...

- (1) erkennen, dass ihr Verhalten – entgegen ihrer Erwartungen bzw. früheren Lernerfahrungen – Konsequenzen hat (»wahrgenommene Funktionalität«), wodurch sie aus der erlernten chronischen Hilf- und Hoffnungslosigkeit herauskommen. Im Englischen heißt es so passend: »What you do matters!«
- (2) lernen, sich in ihre Mitmenschen hineinzusetzen (authentische Empathie) sowie ihren sogenannten Stimuluscharakter, den sie auf andere haben, sowie den Stimuluscharakter, den andere auf sie haben, im Kiesler-Kreis einzuschätzen und gezielt zu variieren (vgl. Abschn. 4.2.3).
- (3) soziale Problemlösefertigkeiten und positive Bewältigungsstrategien erlernen und in Situationen anwenden können, in denen diese gefordert sind, um ihre individuellen Ziele zu erreichen.
- (4) interpersonelle Heilungsprozesse bzgl. früherer Kindesmisshandlung erfahren.

Bei der Erarbeitung dieser Ziele hat sich McCullough auf verschiedene Forscher und ihre Theorien berufen und somit verschiedene psychologische Ansätze in seine CBASP-Strategien integriert. In Tabelle 4.1 sind diese Wissenschaftler einschließlich der relevanten Theorien zusammenfassend dargestellt (für weitere Ausführungen s. McCullough, 2000; McCullough, 2012; Schoepf et al., 2007).

Tabelle 4.1 Wissenschaftler und deren Theorien, auf denen CBASP basiert (Je Wissenschaftler ist eine Hauptpublikation angeführt, s. Literaturverzeichnis, alphabetisch sortiert)

Wissenschaftler	Theorie
H.S. Akiskal (1995)	Biopsychosoziales Modell der Depression
A. Bandura (1986)	Revidierte Theorie des sozialen Modell- und Beobachtungslernens
M.E. Bouton (2007)	»Synthetischer Ansatz« zum instrumentellen Verhalten
S. Freud (1960)	Psychoanalyse, Übertragung
D.J. Kiesler (1996)	Interpersonelle Psychotherapie einschl. »therapeutische Metakommunikation« und Kiesler-Kreis
O.H. Mowrer (1947)	Zwei-Prozess-Theorie der Generalisierung und Hemmung von Angst
I. Pavlow (1941)	Klassische Konditionierung

Tabelle 4.1 (Fortsetzung)

Wissenschaftler	Theorie
J. Piaget (1981)	Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung (insb. prä-operatives Stadium) Technik der »nicht übereinstimmenden Übung«
M.E.P. Seligmann (1978, Peterson & Seligman, 1984)	Revidierte Theorie der gelernten Hilflosigkeit mit Betonung der Rolle des Attributionsstils
B.F. Skinner (1953)	Operante Konditionierung, Kontingenzlernen, v. a. negative Verstärkung
D.W. Winnicott (1949)	Konzept der objektiven Gegenübertragung

CBASP liegt ein »Person x Umwelt«-Modell zugrunde. McCullough versteht CBASP in erster Linie als Lerntherapie, in der es um das Erlernen neuer Verhaltens- und Denkstrategien, darüber hinaus jedoch auch um das transparente Erlernen bzw. Erleben neuer korrigierender Beziehungserfahrungen zur Heilung der traumatisierenden Beziehungserfahrungen aus der Kindheit geht.

Aus den genannten verschiedenen Theorien hat McCullough folgende spezifische CBASP- Therapiestrategien entwickelt:

- ▶ Kindheits- und Lebenserfahrungen werden durch die Liste prägender Bezugspersonen (LpB) in einen Zusammenhang zu den heutigen interpersonellen Problemen, u. a. auch denen mit Therapeuten gestellt. Daher werden Übertragungshypothesen (ÜH) bereits in der ersten Phase der Therapie proaktiv und für den Patienten transparent eingeführt.
- ▶ Als innovative Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung lässt sich die Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens (DPE) bezeichnen, welche durch das Preisgeben eigener Gefühle und Reaktionen (kontingente persönliche Reaktion) eine auf die Bedürfnisse chronisch Depressiver adaptierte Rolle des Therapeuten und eine »menschliche« therapeutische Beziehung ermöglicht.
- ▶ In Verbindung damit stehen Interpersonelle Diskriminationsübungen (IDÜ), durch welche den Patienten transparent gemacht wird, dass die Therapeuten anders – häufig entgegengesetzt – als die missbrauchenden, vernachlässigenden, negativ prägenden Bezugspersonen aus ihrem bisherigen Leben reagieren, woraus heilsame Beziehungserfahrungen resultieren können.
- ▶ Als zentrale Elemente gelten außerdem die Situationsanalyse (SA) mit Verhaltenstrainings durch Rollenspiele, kognitive Umstrukturierung und Transferübungen, durch welche die Patienten – entgegen der erlebten Hilflosigkeit – lernen, dass sie aktiv Einfluss nehmen können auf die Erreichung ihrer Ziele.

- ▶ Zudem fließen weitere interpersonelle Strategien durch die Nutzung des Kiesler-Kreises (KK) u. a. zur Unterstützung der Rollenspiele, zum Erwerb der authentischen Empathie und Gestaltung der therapeutischen Beziehung ein.

In Abbildung 4.3 sind die Ansatzpunkte von CBASP und die daran ansetzenden CBASP-Strategien schematisch dargestellt (vgl. auch Brakemeier et al., 2012; McCullough, 2000; Schramm et al., 2006).

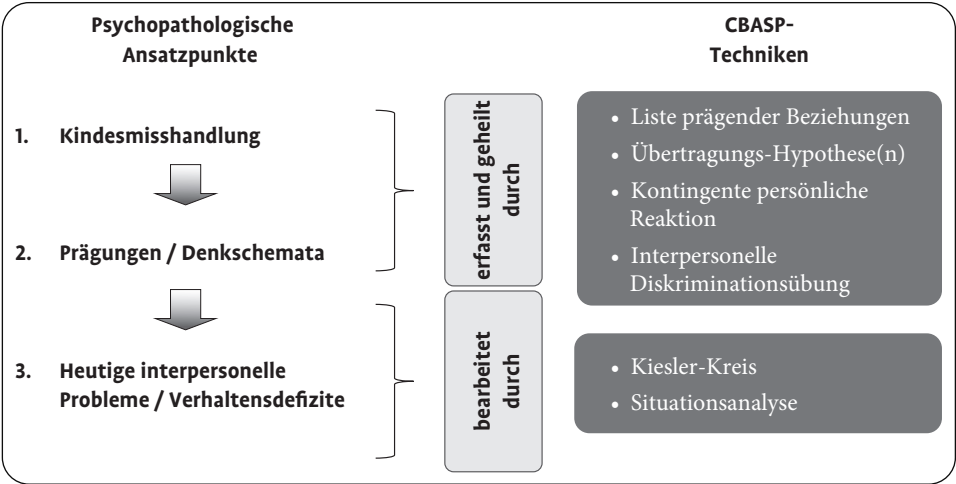


Abbildung 4.3 Ansatzpunkte von CBASP und die daran ansetzenden CBASP-Strategien

4.2.1 Typischer Behandlungsaufbau und -ablauf

Bei den ersten Kontakten wird eine ausführliche Anamnese des Patienten mit dem Ziel erhoben, die chronische Depression möglichst genau zu definieren. Hierbei sollten die Entstehung (Frühbeginn vs. Spätbeginn; Kriterium: Beginn vor oder nach dem 21. Lebensjahr), der Verlauf und der Schweregrad diagnostiziert werden, um zwischen den Formen der chronischen Depression unterscheiden zu können (s. Abschn. 1.1 und 1.2). Um dem häufigen Misstrauen und der mangelnden Motivation für eine weitere Therapie zu begegnen, hat es sich als hilfreich erwiesen, dem Patienten zu verdeutlichen, dass diese Therapie »genau für Sie« entwickelt wurde – also für chronisch depressive Menschen, die schwierige Startbedingungen erlebt haben und schon viele andere Therapieversuche mehr oder weniger erfolglos vorher durchlaufen haben (vgl. erstes Videoclip 1.1).

Zudem wird der Patient in die CBASP-Therapie eingeführt, wobei er insbesondere auf die neue Haltung der therapeutischen Beziehungsgestaltung – das DPE – vorbereitet wird. Eine Einführung in DPE kann wie folgt aussehen:



»Sie werden in unseren Sitzungen wahrscheinlich bemerken, dass ich mich anders verhalte als bisherige Therapeuten, oder als Sie es vielleicht von einer Therapeutin erwarten würden. So werde ich Ihnen häufig mitteilen, was Sie in mir auslösen, welche Gefühle und Verhaltensimpulse bei mir entstehen und was ich über Sie denke. Zudem werde ich auch – wenn es Sie interessiert und es in unseren therapeutischen Prozess passt – über mich persönlich berichten. Ich werde mich hier also als Mensch zeigen, indem ich von mir etwas preisgebe, und nicht als ein distanzierter Therapeut, der über sich selbst nie etwas berichtet. Dabei werde ich mich sehr bemühen, immer ehrlich und authentisch zu sein. Ich hoffe, dass Sie sich dadurch auch leichter öffnen und sich mir anvertrauen können.«



Der erste Videoclip 1.1 zeigt, wie die Therapeutin Herrn Stubenrausch in die CBASP-Therapie einführt und Herr Stubenrausch darauf reagiert.

Einführung in CBASP mit Vorbereitung auf das DPE

Die Therapeutin führt Herrn Stubenrausch in die Psychotherapie CBASP ein und bereitet ihn auf die besondere Gestaltung der therapeutischen Beziehung vor. Da Herr Stubenrausch schon viele Psychotherapien zuvor durchgeführt hat, zeigt er sich überrascht, dass seine Therapeutin etwas von sich erzählen wird (Video 1.1, 2:42-3:30). Zudem bringt er seine Skepsis und sein Misstrauen zum Ausdruck: »Na ja gut, dann machen Sie mal, bin ich mal gespannt. Das haben schon ganz andere probiert, aber vielleicht kriegen Sie es ja hin ...«

Die therapeutische Beziehung als Sicherheitszone für den Patienten. Skepsis, Misstrauen bis hin zu Feindseligkeit sind zu Behandlungsbeginn häufige Gefühle und Verhaltensweisen, welche die Patienten dem Therapeuten entgegenbringen. Vor dem Hintergrund der traumatischen Beziehungserfahrungen, welche die Patienten häufig erlebt haben, sind diese jedoch nachvollziehbar. Patienten verhalten sich so, wie sie es gelernt haben. Daher sollte der Therapeut an dieser Stelle offen und zugewandt bleiben und diese Gefühle zunächst hinnehmen oder sogar validieren. Der Therapeut kreiert damit eine Sicherheitszone, die es dem Patienten erst ermöglicht, sich auf eine Beziehung einzulassen. Diese Beziehung wird als Basis dafür verstanden, dass der Patient die Strategien annehmen und erlernen kann, die der CBASP-Therapeut vermitteln will. Die Hauptaufgabe des Therapeuten besteht daher darin, für den Patienten eine Atmosphäre von Sicherheit zu kreieren. Dies gelingt durch ein authentisches und aufrichtiges Interesse am Patienten, das sich auf Verhaltensebene für die meisten Patienten eher in einem neutralen als in einem überschwänglich-freundlichen Verhalten des Therapeuten zeigt. Letzteres kann die Gefahr bergen, vom Patienten als fremd und damit unauthentisch wahrgenommen zu werden, sodass sich der Patient nicht sicher genug fühlt, sich auf die Beziehung mit dem Therapeuten einzulassen. Letztlich erscheint es für die Herstellung der Sicherheitszone wichtig, die therapeutische Beziehung an der Art der frühen Traumatisierung und den heutigen interpersonellen Problemen auszurichten (vgl. Bollmann et al., in press).