

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): Psychotherapie chronischer und therapieresistenter Depressionen

Chronische Depressionen sind nur bei rund jedem zweiten Patienten auf eine Therapieresistenz zurückzuführen. Neben genetischen Faktoren sind bei früh beginnenden Depressionsverläufen häufig interpersonelle Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend eine wesentliche Ursache für eine Chronifizierung. An den damit verbundenen Reifungsstörungen setzt das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy an.



Elisabeth Schramm

Elisabeth Schramm

Das Störungsbild

Chronische Depressionen machen etwa 30 Prozent der Gesamtzahl depressiver Erkrankungen aus und bestehen meist schon seit der Kindheit oder dem Jugendalter (1, 2). Nur grob die Hälfte aller chronisch verlaufenden Depressionsformen ist allerdings auf eine Therapieresistenz zurückzuführen. Es gibt vier unterschiedliche Verlaufsarten:

- 1) Die chronische Major-Depressive-Episode, die mindestens 2 Jahre und mit ausgeprägter Symptomatik andauert;
- 2) die Dysthymie, eine mindestens 2-jährig bestehende, von der Symptomatik her leichtere Depression;
- 3) die sogenannte «Double Depression» mit einer auf die Dysthymie aufgelagerten depressiven Episode;
- 4) die in mehrfachen Episoden rezidivierende Major Depression mit unvollständiger Remission zwischen den einzelnen Krankheitsphasen.

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

Weshalb chronifizieren Depressionen?

Neben genetischen Faktoren sind bei früh beginnenden Depressionsverläufen häufig interpersonelle Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend eine wesentliche Ursache für eine Chronifizierung (3). Vor allem emotionale Vernachlässigung und Missbrauch sowie körperliche Misshandlungen werden von den Patienten berichtet. Die frühen Traumatisierungen können auch die hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen erklären. Die Betroffenen haben sich infolge der Missbrauchserlebnisse zunehmend von ihrer Umwelt abgekapselt, sodass sie für soziale Lernprozesse nur eingeschränkt zugänglich sind, nur mangelhafte inter-

personelle Kompetenzen erwerben können und dadurch bedingt chronische Hilflosigkeit empfinden. Auch das sogenannte präoperatorische Denken, das Piaget (4) beschrieben hat, findet man als Folge dieser Prozesse im klinischen Alltag besonders häufig. Diese Denkweise umfasst:

- eine Zentrierung der Wahrnehmung auf die eigene Person
- eine eingeschränkte Fähigkeit, sich flexibel in die Position eines anderen hineinversetzen und seine eigenen Emotionen entsprechend regulieren zu können
- eine mangelnde Fähigkeit, eine klare Beziehung zwischen dem eigenen Verhalten und den Konsequenzen zu erkennen.

An diesen Reifungsstörungen setzt eine speziell für die Behandlung chronischer Depressionen entwickelte Psychotherapie an, das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; [5]; dt. Manual: [6]). Diese von James McCullough in den frühen Siebzigerjahren als bisher einzige für chronische Depressionen entwickelte Methode berücksichtigt mit speziellen Techniken die frühen sozialen und emotionalen Reifungsrückstände und die Missbrauchsvorgeschichte der Patienten. Der Schwerpunkt dieser Intervention liegt in interpersonellen und behavioralen Strategien, es werden aber auch kognitive und psychodynamische Elemente integriert.

Chronische versus akut-episodische Depression

Ist es jedoch überhaupt nötig, zwischen chronischen und akut-episodischen Depressionsformen zu unterscheiden? Die Datenlage spricht dafür, denn chronische Depressionen stellen insgesamt – unter anderem bedingt durch die höhere Komorbidität – ein komplexeres Störungsbild dar. Und sie rufen weitaus stärkere psychosoziale Beeinträchtigungen hervor als nicht chronifizierte Formen (2). Sie sind letztlich auch weniger erfolgreich zu behandeln, sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch, und führen häufiger zu Suizidversuchen und stationären Aufenthalten.

Studienlage

Die Studienlage zur Therapie chronischer Depressionen ist im Vergleich zu den nicht chronifizierten Formen noch spärlich. Metaanalysen (7) zeigen, dass die Behandlung chronifizierter Verläufe sowohl mit Pharmako- als auch mit Psychotherapie im Vergleich zu episodisch auftretenden Depressionen schlechtere Therapieergebnisse erbringt. Allerdings liegen bis anhin in erster Linie Studien zur *Dysthymie* vor, die jedoch gravierende methodische Einschränkungen aufweisen und – möglicherweise im Rahmen der sehr kurzen Dauer der Psychotherapien – auf eine Überlegenheit medikamentöser Behandlung hinweisen.

In einer umfassenden Psychotherapiestudie an *chronischen majoren Depressionen* von Keller et al. (8) an über 600 Patienten wurde erstmals das oben erwähnte CBASP eingesetzt. Die Methode erwies sich dabei als gleich wirksam wie alleinige Medikation, und kombiniert waren beide Verfahren am erfolgreichsten. Das letztgenannte Ergebnis wird auch in den bekannten Nationalen Versorgungsleitlinien S-3 aufgegriffen, und entsprechend wird eine kombinierte Behandlung bei dieser Störungsgruppe empfohlen. Eine Fortsetzung des CBASP mit monatlichen Sitzungen im Sinne einer Erhaltungstherapie erbrachte eine deutlich niedrigere Rückfallrate als die Vergleichsbedingung (Untersuchungsgespräche) (9). Besonders profitierten Patienten mit frühen interpersonellen Traumatisierungen vom CBASP im Vergleich mit ausschliesslicher Pharmakotherapie (10). Als Augmentierungsstrategie bei chronisch depressiven Non-Respondern auf Medikation war die CBASP-Methode allerdings kurzfristig nicht wirksamer als eine supportive Therapie oder ein Medikamentenwechsel (11). Die Publikation der Katamnesedaten dieser Studie steht noch aus.

Die Tatsache, dass das CBASP gezielt auf die Bedürfnisse chronisch depressiver Menschen zugeschnitten ist, erklärt möglicherweise auch die Steigerung des Behandlungserfolgs in Relation zu den herkömmlichen Depressionstherapien (12).

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Einsatz der therapeutischen Beziehung

Das Besondere am CBASP besteht in der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die sich durch das Erarbeiten von Übertragungshypothesen und das sogenannte «Disciplined Personal Involvement» auszeichnet (13). Unter Letzterem versteht man das persönliche Einbringen der Gefühlsreaktionen des Therapeuten als direkte Konsequenz auf das Verhalten des Patienten. Die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung schafft die Voraussetzung dafür, dass der Patient seinen Therapeuten als «Sicherheitssignal» erkennt und so sein Vermeidungsverhalten und andere problematische Interaktionsmuster überwinden kann. Durch die direkte wohlwollende Rückmeldung des Therapeuten fördert er beim Patienten, dass dieser die Auswirkung seines Verhaltens auf das Gegenüber erkennt und dadurch allmählich seine Abkapselung von der Umwelt aufgibt. Zum Beispiel kommentiert der Therapeut feindseliges Verhalten des Patienten folgendermassen: «Wenn Sie mir nur negative Antworten geben, fühle ich, wie bei mir allmählich die Luft rausgeht. Es ist, wie wenn

Sie mich zurückstossen. Warum tun Sie das?... Was möchten Sie wirklich von mir?... Wie müssten Sie sich verhalten, um von mir zu bekommen, was Sie brauchen?»

Dabei lernt der Patient, zwischen altvertrauten missbräuchlichen Beziehungsmustern und dem unterstützenden Verhalten des Therapeuten zu unterscheiden (sog. interpersonelles Diskriminationslernen). Die interpersonellen CBASP-Strategien setzen aber nicht nur an der oftmals distanzierten, feindseligen oder submissiven Beziehungsgestaltung an, sondern auch an der geringen Änderungsmotivation («was immer ich tue, es wird sich sowieso nie etwas ändern»), dem meist überschätzten Funktionsniveau sowie dem ausgeprägten Vermeidungsverhalten chronisch depressiver Patienten. Der Therapeut soll sich weder dazu verleiten lassen, die therapeutische Arbeit für den Patienten zu übernehmen (die sog. Dominanzfälle), noch sollte er dem automatischen Impuls nachgeben, auf entgegengebrachte Feindseligkeit und Distanzierung mit demselben Verhalten zu reagieren. Die Bereitschaft des Therapeuten, offen und wohlwollend in lerngeeigneten Momenten mit seinen eigenen Gefühlen und Reaktionen dem Patienten zu begegnen, ermöglicht es ausserdem, empathisches Verhalten zu vermitteln und auf die Missbrauchsvorgeschichte modifizierend einzuwirken.

Übertragungshypothesen

Chronisch Depressive bringen vor dem Hintergrund der beschriebenen Traumatisierungen Beziehungserwartungen mit, die sie undiskriminiert auf andere Beziehungen, auch auf die therapeutische Beziehung, übertragen. Zur proaktiven Einschätzung von schwierigen interpersonellen Situationen im Laufe der Behandlung und zum Umgang mit Übertragungsproblemen ver-

Kasten 1:

Prägungen und Übertragungshypothese bei einem männlichen Patienten (Herr K.)

Liste prägender Beziehungen

Mutter: Depressiv, schien ständig überfordert, war wenig ansprechbar und hat fast nie mit ihm gespielt. Er verschonte die Mutter mit seinen Problemen. In seinem 9. Lebensjahr liess sich der Vater scheiden, und er fühlte sich für die Mutter verantwortlich. In seinem 15. Lebensjahr verstarb sie plötzlich an einem Herzinfarkt.

Prägung: «Von Frauen hast du wenig zu erwarten, sie lassen dich im Stich.»

Vater: Hatte wenig Interesse an ihm und traute ihm nichts zu. Er hatte sich einen sportlichen «Raufbold» gewünscht und keinen schüchternen, übergewichtigen Jungen. Nach der Scheidung hatte er kaum Kontakt mit ihm.

Prägung: «Du hast nichts zu bieten.»

Tante: Nach dem Tod der Mutter lebte er bis zum Abschluss der Realschule bei seiner Tante, die ihm das Gefühl gab, eine Last zu sein. In seiner Trauer um die Mutter liess sie ihn allein. Nach seiner Ausbildung als Koch kehrte er aus finanziellen Gründen zu ihr zurück.

Prägung: «Von Frauen hast du wenig zu erwarten.»

Übertragungshypothese (Domäne: emotionale Bedürfnisse): «Wenn ich etwas von meiner Therapeutin brauche, habe ich nichts zu erwarten.»

schaft sich der Therapeut bereits zu Beginn der Therapie einen detaillierten Überblick über die prägenden Bezugspersonen des Patienten und leitet daraus eine Übertragungshypothese ab. Die Übertragungshypothese fasst zusammen, welche Beziehungserwartung der Patient in die Therapie mitbringt. Die Prägungen eines männlichen Patienten und die auf seine Therapeutin bezogene Beziehungserwartung sind in *Kasten 1* schematisch dargestellt.

Interpersonelle Diskriminationsübung

Anstatt wie in psychoanalytischen Verfahren üblich Deutungen einzusetzen, wird der Patient in kritischen Übertragungssituationen aufgefordert, zwischen den negativen Reaktionen früherer Bezugspersonen und der jetzigen positiven Reaktion des Therapeuten zu unterscheiden («interpersonelle Diskriminationsübung»; IDÜ). Denn die globale Weltsicht des präoperatorisch denkenden Patienten und die Entkoppelung seiner Wahrnehmung von der Umwelt führen zu einer Aktivierung der negativen Beziehungserwartung in emotionalen Brennpunktsituationen und verhindern, dass der Patient das unterstützende Verhalten des Therapeuten erkennt. Mithilfe der IDÜ macht der Therapeut den Unterschied explizit erfahrbar (*Kasten 2*).

Kasten 2:

Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ) beim männlichen Patienten (Herr K., Fortsetzung von Kasten 1)

Therapeutin: Ich sehe dass Sie sehr geknickt sind. Was bräuchten Sie jetzt von mir?

Hr. D.: Ich weiss es nicht.

Therapeutin: Hat Sie das schon einmal jemand gefragt, was Sie brauchen könnten?

Hr. D.: Nein, noch nie. Es war eigentlich nie jemand für mich da.

Therapeutin: Nun, ich bin hier und bin für Sie da.

Hr. D.: Vielleicht würde ich mir wünschen, dass mich jemand aufbaut.

IDÜ am Ende der Sitzung ...

Therapeutin: Sie waren zu Beginn der Sitzung in offensichtlicher Not. Wie hätte Ihre Mutter in einer solchen Situation reagiert?

Hr. D.: Die wäre damit überfordert gewesen.

Therapeutin: Wie habe ich reagiert?

Hr. D.: Sie haben mich besorgt gefragt, was ICH jetzt brauche.

Therapeutin: Welchen Unterschied haben Sie gesehen?

Hr. D.: Sie waren nicht überfordert, sondern wollten mir helfen.

Therapeutin: Welche Schlussfolgerung ziehen Sie daraus?

Hr. D.: Vielleicht bin ich doch nicht völlig alleine auf dieser Welt.

Situationsanalysen

Eine weitere spezifische Strategie, die Situationsanalyse, setzt ebenfalls daran an, die abgebrochene Verbindung zwischen dem Patienten und seiner Umwelt wiederherzustellen. Mithilfe dieser strukturierten Übung soll der Patient anhand konkreter Beispiele die kausale Beziehung zwischen seinen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen erkennen. Weiterhin lernt der Patient, wie er sein Verhalten in diesen Situationen zielgerichtet einsetzen kann,

um realistische erwünschte Ergebnisse zu erreichen. Daran schliesst sich jeweils ein Verhaltenstraining mit Rollenspielsequenzen an.

Zusammenfassung

Was haben wir zum derzeitigen Zeitpunkt chronisch depressiven Patienten zu bieten?

- 1) Eine detailliertere Diagnostik durch ein verbessertes pathogenetisches Verständnis, vor allen zur Rolle frühkindlicher Traumatisierungen beispielsweise durch emotionalen Missbrauch oder Vernachlässigung und der speziellen Dysfunktionen, die sich daraus ergeben.
- 2) Eine störungsspezifische Psychotherapie in Form des CBASP.
- 3) Intensive Forschungsanstrengungen zur weiteren Verbesserung der differenziellen Indikation und der Versorgung durch Psycho- und auch Pharmakotherapie.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Elisabeth Schramm
psychol. Psychotherapeutin/Supervisorin
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstr. 5
D-79104 Freiburg
E-Mail: elisabeth.schramm@uniklinik-freiburg.de*

Literatur:

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: 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, 1994.
2. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN: Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. J Affect Disord 115, 112–121, 2009.
3. Wiersma JE, Hovens J, van Oppen P, Giltay E, van Schaik A, Beekman ATF, Penninx BWJH: Childhood trauma as a risk factor for chronicity of depression. J Clin Psychiatry 7, 983–989, 2009.
4. Piaget J: Intelligence and Affectivity: Their Relationship during Child Development. Annual Reviews, Palo Alto, CA, 1981.
5. McCullough JP: Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. Guilford Press, New York, 2000.
6. Schramm E, Schweiger U, Hohagen F, Berger M.: Psychotherapie für chronische Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP. Elsevier, München, 2006.
7. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A.: Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. Nord J Psychiatry. 65(6): 354–64, 2011.
8. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz J, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi M, Zajecka J.: A comparison of nefazodone, the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. New England Journal Medicine 342, 1462–1470, 2000.
9. Klein DN, Santiago NJ, Vivian D, Blalock JA, Kocsis JH, Markowitz JC, McCullough Jr JP, Rush AJ, Trivedi MH, Arnow BA, Dunner DL, Mamber R, Rothbaum B, Thase ME, Keitner GI, Miller IW, Keller MB.: Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. J Consult Clin Psychol 72, 681–688, 2004.
10. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Schatzberg AF, Ninan PT, McCullough JP, Weiss P, Dunner DL, Rothbaum BO, Kornstein SG, Keitner G & Keller MB.: Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in the treatment of patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. Proceedings of the National Academy of Sciences 100, 14293–14296, 2003.
11. Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, Klein DN, Trivedi MH, Mamber R, Keller MB, Leon AC, Wisniewski SR, Arnow BA, Markowitz JC & Thase ME.: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression. Arch Gen Psychiatry 66, 1178–1188, 2009.
12. Schramm E, Zobel I, Dykierok P, Kech S, Brakemeier EL, Külz A, Berger, M.: Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy versus Interpersonal Psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. J Affect Disord, 129(1–3): 109–116, 2011.
13. McCullough, JP: Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen. Springer, Heidelberg, 2011.