



Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ zur Behandlung der chronischen Depression

Elisabeth Schramm

In der Vergangenheit galt die chronische Depression als behandlungsresistente Störung. Bei dem hier beschriebenen Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von James McCullough handelt es sich um die einzige Psychotherapieform, die spezifisch zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. Der in einem Manual beschriebene Ansatz (McCullough 2000; dt. Übersetzung und Bearbeitung: Schramm et al. 2006) integriert in innovativer Weise behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien. Das CBASP ist empirisch überprüft und hat sich als wirksam erwiesen. Im deutschsprachigen Bereich ist die Methode noch wenig bekannt. Neben der Herleitung des Verfahrens werden im vorliegenden Beitrag die wichtigsten therapeutischen Strategien und Techniken beschrieben und an einem Fallbeispiel verdeutlicht. Der therapeutischen Beziehungsgestaltung kommt hierbei eine herausragende Bedeutung zu. Abschließend werden der derzeitige Forschungsstand zu diesem Verfahren sowie die Indikationsbereiche erläutert.

Einleitung

Ungefähr ein Drittel aller Depressionen nimmt einen chronischen Verlauf (Kessler et al. 1994). Neuere Klassifikationssysteme wie das DSM-IV unterteilen chronische Depressionen in folgende Formen:

1. chronische Major Depressive Episode (MDE mit einer Dauer von mehr als 2 Jahren),
2. dysthyme Störung (leichtere Symptomatik für länger als 2 Jahre),
3. Double Depression (MDE auf eine dysthyme Störung aufgesetzt),
4. MDE mit unvollständiger Remission über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren.

Chronische Depressionen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von episodisch auftretenden Depressionen. Sie zeigen in der Regel einen frühen Beginn und führen zu höherer psychosozialer und beruflicher Beeinträchtigung sowie einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, darunter auch stationärer Behandlungen (zusammengefasst in Arnow u. Constantino 2003; Dunner 2001). Außerdem besteht eine höhere Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Angststörungen, Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen sowie häufigeren Suizidversuchen als bei akuten Depressionsformen (McCullough 2003). Im Vergleich zu akuten depressiven Episoden gelten chronische Depressionen darüber hinaus als schwerer behandelbar. Der Therapeut sollte nicht nur auf eine schwierige therapeutische Beziehungsgestaltung vorbereitet sein, sondern auch von unterschiedlichen theoretischen Annahmen zur Ätiologie ausgehen (siehe nächster Abschnitt).

Theoretischer Hintergrund des Verfahrens

McCullough sieht die frühe Entwicklungsgeschichte chronisch depressiver Patienten als Schlüsselerklärung für die mangelnde Ansprechbarkeit auf traditionelle Depressionstherapien wie Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; Beck et al. 1979), aber auch Interpersonelle (IPT; Klerman et al. 1984; dt. Fassung: Schramm 1998) oder psychodynamische Psychotherapie. Denn nach McCullough leiden chronisch Depressive nicht nur unter übertrieben pessimistischen Gedanken, sondern auch darunter, dass ihre kognitiv-emotionale Entwicklung aufgrund negativer Lernerfahrungen (wie etwa seelische oder körperliche Traumatisierung) in einem frühen Stadium zum Stillstand gekommen ist. Dies führt dazu, dass die negativ-depressiven Annahmen über das Leben und die Umwelt auch bei wiederholten gegenteiligen Erfahrungen kaum korrigiert werden können. Aus dieser Erkenntnis heraus kombinierte er mehrere Modifikationen der traditionellen kognitiv-behavioralen Therapie mit spezifischen interpersonellen Techniken, die unter anderem verhindern sollen, dass der Therapeut zu schnell zu viel vom Patienten verlangt. Denn die Patienten bringen nicht die notwendigen kognitiven Voraussetzungen mit, um ihre negativen Sichtweisen im Rahmen üblicher therapeutischer Kommunikation zu verändern. Dabei bezieht sich McCullough auf die Arbeiten von Piaget (1926, 1981), dessen Entwicklungstheorie zufolge eine positive Umgebung das Kind zum Auskundschaften seiner Umwelt ermutigt. 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“. Nach McCullough (2000) befinden sich chronisch Depressive in der präoperatorischen Phase. Das bedeutet:

1. Sie denken global und prälogisch.
2. Ihre Denkprozesse können kaum durch die Gesprächspartner beeinflusst werden.
3. Sie sind Ich-zentriert in ihren Sichtweisen von sich selbst und anderen.
4. Sie kommunizieren überwiegend monologisierend.
5. Sie sind zu authentischer interpersoneller Empathie unfähig.
6. Sie haben unter Stress wenig affektive Kontrolle.

Im Rahmen des CBASP hält der Therapeut den Patienten im Verlauf der Behandlung schrittweise dazu an, in formal operatorischer Weise zu denken (Piaget 1926, 1981). Als theoretische Basis für die Hauptinterventionen dienen neben Piagets kognitiv-emotionaler Entwicklungstheorie auch andere bedeutsame psychologische Ansätze wie beispielsweise Seligmans Konzept der erlernten Hilflosigkeit, Banduras soziale Lerntheorie, Skinners Theorie zum operanten Lernen sowie Kieslers (1996) interpersonelles Modell (zusammengefasst in McCullough 2000).

Behandlungsziele

Die Hauptziele des CBASP bestehen darin, dass der Patient in die Lage versetzt wird,

1. die unmittelbaren Konsequenzen seines eigenen chronisch depressiven Verhaltens zu erkennen („perceived functionality“) bzw. Probleme in sozialen Beziehungen formal operatorisch zu lösen 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, dem Patienten in bisher als enttäuschend erlebten Situationen neue Fertigkeiten und positive Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Darüber hinaus soll bei Bedarf 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 (Klein et al. 2004).

Vorgehen und Behandlungselemente

Zu den Haupttechniken des CBASP gehört die so genannte *Situationsanalyse (SA)*, mit deren Hilfe der Patient eine kausale Beziehung zwischen seinen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herstellen soll. Die SA basiert in erster Linie auf behavioralen und kognitiven Prinzipien. Die *interpersonellen Techniken* zielen darauf ab, dem Patienten zu helfen, zwischen altvertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten des Therapeuten oder anderer Personen zu unterscheiden und negative Interaktionsmuster dadurch zu verändern. Darüber hinaus wird der Therapeut angeleitet, sich in einer bewussten und disziplinierten Weise persönlich einzubringen („disciplined personal involvement“), damit der Patient seine eigene destruktive Entwicklungsgeschichte erkennen und revidieren kann. Der *Aufbau von Verhaltensfertigkeiten* (z. B. in Form von Rollenspielen) stellt einen weiteren wichtigen Teil der Therapie dar. Die wichtigsten Behandlungsprinzipien sind in einem Übersichtsartikel von Schramm et al. (2006) zusammengefasst.

Interpersonelle Elemente

Bei Therapiebeginn wird mithilfe einer Liste prägender Beziehungen („*significant other history*“) geklärt, wie das Denken und Verhalten des Patienten von bedeutsamen Bezugspersonen beeinflusst wurde. Beispielfragen: „*Welche Auswirkung hatte das Verhalten Ihrer Mutter auf Ihr Leben und Ihre Lebensweise?*“ „*In welcher Weise hat die Beziehung zu Ihrer Mutter Sie geprägt?*“ „*Zu was für einem Mensch hat der Einfluss Ihrer Mutter Sie heute gemacht?*“.

Durch diese Analyse lassen sich Übertragungshypothesen darüber formulieren, wie der Patient seine biografisch geformten Erwartungen und Verhaltenmuster möglicherweise auf den Therapeuten übertragen wird (Tab. 8.1). Mithilfe dieser Hypothesen kann man problematische Übertragungsfänomene schon vorhersagen, bevor sie manifest werden. Nach McCullough sollte das Augenmerk des Therapeuten auf die Übertragungsbereiche „Nähe“, „Fehler“, „Bedürftigkeit“ und „negativer Affekt“ gelegt werden.

Tabelle 8.1 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 im gegenüber habe, dann ...“

Die therapeutischen Übertragungshypothesen werden gemeinsam mit dem Patienten proaktiv herausgearbeitet. Im Gegensatz zur therapeutischen Beziehung im Rahmen psychoanalytischer Therapien soll beim CBASP die Beziehung zwischen Therapeut und Patient im Verlauf der Therapie einer Beziehung im „realen Leben“ entsprechen, also eine bilaterale menschliche Beziehung zwischen Gleichen sein. Soziale Lernprozesse werden durch das kontinuierliche Bearbeiten relevanter zwischenmenschlicher Erfahrungen möglich. Im Unterschied zur Psychoanalyse werden im CBASP aber keine Deutungen eingesetzt, um Verhalten zu ändern. Stattdessen werden die Patienten aufgefordert, zwischen dem Verhalten wichtiger Bezugspersonen und dem des Therapeuten zu differenzieren (sog. „Interpersonelle Diskriminationsübung“, IDÜ). Bei der IDÜ handelt es sich um eine Gegenüberstellung, wobei der Therapeut Fragen stellt wie z. B.: *„Wie würden Ihre Mutter (Vater, Geschwister etc.) reagieren, wenn Sie über diese Dinge sprechen oder sich in einer bestimmten Weise verhalten würden?“*; *„Wie habe ich darauf reagiert?“*; *„Wie unterscheiden sich die Reaktionen Ihrer Bezugspersonen von der Art, wie ich reagiert habe?“* (Diskriminationstraining); *„Was bedeutet es für Sie, wenn ich anders reagiere als Ihre Bezugsperson?“*

Die systematische Gegenüberstellung von negativen interpersonellen Erfahrungen des Patienten und realem Verhalten des Therapeuten wird dann eingesetzt, wenn sich Therapeut und Patient in einer potenziell problematischen Übertragungssituation („hot spot zone“) befinden. Solche emotionalen Brennpunkte lassen sich mithilfe der Übertragungshypothesen gut erkennen. Die IDÜ 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.

Therapeutische Beziehungsgestaltung – kontrolliert-persönliches Einbringen des Therapeuten

Chronisch Depressive sind oftmals hochempfindlich, distanziert-feindselig, reagieren leicht gekränkt und interpretieren Dinge allgemein als gegen ihre Person gerichtet. Eine häufige Reaktion auf aggressives oder feindseliges Patientenverhalten ist das distanzierende Therapeutenverhalten (z. B. belehrend, defensiv, überfordert), das die therapeutische Beziehung weiter verschlechtert. So entsteht ein Teufelskreis von Therapiemisserfolgen und -abbrüchen, sofern diese nicht gezielt therapeutisch aufgearbeitet werden.

Nach McCullough stellt bereits die erste Therapiestunde sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten eine entscheidende Begegnung dar. Wenn Therapeuten bei chronisch depressiven Patienten erfolgreich sein wollen, müssen sie zwei Voraussetzungen mitbringen:

1. Wissen über und Verständnis für die Psychopathologie der Patienten und
2. einen gut durchdachten Plan, wie der Patient darin unterstützt werden kann, sein depressives Dilemma zu überwinden.

Die Forschungsarbeiten Kieslers zu interpersonellen Beziehungen (z. B. Kiesler u. Schmidt 1993) und der von ihm entwickelte Fragebogen für interpersonelle Eindrücke (IMI, dt. Version: Caspar 2002) bilden eine bedeutsame Basis dafür. Mit dem IMI können mehrere Perspektiven der Beziehungswirkung (z. B. des Patienten oder des Therapeuten) graphisch dargestellt werden. Chronisch Depressive lösen mit submissivem („Helfen Sie mir! Ich mache alles, was Sie sagen“) und/oder feindselig-distanziertem („Wenn die Menschheit besser

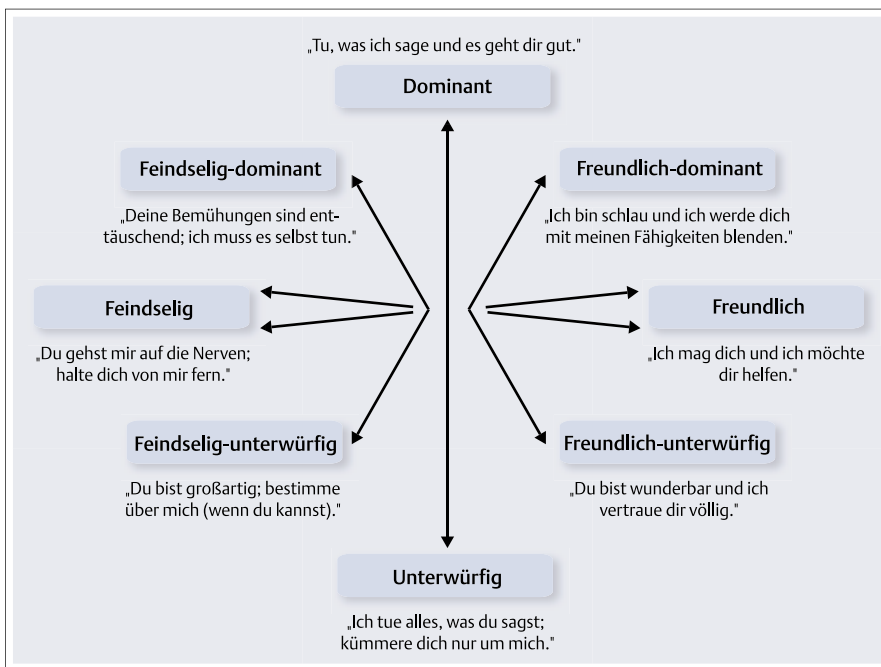


Abb. 8.1 Interpersoneller Circumplex nach Kiesler.

wäre, hätte ich keine Probleme“) Verhalten bei Therapeuten häufig dominante („Wenn Sie es nicht schaffen, muss ich es eben für Sie machen“) und/oder feindselige („Wenn Sie so weiter machen, werden Sie ewig depressiv bleiben“) Muster aus.

Diese automatischen Reaktionsstile von Seiten des Therapeuten haben jedoch eine vernichtende Wirkung auf den Patienten (McCullough 2000). Sie behindern den Veränderungsprozess des Patienten und bestätigen zudem seine negative Sicht der sozialen Umwelt. Der IMI hilft dem Therapeuten, diese interpersonellen Gefahrenzonen zu vermeiden. Durch den IMI, den der Therapeut zu Therapiebeginn für einen Patienten ausfüllt, wird der Stimuluscharakter des Patienten ermittelt. Typischerweise weisen chronisch Depressive hohe Werte in den Oktanten „unterwürfig“, „feindselig-unterwürfig“, „feindselig“ und „freundlich-unterwürfig“ auf (siehe Abb. 8.1 mit den entsprechend komplementären Reaktionen des Therapeuten).

Die Aufgabe des CBASP-Therapeuten ist es, diese automatischen Reaktionstendenzen zu vermeiden und auf der „freundlichen Seite“ zu bleiben. Ein optimales Therapeutenprofil sollte zwischen den Oktanten „freundlich-dominant“ und „freundlich-submissiv“ liegen. Dies bedeutet aber nicht, dass nicht thematisiert werden darf, wenn der Patient beim Therapeuten negative Affekte auslöst. Die Patienten profitieren am meisten von Therapeuten, die sich kontrolliert-persönlich in die therapeutische Beziehung einbringen, da ihnen auf diese Weise ein Gefühl für authentische Empathie vermittelt werden kann (McCullough 2000). Dieses heilsame therapeutische Mittel sollte vom Therapeuten wohlüberlegt eingesetzt werden; auch sollte er in seiner Persönlichkeit emotional reif und gefestigt sein.