

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): Neue Einsatzbereiche als stationäres Konzept und Gruppentherapie

Bei chronischen Depressionen handelt es sich um schwer beeinträchtigende Störungen, die meist schon während der Kindheit beziehungsweise während der frühen Jugend im Rahmen traumatisierender Beziehungserfahrungen beginnen. Viele dieser Patienten sprechen auf ambulante Therapien unzureichend oder gar nicht an, entwickeln zunehmend dysfunktionale Gedanken und Verhaltensweisen und geraten wiederholt in suizidale Krisen, sodass oftmals intensivere stationäre Behandlungen indiziert sind. Für diese Patientengruppe wurde die störungsspezifische Psychotherapie des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) für den stationären Kontext modifiziert. Als Behandlungsprogramm sowie im Rahmen einer modularen Gruppentherapie für hospitalisierte Patienten zeigen erste offene Studien vielversprechende Ergebnisse. Kontrollierte Untersuchungen stehen noch aus.



Eva-Lotta Brakemeier



Anna Kiyhankhadiv



Elisabeth Schramm

von Eva-Lotta Brakemeier¹,
Anna Kiyhankhadiv², Elisabeth Schramm^{2,3}

CBASP zur Behandlung der chronischen Depression

Wie bereits in der ersten «Psychiatrie & Neurologie»-Ausgabe des Jahres 2012 ausführlich beschrieben (1), wurde das CBASP von James McCullough (2, deutsch: 3, 4) spezifisch zur ambulanten Behandlung der chronischen Depression entwickelt. Die chronische Depression ist eine häufige Verlaufsform depressiver Erkrankungen mit meist frühzeitigem Beginn, traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Kindheit, hohen Raten an komorbiden psychischen Störungen und in der Regel mit multiplen, jedoch erfolglosen Behandlungsversuchen in der Vorgeschichte (z.B. 5, 6, ausführlich in 4). Um an den kognitiv-emotionalen Defiziten, die durch frühe zwischenmenschliche Traumatisierungen entstanden sind, und ihren Auswirkungen auf das Erleben und das Verhalten chronisch depressiver Patienten anzusetzen, werden bei der Behandlung mit CBASP schulenübergreifend spezifische Strategien und Techniken aus behavioralen, kognitiven, interpersonellen sowie psychoanalytischen Ansätzen integriert sowie eine besondere Form der Therapiebeziehungsgestaltung eingesetzt. Durch das Erlernen zwischenmenschlicher Empathie, den Erwerb von sozialen Problemlösefertigkeiten sowie das Erleben korrigierender heilsamer Beziehungserfahrungen soll ein Weg aus der erlernten Hilflosigkeit («Ich bekomme von anderen Menschen nie das, was ich brauche.») und somit der chronischen Depression aufgezeigt werden.

Da in deutschsprachigen Ländern therapieresistente und schwer chronisch depressive Patienten häufig stationär und dann meist über mehrere Wochen behandelt werden, wurde das CBASP für die multidisziplinäre stationäre Anwendung modifiziert (7, 8). Nach einer

ersten positiven Pilotstudie (9) wurde dieses Therapieprogramm in zahlreichen Kliniken implementiert. Das Ziel des Programms besteht darin, durch eine erhöhte «Dosis» der Therapie (im Sinne von Anzahl an Therapie-sitzungen, Vielfalt von Therapieangeboten und Therapeuten) Behandlungserfolge schneller und nachhaltiger zu erreichen als im ambulanten Rahmen. Das stationäre CBASP-Konzept zur Behandlung dieser oftmals herausfordernden Patientengruppe bezweckt auch eine positive Auswirkung auf den Belastungsgrad des Behandlungsteams (durch Senkung des Burn-out-Levels und Erhöhung der Arbeitszufriedenheit; 10) sowie auf die Gesellschaft (durch langfristige Senkung der Behandlungskosten).

I. CBASP als integratives stationäres Behandlungsprogramm Für welche Patienten ist das stationäre Konzept geeignet?

Patientenbeispiel

Frau P. wird von ihrem Hausarzt zur stationären Behandlung überwiesen: «Ich kann nicht mehr – habe ambulant alles versucht, nichts hat was gebracht. Und jetzt habe ich auch noch meinen Job verloren. Ich bin total abgerutscht und möchte am liebsten nur noch tot sein. Jetzt bin ich hier auf Station, aber ich war früher doch auch schon so oft in Kliniken, einmal sogar wochenlang auf einer geschlossenen Station. Nichts und niemand kann mir helfen, also lassen Sie mich am besten jetzt wieder gehen – Sie alle verschwenden nur Ihre Zeit mit mir ...»

Die 54-jährige geschiedene, chronisch depressive Floristin ist bereits seit vier Monaten krankgeschrieben. Sie fühlt sich depressiv, seit sie denken kann, und berichtet über gravierende traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Kindheit und Jugend (v.a. im Bereich emotionale und körperliche Vernachlässigung) sowie

über zwei Suizidversuche in der Vorgeschichte. Zusätzlich erfüllt sie die Kriterien einer sozialen Phobie und einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Alle genannten Charakteristika von Frau P. sind charakteristisch für das Störungsbild einer chronischen Depression mit frühem Beginn (5, 6).

Frau P. ist eine von vielen anhaltend depressiven Patienten, die in deutschsprachigen Ländern stationär behandelt werden. Schätzungen ergeben, dass pro Jahr etwa 213 000 depressive Patienten in Fachkliniken behandelt werden (www.gbe-bund.de/). Da bis zu ein Drittel aller Depressionen chronifizieren, erhalten mindestens 70 000 chronisch depressive Patienten pro Jahr eine stationäre Behandlung. Laut den gängigen Leitlinien ist eine stationäre Indikation bei folgenden Patientenmerkmalen gegeben (11): 1) suizidale Patienten, 2) ambulant therapieresistente Patienten, 3) Patienten mit massiven häuslichen Belastungen, 4) fehlende/unzureichende ambulante Psychotherapiemöglichkeit. Einem oder mehreren dieser Punkte entsprechen stationär chronisch depressive Patienten in der Regel, da sie typischerweise besonders schwere und chronifizierte Störungen, Non-Response auf ambulante Therapien, ausgeprägte psychosoziale und gesundheitliche Belastungen sowie häufige suizidale Krisen aufweisen.

Die demografisch-klinische Beschreibung einer stationären CBASP-Patientengruppe (7, 8) zeigt erwartungsgemäss im Vergleich mit den ambulanten Patientengruppen der publizierten CBASP-Studien (12, 13), dass stationäre, chronisch depressive Patienten schwerer beeinträchtigt sind. Das äussert sich vor allem in folgenden Merkmalen: höherer Grad an Therapieresistenz, höheres Ausmass an Suizidalität, höhere Rate an Achse-I- und Achse-II-Störungen und häufiger keine stabilen Arbeitsverhältnisse. *Abbildung 1* gibt die wichtigsten Charakteristika in der Zusammenschau wieder (nach 7, 8).

Wie wird CBASP als stationäres Konzept durchgeführt?

Bei der Entwicklung des stationären CBASP-Konzepts erfolgte eine Orientierung an zwei anderen, bereits erfolgreich implementierten und evaluierten stationären störungsspezifischen Konzepten – der Interpersonellen Psychotherapie (14, 15) und der Dialektisch-Behavioralen Therapie (16) – die beide, ebenfalls ursprünglich in den USA als ambulante Therapie entwickelt, für das stationäre Setting in deutschsprachigen Ländern modifiziert und bereits in vielen Kliniken eingeführt wurden. Auf der Basis von McCulloughs ambulantem CBASP-Ansatz (1–3) wurde ein multidisziplinäres, optimalerweise über 10 bis 12 Wochen durchgeführtes stationäres Therapieprogramm entwickelt, welches unter anderem neue gruppentherapeutische CBASP-Interventionen integriert (7, 8). Das gesamte Behandlungsteam – bestehend aus Ärzten, Psychologen, Fachtherapeuten und Pflegepersonal – sollte dafür kontinuierlich in CBASP in Form von Fortbildungsveranstaltungen, Supervisionen und Fallbesprechungen geschult werden.

Die drei CBASP-Phasen

In *Abbildung 2* (nach 7, 8) ist dargestellt, inwiefern die CBASP-Strategien «Liste prägender Bezugspersonen», «Übertragungshypothesen», «Interpersonelle Diskrimi-

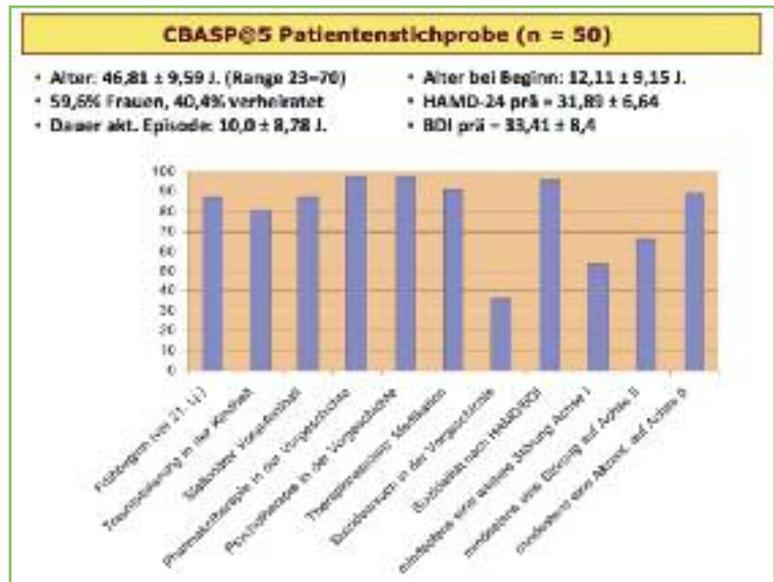


Abbildung 1: Charakteristika stationärer CBASP-Patienten (nach 7, 8)

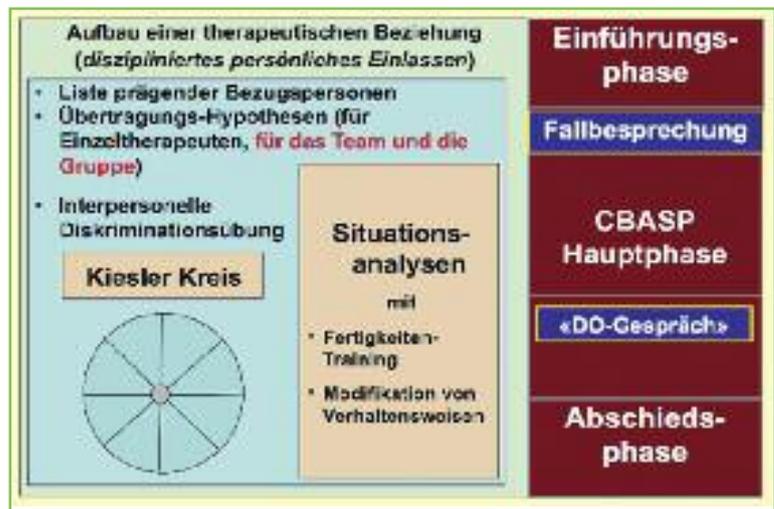


Abbildung 2: Einbettung der CBASP-Strategien in CBASP@5 (nach 7, 8)

nationsübungen», «Kiesler-Kreis-Modell», «Situationsanalysen mit Rollenspielen» sowie das «Disziplinierte Persönliche Einlassen» (1–3) in das Konzept integriert werden.

Das stationäre Therapieprogramm gliedert sich in drei Phasen (s. *Abbildung 2*, vgl. 7, 8). Nach Indikationsstellung während eines Vorgesprächs oder beim Aufnahmegespräch findet anfangs eine zweiwöchige **Einführungsphase** statt, in welcher in einzeltherapeutischen Sitzungen die Liste prägender Bezugspersonen mit Erarbeitung der Übertragungshypothesen durchgeführt wird (Bsp. siehe bei 1–3). Im Rahmen einer Fallbesprechung stellt der Einzeltherapeut daraufhin dem Team die erarbeiteten Prägungen vor, wobei das Team die Übertragungshypothesen reflektiert. Im Unterschied zur ambulanten Einzeltherapie werden beim stationären Konzept nämlich nicht nur Übertragungshypothesen in Bezug auf den Einzeltherapeuten formuliert, sondern auch auf das Behandlungsteam beziehungsweise bei Bedarf auch auf die Gruppenmitglieder. Aufgrund der emotionalen Deprivation, welche Frau P. von beiden El-

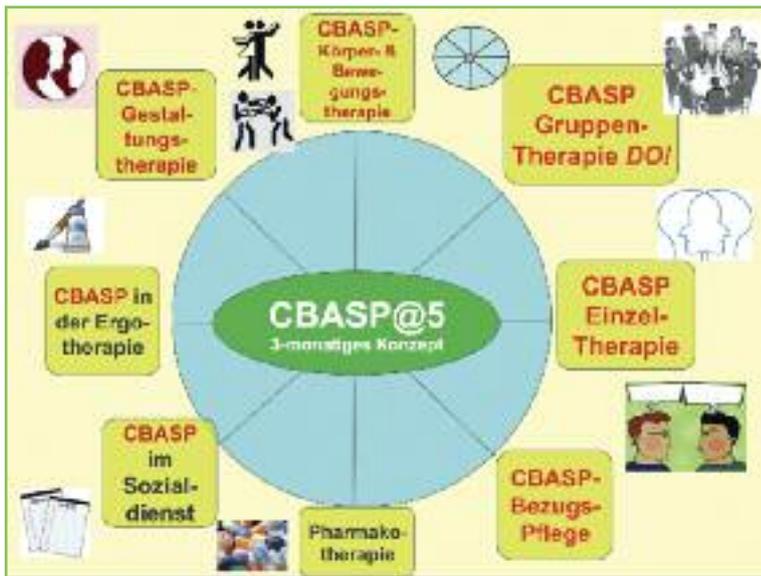


Abbildung 3: Bausteine des stationären CBASP@5-Konzeptes

Kasten 1:

Wesentliche Aspekte der Gruppentherapie DO!

Therapeuten	1 erfahrener (CBASP-)Therapeut (Psychologe/Arzt) möglichst zusätzlich 1 geschulter Co-Therapeut (Psychologe/Arzt/Pflege)
Patienten	4 bis 10 chronisch depressive Patienten, die sich möglichst auch in Einzeltherapie befinden
Setting	1 bis 2 x pro Woche, 90 bis 120 Minuten mindestens 10 Sitzungen, wenn möglich halb offen
Inhalt	Situationsanalysen-Training (SA-Training) Kiesler-Kreis-Modell-Training (KK-Training) Empathietraining

tern sowie ihren zwei älteren Geschwistern erfahren hat, lautet eine auf das Behandlungsteam bezogene Übertragungshypothese: «Wenn ich vom Team (speziell vom Pflegepersonal) etwas brauche, werden die mir nicht helfen und mich allein lassen.» Frau P. wuchs in ärmlichen Verhältnissen auf und musste oft alte und schmutzige Kleidung tragen, weshalb sie von ihren Mitschülern gehänselt wurde. Sie hatte ausgeprägte Angst vor Gruppentherapien und konnte folgende auf die Gruppe bezogene Hypothese formulieren: «Wenn ich mich in der Gruppe zeige, werden mich die anderen auslachen oder abwerten.»

In der anschließenden **Hauptphase** beginnen zusätzlich zu den Einzel- und Bezugspflegegesprächen die CBASP-spezifischen Gruppentherapien. In allen Therapien werden intensiv Situationsanalysen unter Nutzung des Kiesler-Kreis-Modells und Rollenspiele mit Shaping (schrittweise Verhaltensformung) erarbeitet sowie heilsame Beziehungserfahrungen durch das Disziplinierte Persönliche Einlassen und Interpersonelle Diskriminationsübungen durchgeführt. Etwa zwei Wochen vor Entlassung beginnt die **Abschiedsphase**, in der die Zeit nach der Entlassung vorbereitet wird.

Bausteine

Abbildung 3 zeigt die Bausteine des multidisziplinären Konzeptes, wie es seit 2008 auf der Station 5 des Freiburger Universitätsklinikums unter dem Namen CBASP@5 implementiert und evaluiert wurde (7, 8).

Aus Abbildung 3 wird deutlich, dass die CBASP-Einzeltherapie durch CBASP-orientierte Bezugspflegegespräche sowie durch mehrere neue gruppentherapeutische CBASP-Konzepte ergänzt wird. Zudem wird versucht, die Pharmakotherapie zu optimieren, da sich bei schwerer Depression eine Kombinationstherapie bestehend aus Psychotherapie und Pharmakotherapie als am besten wirksam erwiesen hat (11, 12, 15). Da diese Gruppe von stationären Patienten jedoch in der Regel therapieresistent gegenüber Medikamenten ist (Abbildung 1), ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Medikamente entscheidend zum Therapieerfolg beitragen, als eher gering einzustufen. Insbesondere das Gruppenformat hingegen erscheint als sinnvolle und effektive Ergänzung zum ambulanten Konzept, da die Patienten durch Modelllernen und Rollenspiele voneinander profitieren können (17–19). Im Vergleich mit störungsheterogenen Gruppen können sich, bedingt durch die Störungshomogenität der Gruppe, die chronisch depressiven Patienten leichter öffnen und sich spezifischer mit den typischen Verhaltensweisen (z.B. Vermeidung, Rückzug, Passivität, dysphorisches Verhalten) auseinandersetzen. Wenn die Patienten passives, distanzierendes, feindseliges Verhalten zeigen, kann durch die Einordnung im Kiesler-Kreis-Modell das Verhalten benannt werden (Therapeut: «Was meinen Sie, wie wirken Sie gerade auf die Gruppe? Möchten Sie diese Wirkung erzielen?»). Zeitgleich sollte immer eine Entlastung erfolgen durch das verständnisvolle und validierende Herstellen eines Zusammenhangs zu den Prägungen des Patienten.

Therapeut: «Ich kann gut verstehen, dass Sie sich gerade so verhalten, wenn ich Ihre Prägungen berücksichtige. Die Frage ist nur, ob Sie sich heute in dieser Gruppensituation weiter so verhalten möchten und dabei in Kauf nehmen, dass Distanz zwischen Ihnen und den anderen Gruppenmitgliedern entsteht, oder ob Sie ausprobieren möchten, sich heute anders, zum Beispiel zugänglicher zu verhalten?» Die Inhalte und wichtigsten Aspekte der psychotherapeutischen Gruppentherapie DO! sind in Kasten 1 zusammengefasst (vgl. auch 7, 8, 19).

Das SA-(Situationsanalysen)-Training wird im folgenden Beispiel demonstriert. Eine kurze Beschreibung des Kiesler-Kreis-Modell-Trainings erfolgt unter Abschnitt II in diesem Artikel (vgl. auch 19). Während des im Kasten 1 erwähnten Empathietrainings werden die Patienten angeleitet, sich in zwei Personen, welche von Therapeuten gespielt werden, empathisch hineinzusetzen. Eine dritte Person friert immer wieder eine interaktionell komplizierte Szene ein und befragt die zuschauenden Patienten, wie es wohl den Akteuren ergeht, was sie gerade denken und fühlen, warum sie sich gerade derart verhalten und was sie wohl als Nächstes tun werden. Anschließend werden die Akteure gebeten, zu diesen Fragen persönlich Stellung zu nehmen. Dieses explizite Training der Empathie, das dazu dient, andere Menschen «lesen» zu lernen, hat sich als sehr hilfreich erwiesen und wird in (7) näher beschrieben.

Im folgenden Fallbeispiel von Frau P. aus einer Gruppentherapie wird gezeigt, mit welchen Modifikatio-

nen die Situationsanalyse in der Gruppe durchgeführt wird.

Fallbeispiel Frau P: eine Situationsanalyse

1. Explorationsphase

- a. Situationsbeschreibung: Was ist passiert? (reine Beschreibung einer kurz umrissenen Situation) *Beim Mittagessen lachen plötzlich fünf Mitpatienten am Nachbarisch laut los. Ich schaue rüber und sehe, dass eine mich direkt anschaut. Ich stehe auf und renne aus dem Saal.*
- b. Interpretationen: Wie haben Sie die Situation interpretiert? (Festhalten der drei wichtigsten Gedanken)
 - 1. *Die lachen über mich.*
 - 2. *Bestimmt habe ich irgendetwas Peinliches gemacht.*
 - 3. *Ich muss schnell hier weg.*
- c. Situatives Verhalten: Wie genau haben Sie sich verhalten? (genaue Beschreibung des Verhaltens mit Einordnung im Kiesler-Kreis.) *Ich sitze gebückt, schaue schüchtern rüber, laufe raus, ohne etwas zu sagen oder jemanden anzuschauen.*
Kiesler-Kreis: *submissiv-feindselig.*
- d. Tatsächliches Ergebnis: Wie ging die Situation aus? (Formulierung in Verhaltensbegriffen) *Ich stehe auf und renne aus dem Saal.*
- e. Erwünschtes Ergebnis: Wie hätten Sie sich den Ausgang der Situation gewünscht? (Formulierung von einem Ziel in Verhaltensbegriffen, welches realistisch durchführbar und in dem Patienten verankert sein muss)
In der Gruppentherapie werden zunächst Vorschläge von allen Mitpatienten gesammelt, um bei diesen das Empathievermögen zu fördern, jedoch auch das mögliche Verhaltensspektrum aufzuzeigen:
 - 1. *Ich frage die Mitpatienten: «Lacht Ihr über mich?»*
 - 2. *Ich beginne eine Unterhaltung mit meinem Tischnachbarn, indem ich frage, wie ihm das Essen schmeckt.*
 - 3. *Ich frage die Mitpatienten: «Was ist so lustig?»*
 - 4. *Ich beobachte alle Mitpatienten und prüfe, ob und wie lange sie mich anschauen.*
 - 5. *Ich esse einfach weiter.*
 - Frau P entscheidet sich für Variante 3) und ergänzt, dass sie den Mitpatienten aus der Runde fragen will, den sie am besten kennt: *Ich frage Arthur laut und freundlich: «Was ist so lustig?»*
- f. Haben Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erreicht? *NEIN.* Warum nicht? *Weil ich mich nicht getraut habe, weil ich alles auf mich bezogen habe.*

2. Lösungsphase

- a. Revision der Interpretationen: Sind diese in der Situation verankert und sind sie für das Erreichen des neuen erwünschten Ereignisses hilfreich?
 - 1) *«Die lachen über mich.»* Nicht verankert und nicht hilfreich. Neue Interpretation: *«Ich weiss nicht, ob die über mich lachen. Ich muss das herausfinden und fragen.»*
 - 2) *«Bestimmt habe ich irgendetwas Peinliches gemacht.»* Nicht verankert und nicht hilfreich. Neue Interpretation: *«Wegen meiner Prägungen denke ich immer, dass ich etwas Peinliches gemacht habe*

Kasten 2:

Interpersonelle Modulgruppe

Block 1 (2 Sitzungen): Interpersonell komplementäres Verhalten zum Aufbau von zwischenmenschlichen Basisfertigkeiten

- Psychoedukation zum interpersonellen Ansatz, zu Beziehungsregulation und zum Zusammenhang mit Depressionen
- Festlegen von interpersonellen Gruppenregeln (designed alliance)
- Interpersonelle Basisfertigkeiten (Beziehungsaufnahme und -gestaltung unter Einsatz des Kiesler-Kreis-Modells)
- Einführung in die Beziehungsachtsamkeit, Mitgefühl und Selbstfürsorge

Block 2 (2 Sitzungen): Zwischenmenschliche Konfliktsituationen

- Umgang mit zwischenmenschlichen Situationen, um von anderen zu bekommen, was man sich wünscht (sog. Mini-Situationsanalysen inkl. Kiesler-Kreis-Training)
- Umgang mit zwischenmenschlichen Konfliktsituationen (Konfliktstadien und -kerntemen erkennen und verstehen; mithilfe von Situationsanalysen auflösen)
- Achtsames Miteinander (deep listening)

Block 3 (2 Sitzungen): Umgang mit veränderten sozialen Rollen und Beziehungen

- Umgang mit sozialen Rollenwechseln, Lebensveränderungen und Verlusten: Akzeptanz des Verlustes durch Achtsamkeit, Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung
- Positive und negative Aspekte in Relation setzen: Was wurde verloren, erhalten, gewonnen?
- Hilfreiche Faktoren und Strategien auf dem Weg zu einer Veränderung
- Umgang mit Emotionen im Rahmen von Rollenwechseln
- Achtsame Akzeptanz

Block 4 (2 Sitzungen): Veränderungen und Konflikte am Arbeitsplatz

- Umgang mit arbeitsbezogenem Stress und Konflikten am Arbeitsplatz (Risikofaktoren erkennen, Analyse der inneren und äusseren Bedingungen und Ressourcen, Fördern arbeitsbezogener sozialer Kompetenzen mithilfe von Zukunfts-Situationsanalysen, zum Beispiel gestuftes Nein-Sagen und Um-Hilfe-Bitten, Umgang mit Mobbing-Situationen)
- Strategien zur Bewältigung von Arbeitsstress (Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz, Regenerationsmöglichkeiten, Work-Life-Balance: Arbeits- und persönliche Werte in Relation setzen; Gratifikationskrisen beheben)
- Strategien zur achtsamen Selbstfürsorge

Die Hauptmodule aus dem CBASP, die in dem Gruppenprogramm Anwendung finden, sind das Kiesler-Kreis-Modell (Abbildung 4) sowie verkürzte Situationsanalysen.

oder alle über meine Kleidung lachen, aber das war früher so und muss heute nicht mehr zutreffen!»

- 3) *«Ich muss schnell hier weg.»* Nicht verankert und nicht hilfreich. Neue Interpretation: *«Ich sollte da bleiben und nachfragen.»*
Verhaltensinterpretationen (von Patienten gern auch *Schlachtrufe* genannt): *«Bleib da! Frag nach! Heute ist nicht damals!»*
- b. Revision des Verhaltens: *Klar und deutlich und mit lauter Stimme freundlich Arthur fragen: «Was ist so lustig?»* Gegebenenfalls auch aufstehen und zu ihm hingehen. Durchführung von mehreren Rollenspielsequenzen (unter Einbezug möglichst vieler Mitpatienten) mit *Shaping* (schrittweise Verhaltensformung: Therapeut

Kasten 3:

Hauptmodifikationen des stationären Konzeptes

- Nutzung der Übertragungshypothese (nicht nur auf den Einzeltherapeuten bezogen formuliert, sondern auch bezogen auf das Team bzw. die Gruppe)
- Zusatz von Gruppentherapieangeboten
- Stärkere Strukturierung bedingt durch die drei Phasen sowie die zeitliche Begrenztheit

Unterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Konzept

- Patientengruppe
 - Non-Responder auf ambulante Therapien → höheres Ausmass an Therapieresistenz, höhere Suizidalität
- Dosis und Dauer
 - Kürzere Dauer (ca. 10 bis 12 Wochen) → Angebot eines Fresh-up-Aufenthaltes für zirka vier Wochen, nachdem der Patient seit zirka 6 Monaten entlassen ist
 - Höhere «Dosis» bei der Anwendung der CBASP-Strategien
 - * Intensives Konzept mit Einzel- und Gruppentherapien
 - * Mehrere Personen arbeiten mit einem Patienten → heilsame Beziehungserfahrungen werden mit mehreren Personen ermöglicht (Behandlungsteam und andere Mitpatienten)

und andere Mitpatienten loben, was bereits gut war, und machen Vorschläge, was der Patient noch besser machen könnte; dabei wird auch die Körpersprache miteinbezogen, welche im stationären Konzept in der Körper- und Bewegungstherapie besonders trainiert wird).

- c. Take-Home-Message: Was haben Sie heute gelernt? *Wenn ich denke, dass Menschen über mich lachen, kann ich nachfragen.*
- d. Generalisierung: Kennen Sie diese Problematik auch von anderen Situationen? *Oja, ich denke oft, dass alle über mich lachen – das liegt ja an meinen Prägungen. Also kann ich das Gelernte auf sehr viele Situationen anwenden ...*

Wie im Beispiel werden im Rahmen einer stationären Behandlung oft Situationen aus dem stationären Alltag verwendet. Hier kann es besonders hilfreich sein, beteiligte Personen direkt einzubeziehen und zu befragen. Im Beispiel waren Mitpatienten, die am Nachbartisch gesessen und gelacht hatten, auch Mitglieder der Gruppentherapie und konnten so Frau P. direkt rückmelden, dass sie nicht über sie gelacht, jedoch ihr plötzliches Herauslaufen als irritierend erlebt haben. In den Rollenspielen wurden verschiedene Varianten erprobt, wie Frau P. ihr Ziel erreicht, wobei sie im Anschluss positive Rückmeldungen von Mitpatienten und Therapeuten erhalten hat. Durch die Situationsanalyse werden häufig Verhaltensdefizite aufgedeckt, welche dann im Rahmen der Lösungsphase durch Rollenspiele mit Shaping verbessert werden.

Merkpunkt: Die Situationsanalyse beinhaltet ein strukturiertes Vorgehen zum Bearbeiten interpersoneller Situationen mithilfe behavioraler und kognitiver Techniken, wie die Erarbeitung alternativer Lösungsmöglichkeiten und deren Anwendung im Rahmen von Rollenspielen. Prägungen können herangezogen werden, um empathisches Verständnis für die Schwierigkeiten zu ermöglichen. Diese Strategie ist insbesondere in einer

Gruppe gut durchführbar, da Mitpatienten durch Modelllernen, Empathieförderung und Rollenspiele profitieren, während der Indexpatient häufig wertvolle Unterstützung und Feedback durch die Mitpatienten und Therapeuten erfährt.

Neben der CBASP-Gruppentherapie DO! werden auch die Gestaltungstherapie und die Körper- und Bewegungstherapie anhand von CBASP-Prinzipien durchgeführt (näher beschrieben in 7, 8). Je nach Voraussetzungen und Möglichkeiten der jeweiligen Klinik können diese Gruppenkonzepte ebenfalls in das stationäre CBASP-Programm integriert werden.

Wie ist die stationäre Behandlung bei Frau P. verlaufen?

Frau P. konnte am Ende der stationären Behandlung die Übertragungshypothesen für das Team (s. oben) durch interpersonelles Diskriminieren entkräften, da sie Situationen bewusst erlebte, in denen ihr die Pflege geholfen und sie nicht allein gelassen hat. Allerdings hat sie zunächst auch kritische Rückmeldung bekommen, da sie zu Beginn oft zurückgezogen-dysphorisch war und mit niemandem gesprochen hat, was zu folgenden Äusserungen (im Sinne des Disziplinierten Persönlichen Einlassens) der Pflege führte: *«Wenn Sie sich so wortlos zurückziehen, merke ich, dass ich mir Sorgen mache. Ich komme nicht an Sie ran, aber sehe, dass es Ihnen nicht gut geht. Ist es das, was Sie erreichen wollen? ... Was möchten Sie denn dann gerne von mir? ...»* (Alternativverhalten aufbauen) Frau P. konnte so die Konsequenzen ihres Verhaltens direkt erfahren. Durch die Interpersonelle Diskriminationsübung (systematische Gegenüberstellung des Therapeutenverhaltens und des Verhaltens missbräuchlicher Bezugspersonen) verstand sie, warum sie sich bis heute bei Problemen so verschlossen verhielt (die Mutter hatte sie selten beachtet, und der Vater hat sie oft geschlagen). Sie konnte nun auch sehen, dass andere Menschen dieses Verhalten besorgt und irritiert, diese aber bei ihr bleiben und ihr helfen, sich anders zu verhalten – sprich: sich zu öffnen und die Probleme jemandem anzuvertrauen. Durch diese Rückmeldungen sowie die Situationsanalysen konnte sie lernen, adäquat um Hilfe zu bitten und über ihre Wünsche und Gefühle zu sprechen. Auch in den Gruppentherapien erlebte sie, dass ihre Übertragungshypothese nicht eintrat – ganz im Gegenteil erfuhr sie von den Mitpatienten Wertschätzung und Nähe. So konnte sie letztlich durch Situationsanalysen und heilsame Beziehungserfahrungen ihre chronische Depression überwinden und nach 12 Wochen die Station remittiert verlassen. Um diesen Erfolg beizubehalten, nahm sie sich vor, an einer CBASP-Selbsthilfegruppe teilzunehmen sowie weiterhin die erlernten Strategien regelmässig anzuwenden. Im **Kasten 3** werden zusammenfassend die Besonderheiten des stationären Konzeptes im Vergleich zur ambulanten Einzeltherapie herausgestellt.

Wie wirksam ist CBASP als stationäres Konzept?

Die Studienlage zur ambulanten Psychotherapie wurde bereits ausführlich in (1) beschrieben. Die Ergebnisse einer laufenden offenen Studie des stationären Freiburger CBASP-Konzeptes mit derzeit 50 Patienten (7, 8) weisen darauf hin, dass bei einer geringen Drop-out-Rate

von 7,4 Prozent, einer hohen Akzeptanz des Konzeptes und einer Zufriedenheit mit dem Konzept durch die Patienten die Durchführbarkeit als gegeben eingestuft werden kann. Die Outcome-Daten (81% Response- und 44% Remissionsraten, 19% Non-Response, keine Verschlechterung) sind viel versprechend. Auch die Rückfallraten (18% nach 6 Monaten, vgl. 7, 8) sind bei einer derart chronifizierten und komplex gestörten Patientenstichprobe (*Abbildung 1*) als relativ niedrig einzustufen, zumal die meisten Rückfälle entweder ohne therapeutische Hilfe durch Anwendung der erlernten Strategien oder aber durch kurze Wiederaufnahmen ins stationäre Konzept aufgefangen werden konnten und im Durchschnitt eine deutliche Verbesserung der subjektiv eingeschätzten Lebensqualität zu verzeichnen ist (7, 8).

Erste Prädiktoranalysen (7, 8, 20) weisen darauf hin, dass insbesondere Patienten mit hohen Depressionswerten zu Behandlungsbeginn, mehreren stationären Behandlungen in der Vorgeschichte und einer hohen Anzahl an Persönlichkeitsstörungen weniger gut vom Konzept profitieren. Interessanterweise kristallisiert sich auch das Geschlecht gepaart mit hohen Werten beim IIP (Inventar Interpersoneller Probleme)-Item «zu autokratisch/dominant» als Prädiktor heraus: Männer, die Probleme mit Autoritäten haben, scheinen kurz- und langfristig besser zu profitieren als die eher submissiven Frauen. Dementsprechend sollte das Konzept speziell für schüchterne, ängstliche Frauen mit einer sehr schweren Ausprägung der Depression – gepaart mit Persönlichkeitsstörungen und komplizierten Verläufen – flexibler gestaltet werden. Insbesondere erscheint für diese Patientengruppe eine intensivere, direkt an den stationären Aufenthalt anschließende ambulante CBASP-Behandlung als Einzel- und/oder Gruppentherapie empfehlenswert. CBASP-Selbsthilfegruppen erweisen sich für die ehemals stationären CBASP-Patienten besonders hilfreich zur Rückfallprophylaxe (7). Zudem wurde ein CBASP-Leitfaden für Patienten und Angehörige verfasst, welcher Betroffene bei der Durchführung von CBASP-Strategien unterstützen soll (21). Randomisierte, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit, zu Prädiktorfragen und zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen des stationären CBASP-Programms sind derzeit in Planung.

Vor dem Hintergrund der immer wieder berichteten starken Belastung der Behandelnden durch chronisch depressive, insbesondere feindselige Patienten (22) wurde über drei Jahre hinweg eine Evaluation der Belastung des stationären Behandlungsteams der Station 5 durchgeführt, in welcher alle Teammitglieder alle sechs Monate bezüglich Arbeitszufriedenheit, Arbeitsklima, Burn-out-Symptomatik und so weiter befragt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Implementierung des CBASP-Konzeptes sich insgesamt positiv auf die berufliche Lebensqualität des Behandlungsteams auswirkt, wobei insbesondere das Pflegepersonal profitiert (10).

Grenzen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen

Welche Grenzen und Kontraindikationen tauchten bisher bei der Durchführung auf?

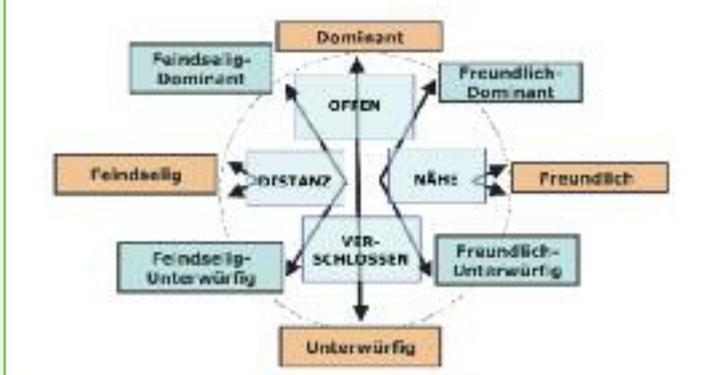
Wie die Prädiktoranalysen (7, 8, 20) zeigen, weist das Konzept vor allem Grenzen auf bei schüchternen, ängst-

lichen Frauen mit einer schweren Ausprägung der Depression, gepaart mit Persönlichkeitsstörungen und komplizierten Verläufen. Derzeit werden erste positive Erfahrungen durch eine flexiblere, individualisierte Umsetzung des Konzeptes gemacht. Insbesondere erscheint die Verlängerung der Aufenthaltsdauer mit gleichzeitiger Augmentation durch andere Psychotherapiestrategien bei bestimmten Patienten indiziert: Beispielsweise sprach eine Patientin mit komorbider schwerer posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) durch Augmentation mit traumatherapeutischen Elementen in der Einführungsphase nach 16 Wochen auf die Behandlung an und konnte auch noch nach 6 Monaten rückfallfrei ein «neues Leben frei von den schlimmen Prägungen» führen. Kontraindikationen stellen schwere psychotische sowie autistische Symptome und die antisoziale Persönlichkeitsstörung dar. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung empfiehlt es sich, dass die Patienten vor CBASP an einer Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie (DBT) teilgenommen haben. Akute Suizidalität stellt bei gegebener Absprachefähigkeit für das stationäre Konzept nicht unbedingt eine Kontraindikation dar, da durch die DPT (diszipliniertes persönliches Einlassen) des ganzen Teams, gepaart mit dem Schutz einer Station, meist sehr direkt und kooperativ mit der Suizidalität umgegangen werden kann. In Notsituationen kann zum Schutz des Patienten die kurzfristige Verlegung auf eine geschlossene Station erfolgen.

Welche Nebenwirkungen und Risiken birgt das Konzept?

Insbesondere können sich durch die emotional aufwühlende Arbeit bei der Liste prägender Bezugspersonen Symptome zunächst verschlechtern. Häufig erleben die Patienten eine Art Trauerprozess, wenn sie erkennen, wie gravierend sich ihre Prägungen auf ihr Leben auswirken. Im Rahmen der stationären Freiburger Pilotstudien wird derzeit auch eine Nachbefragung aller ehemaligen Patienten zu Nebenwirkungen der stationären Psychotherapie durchgeführt (23): 56 Prozent der stationären CBASP-Patienten berichten bisher entsprechend, dass sie eine subjektive Verschlechterung der Depression während des Aufenthalts bemerkt haben. Allerdings hängt diese Verschlechterung nicht mit dem Ansprechen auf die Therapie (Response- und Remissionsraten) zusammen, sondern vermutlich vielmehr damit, dass es durch das sukzessive Aufgeben des Vermeidungsverhaltens zunächst zu vermehrten Ängsten oder anderen Symptomen und unangenehmen oder schmerzhaften Gefühlen kommen kann. Es kann daraus gefolgert werden, dass Nebenwirkungen im Sinne von «Verschlechterungen» zwar auftauchen, sich insgesamt jedoch nicht negativ auf den therapeutischen Gesamtprozess auswirken. Zudem berichten rund 50 Prozent der Patienten, dass sie nach ihrer Entlassung – angestossen durch die CBASP-Therapie – gravierende Veränderungen in psychosozialen Bereichen vorgenommen haben (z.B. Trennung, Scheidung, Arbeitsplatzwechsel oder auch Frühberentung). Erfreulicherweise gibt der überwiegende Anteil dieser Patienten jedoch auch an, dass sich diese Veränderungen langfristig positiv auswirkten (23).

Abbildung 4: Das Kiesler-Kreis-Modell



Erklärung der Komplementarität des Kiesler-Kreis-Modells

«Der amerikanische Psychologieprofessor Kiesler wollte die Wirkung, die wir mit unserem Verhalten auf andere haben, beschreiben und miteinander in Beziehung setzen. Zwei Fragen waren ihm wichtig: Was löse ich bei anderen durch mein Verhalten aus? Was lösen andere durch ihr Verhalten bei mir aus?

Kiesler ging davon aus, dass sich die Interaktionsmuster von einzelnen Personen gegenseitig bedingen. Je mehr Sie sich auf der rechten Hälfte des Kreises bewegen, desto mehr Nähe stellen Sie zu Ihrem Gegenüber her und desto freundlich-zugewandter wird sich Ihr Gegenüber verhalten. Je mehr Sie jedoch auf der linken Seite sind, desto distanzierter und abweisender gestalten Sie die Beziehung und halten andere fern.

Je mehr Sie sich im oberen Teil des Kreises befinden, desto bestimmter vermitteln Sie Ihre Anliegen, entweder freundlich oder eher aggressiv. Je mehr Sie in den unteren Teil des Kreises gehen, desto passiver, unterwürfiger beziehungsweise angepasster verhalten Sie sich. Wir probieren gleich aus, was ein solches Verhalten bewirkt.

Depressive und vor allem chronisch depressive Menschen verhalten sich im Rahmen problematischer Prägungen (z.B. «Ich kann niemandem vertrauen!») oftmals distanziert-abweisend oder passiv, was verhindern kann, dass sie von anderen Menschen Unterstützung erhalten. Vielleicht fallen Ihnen Situationen aus dem Alltag ein, wo auch Sie von anderen nicht bekommen, was Sie sich wünschen, und sich gerne anders verhalten möchten.»

II. CBASP im Rahmen einer stationären interpersonellen Modulgruppe

In Kliniken, die beispielsweise mangels Kapazitäten oder auch mangels einer ausreichend hohen Anzahl chronisch depressiver Patienten eine homogene Durchführung des gesamten CBASP-Programmes nicht gewährleisten können, bietet sich ein Gruppenangebot nach dem modularen Organisationsprinzip an, das CBASP-Module enthält. Ein weiterer Vorteil eines modularen Vorgehens ist, dass es bei komplexen psychischen Störungsbildern und einer überwiegenden Anzahl komorbid kranker Patienten (70% aller depressiven Patienten erhalten mindestens eine weitere Diagnose einer psychischen Erkrankung; 24) eine höhere Flexibilität bietet, individuell auf spezifische Merkmale (z.B. frühe Traumatisierungen) und den jeweiligen Störungskontext einzugehen.

Das CBASP ist – wie auch einige andere störungsspezifische Psychotherapien – bereits in «Modulen» organisiert, insofern dass verschiedene interpersonelle Lernmodule gezielt an frühen Beziehungstraumatisierungen und den hartnäckigen Vermeidungsmustern chronisch

depressiver Patienten ansetzen (z.B. in Form der Interpersonellen Diskriminationsübung [IDÜ]) und alle es zum Ziel haben, interpersonell zielführendes Verhalten aufzubauen. Auch ein weiterer störungsspezifischer Ansatz für episodisch verlaufende Depressionsformen, die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (15), bietet depressionsspezifische Module an, wie beispielsweise die emotionale Klärung wertehabhängiger Rollenveränderungen. Andere nützliche interpersonell orientierte Module für die Depressionsbehandlung stellen Elemente aus der Achtsamkeit in Beziehungen sowie das Selbstfürsorgekonzept aus achtsamkeitsbasierten Therapieprogrammen dar (25).

An den Psychiatrischen Universitären Kliniken in Basel wurde für Patienten mit einer anhaltenden und/oder (aufgepfropften) episodischen Depressionsdiagnose und komorbiden Beschwerden ein interpersonell ausgerichtetes modulares Gruppenprogramm evaluiert, das Module des CBASP, der IPT (14, 15) sowie der achtsamkeitsbasierten Therapie (25) integriert (Abbildung 2). Das Programm ist in einem Manual beschrieben, halb offen (d.h. neue Patienten können jeweils nach einem abgeschlossenen Block aufgenommen werden) und besteht aus 8 Sitzungen, die zweimal wöchentlich für 90 Minuten von einem psychologischen Psychotherapeuten und einer Pflegekraft durchgeführt werden. Das Vorgehen ist überwiegend übungsbezogen und stützt sich auf regelmässig von den Patienten zu bearbeitende Arbeitsmaterialien und Aufgaben zwischen den Sitzungen. Der Aufbau der Gruppentherapie ist im Kasten 2 dargestellt, die Elemente aus dem CBASP sind in Fettschrift markiert.

Die Anwendung des Kiesler-Kreis-Modells im Rahmen einer Gruppentherapie ist in einem Manual (19) detailliert beschrieben. Zunächst lernen die Patienten, wie sie mit den Mechanismen komplementärer interpersoneller Prozesse nach dem Kiesler-Kreis-Modell andere Menschen ungewollt zu Verhaltensreaktionen einladen, die in der Konsequenz die Depressivität verstärken. Das Kiesler-Kreis-Modell wird den Patienten interaktiv an einem Flipchart vorgestellt:

Die Anwendung des Kiesler-Kreis-Modells an individuellen Beispielen in Form von Rollenspielsequenzen ermöglicht dem Patienten, aus seinem «Interaktionsvakuum» hervorzutreten und soziale Reizreaktionsmuster wahrzunehmen. Dadurch können Patienten lernen, wie eigenes Verhalten die Umgebung beeinflusst und wie sie Verantwortung für die Konsequenzen ihres Verhaltens übernehmen können.

Neben spezifischen Wirkmechanismen des Gruppenprogramms werden auch die von Yalom (18) beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren gruppentherapeutischer Prozesse genutzt, die für anhaltend depressive Patienten besonders relevant erscheinen: Gemeinschaftsgefühl herstellen, Unterstützungsbedürfnis aktivieren, Hoffnung erwecken, Informationen teilen, Gruppenkohäsion erleben, Nachahmungsverhalten anregen, eigenes Selbstverständnis vertiefen, interpersonelles Lernen fördern, Katharsis (i.S. von Affekte mitteilen, authentisch und verletzlich sein) nutzen, existenzielle Faktoren (im Sinne von Selbstverantwortung für die Konsequenzen des eigenen Verhaltens übernehmen) betonen.

Die interpersonelle Modulgruppe ist bisher in drei Durchläufen bei insgesamt 14 Patienten (8 weiblich,

6 männlich) in den UPK Basel anhand von Fragebögen evaluiert worden. Die Gruppe wurde zu 1 bis 2 wöchentlichen Einzeltherapiegesprächen begleitet. Die Patienten waren durchschnittlich 55,6 Jahre alt (SD = 10,1 Jahre, Range = 35–73 Jahre). 2 weitere Teilnehmer füllten die Fragebögen nicht aus, 1 Patient hat die Gruppentherapie abgebrochen. 7 der 14 Patienten hatten die Diagnose einer chronischen oder häufig rezidivierenden depressiven Störung (6 mittelgradig, 1 Patient schwer ausgeprägt), die restlichen 7 Patienten kamen mit der ersten depressiven Episode (3 mittelgradige und 4 schwer ausgeprägte Episoden). Die meisten Patienten (71,4%; n = 10) erhielten mindestens eine weitere Diagnose einer psychischen Erkrankung, welche vorwiegend aus dem Bereich der Substanzmissbrauchsstörungen (Alkohol oder Medikamente) stammten.

Insgesamt gaben über die Hälfte der Gruppenteilnehmer (57,1%; n = 8) im Childhood-Trauma-Questionnaire frühe Traumatisierungen von mindestens mittelschwerer Ausprägung an (2 Patienten in den Bereichen emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung, 1 Patient im Bereich körperlicher Missbrauch, 1 Patient bei sexuellem Missbrauch und 3 Patienten im Bereich körperliche Vernachlässigung, 1 Patient erfuhr Traumatisierung in allen Bereichen).

Bei fast allen Patienten (85,7%; n = 12) zeigte sich eine Response (Reduktion des BDI-II-Wertes von mindestens 50%), mehr als die Hälfte der Patienten (57,1%; n = 8) verbesserten während des Aufenthaltes ihre soziale Funktionsfähigkeit gemäss den Werten im Selbstbeurteilungsbogen zu sozialen Aktivitäten.

Die Patienten empfanden fast ausnahmslos die Arbeitsatmosphäre als angenehm und den Informationsgehalt als hilfreich (93% bzw. 86%). Alle Patienten gaben zum Zeitpunkt des Austritts an, ihr Zustand habe sich während des Klinikaufenthalts gebessert, und 10 davon (71,4%) gaben an, die Gruppe habe dazu beigetragen. Positiv bewertet wurden der offene und der ehrliche Austausch unter den Teilnehmenden, die Informationen und Gruppeninhalte, die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung und die Arbeitsatmosphäre.

Fazit für die Praxis

CBASP stösst als störungsspezifisches Verfahren bei stationären Behandlungsteams in deutschsprachigen Ländern auf grosses Interesse, weshalb seit Jahren zahlreiche Teamschulungen durchgeführt werden. Insbesondere die Integration wirksamer Therapiestrategien aus verschiedenen Psychotherapieschulen, die Betonung als Ansatz zum interpersonellen Lernen und auch die innovative Art der Beziehungsgestaltung durch das umsichtige Selbstöffnen spricht sowohl Therapeuten als auch Patienten in positiver Weise an. Als wichtige Modifikation wurden psychotherapeutische Gruppenangebote hinzugefügt, in welchen insbesondere die CBASP-Strategien Situationsanalyse und Kiesler-Kreis-Modell zur Anwendung kommen. Im Vergleich mit der ambulanten CBASP-Einzeltherapie ist die Dauer des stationären Konzeptes insgesamt deutlich kürzer, die Dosis jedoch höher, bedingt durch mehrere CBASP-Bausteine sowie die Möglichkeit, mit mehreren Personen heilsame Beziehungserfahrungen zu erleben. Insgesamt scheint aufgrund der ersten Daten und der klinischen Erfahrungen das stationäre CBASP-Konzept

eine sehr gut durchführbare und wirksame Therapieform für die schwerst erkrankten, zuvor meist als therapieresistent eingestuften chronisch depressiven, hospitalisierten Patienten zu sein. Für bestimmte Patienten mit komplizierten Störungen und Verläufen (z.B. bei gleichzeitig bestehender ausgeprägter posttraumatischer Belastungsstörung) sollte das Konzept weiter optimiert werden. Auch im Rahmen einer modularen Gruppentherapie haben sich die CBASP-Elemente des Kiesler-Kreis-Modells sowie die verkürzten Situationsanalysen in einer ersten Pilotstudie auch unabhängig von einer Einbettung in ein Gesamtbehandlungsprogramm nach CBASP als klinisch gut durchführbar, wirksam und aus Patientensicht als hilfreich erwiesen. CBASP ist in zahlreichen Kliniken im deutschsprachigen Raum eingeführt und wird derzeit im Verbund mehrerer Kliniken als Stationskonzept evaluiert. Im nächsten Schritt sind randomisierte, kontrollierte Studien geplant, welche die Wirksamkeit des CBASP-Konzeptes mit herkömmlicher psychiatrischer Standardbehandlung vergleichen. ●

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier

*Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie
im Schwerpunkt Verhaltenstherapie
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)*

Am Köllnischen Park 2

D-10179 Berlin

E-Mail: e-l.brakemeier@psychologische-hochschule.de

Internet: www.psychologische-hochschule.de

¹Psychologische Hochschule Berlin, ²Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, ³Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Interessenkonflikt: Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

Merksätze:

- CBASP wurde spezifisch zur ambulanten Behandlung der chronischen Depression entwickelt.
- CBASP integriert schulenübergreifend spezifische Strategien und Techniken aus behavioralen, kognitiven, interpersonellen und psychoanalytischen Ansätzen sowie eine besondere Form der Therapiebeziehungsgestaltung.
- Durch das Erlernen zwischenmenschlicher Empathie, den Erwerb von sozialen Problemlösefertigkeiten sowie das Erleben korrigierender heilsamer Beziehungserfahrungen soll ein Weg aus der erlernten Hilflosigkeit und somit der chronischen Depression aufgezeigt werden.
- Im Vergleich mit der ambulanten CBASP-Einzeltherapie ist die Dauer des stationären Konzeptes insgesamt deutlich kürzer, die Dosis jedoch höher, bedingt durch mehrere CBASP-Bausteine sowie die Möglichkeit, mit mehreren Personen heilsame Beziehungserfahrungen zu erleben.
- Die Outcome-Daten (81% Response- und 44% Remissionsraten, 19% Non-Response, keine Verschlechterung) sind vielversprechend.
- Auch die Rückfallraten (18% nach 6 Monaten) sind als relativ niedrig einzustufen.
- Geplant sind randomisierte, kontrollierte Studien, welche die Wirksamkeit des CBASP-Konzeptes mit herkömmlicher psychiatrischer Standardbehandlung vergleichen.
- Im Rahmen einer modularen Gruppentherapie erwies sich das CBASP-Modell als gut durchführbar und war mit einer hohen Akzeptanz durch die Patienten verbunden.

Literatur:

1. Schramm E.: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): Psychotherapie chronischer und therapieresistenter Depressionen. *Psychiatrie & Neurologie*, 1, 2–4, 2012.
2. McCullough JP.: Treatment of chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. Guilford Press, New York, 2000.
3. Schramm E, Schweiger U, Hohagen F, Berger M.: Psychotherapie für chronische Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP. Elsevier, München, 2006.
4. Brakemeier EL, Schramm E, Hautzinger M.: Chronische Depression. Hogrefe, Göttingen, 2012.
5. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic-Gross V, Klein DN.: Long-term depression versus episodic major depression: Results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 115(1–2), 112–121, 2009.
6. Wiersma JE, Hovens J, van Oppen P, Giltay E, van Schaik D, Beekman ATF, Penninx BWJH.: Childhood trauma as a risk factor for chronicity of depression. *J Clin Psychiatry*, 7, 983–989, 2009.
7. Brakemeier EL, Normann C.: Praxisbuch CBASP Behandlung chronischer Depression. Beltz, Weinheim, 2012.
8. Brakemeier EL.: CBASP im stationären Kontext. In: Therapien mit CBASP. Chronische Depression, Komorbiditäten und störungsübergreifender Ansatz (Hrsg.: M Belz, F Caspar, E Schramm). Elsevier, München, 171–198, 2013.
9. Brakemeier EL, Engel V, Schramm E, Schmidt T, Zobel I, Hautzinger M, Berger M, Normann C.: Feasibility and outcome of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) for chronically depressed inpatients: a pilot study. *Psychother Psychosom* 80(3), 191–4, 2011.
10. Schmidt T, Engel V, Normann C, Berger M, Brakemeier EL.: Geht es unserem Behandlungsteam nach Einführung des stationären CBASP-Konzeptes besser? Eine dreijährige Verlaufsstudie. Berlin: Poster auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), Berlin, November 2011.
11. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTk, BAPk, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression, 2009. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Zugänglich unter: www.versorgungsleitlinien.de.
12. Keller MB, McCullough J P, Klein DN, Arnow B, Dunner D L, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka JA.: Comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *NEJM*, 342, 1462–70, 2000.
13. Schramm E, Zobel I, Dykieriek P, Kech S, Brakemeier E-L, Külz A, Berger M.: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *J Affect Disord*, 129, 109–116, 2011.
14. Schramm E.: Interpersonelle Psychotherapie. 3. Auflage, Schattauer, Stuttgart, 2010.
15. Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, et al. An intensive treatment program of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: Acute and long-term results. *Am J Psychiatry*, 164, 768–777, 2007.
16. Bohus M, Haaf B, Simms T, et al.: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 42, 487–99, 2004.
17. Fiedler P.: Verhaltenstherapie in Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis. 2. Aufl. Beltz, Weinheim, 2006.
18. Yalom I.: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. 10. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart, 2010.
19. Schramm E, Fangmeier R, Brakemeier EL.: Gruppentherapie zur Behandlung chronischer Depressionen. CBASP Gruppenmanual. Schattauer, Stuttgart, 2012.
20. Engel V, Schmidt T, Radtke M, Schramm E, Berger M, Normann C, Brakemeier EL.: Welche Faktoren präzisieren ein Ansprechen auf die stationäre CBASP-Therapie? Erste Ergebnisse einer Pilotstudie mit 50 therapieresistenten, chronisch depressiven Patienten. Berlin: Poster auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), November 2011.
21. Brakemeier EL, Buchholz A.: Die Mauer überwinden. Wege aus der chronischen Depression. Beltz, Weinheim, 2013.
22. Jäger AM, Brakemeier EL.: Was sind schwierige Psychotherapiesituationen? Ergebnisse einer Befragung an 60 Psychotherapeuten. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress im Rahmen des Symposiums: Wenn der Psychotherapeut nicht mehr weiter weiss: Schulübergreifende Strategien zur Beziehungsgestaltung in therapeutischen Grenzsituationen (Vorsitzende: EL Brakemeier, M Bohus). DGPPN, Berlin, November 2013.
23. Brakemeier EL, Berger V, Spitzer C.: Nebenwirkungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *VPP*, 4, 569–578, 2009.
24. Melchior H, Schulz H, Härter M.: Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung, 2014.
25. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD.: Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Tübingen, DGVT Verlag, 2008.