

Leseprobe aus:
Klein/Backenstraß/Schramm, Therapie-Tools CBASP, ISBN 978-3-621-28475-2
© 2018 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28475-2>



1 Einführung in das CBASP

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

Im CBASP wird davon ausgegangen, dass Menschen mit chronischer Depression in der Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktion charakteristische Fertigkeiten- und Wahrnehmungsdefizite haben. Ihr zwischenmenschliches Verhalten wirkt auf andere oft distanziert oder sogar feindselig und unterwürfig (Constantino et al., 2008). Die zentrale Haltung des CBASP ist: Dieses Verhalten ist im gegenwärtigen Alltag der Patienten zwar problematisch, vor dem Hintergrund ihrer prägenden Beziehungserfahrungen über die Lebensspanne jedoch gut nachvollziehbar.

Widrige Kindheitserfahrungen bei chronisch Depressiven

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

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

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

Präoperatorisches Denken und Wahrnehmungsentkoppelung

McCullough hat für die Beschreibung der zentralen Psychopathologie chronisch depressiver Menschen verschiedene Begriffe gewählt. Er vergleicht ihr Funktionsniveau im zwischenmenschlichen Bereich mit Kindern, welche im präoperatorischen Stadium ihrer kognitiv-emotionalen Entwicklung nach Piaget sind (Belz et al. 2013; McCullough, 2006). Daneben verwendet McCullough den Begriff der Wahrnehmungsentkoppelung (McCullough, 2006). Beide Begriffe beschreiben im Wesentlichen dasselbe Phänomen: Menschen mit chronischer Depression haben in der zwischenmenschlichen Interaktion große Schwierigkeiten, die unmittelbaren Konse-

quenzen ihres Verhaltens zu erkennen. Die emotionale und kognitive Bewertung einer Situation und die daraus folgende Handlungsplanung sind nicht gekoppelt an die unmittelbar vorliegende Umwelt. Vielmehr folgen Bewertung und Handlungsplanung einem tief greifenden Muster, welches sich aus der Prägung durch Bezugspersonen über die Lebensspanne ergibt. Zugespielt formuliert, reagieren sie also in der Interaktion mit Menschen in der Gegenwart auf Menschen in der Vergangenheit beziehungsweise auf ihren eigenen »inneren Film«.

Ziel und Struktur der Behandlung

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

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

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

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

Settingvarianten

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

Die Anwendung von CBASP im Kontext einer stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung stellt eine weitere Modifikation dar. Schwerpunktmäßig von Brakemeier und Norman (2012) ausgearbeitet und dokumentiert, werden dabei alle an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflgeteam, Sozialberatung, Fachtherapeuten) in CBASP geschult, so dass sie mit den

theoretischen Konzepten und den Interventionstechniken des CBASP vertraut sind. Einzeltherapie, Gruppentherapie sowie am CBASP ausgerichtete Therapiegruppen (z. B. Physiotherapie) bilden gemeinsam mit einer in den allermeisten Fällen indizierten pharmakotherapeutischen Behandlung das Gesamtkonzept der stationären CBASP-Variante.

Supervision

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

Wirksamkeit von CBASP

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

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

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

Zusammenfassung

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



Name der Bezugsperson	Fragen zur Erhebung: »Was war (Ihre Mutter, Ihr Vater, ...) für ein Mensch? Was waren prägende Erfahrungen mit (Ihrer Mutter, Ihrem Vater, ...)?« Wenn Ihren Patienten auf diese Frage keine Antwort einfällt, überlegen Sie mit Ihrem Patienten gemeinsam: »Wie hat die Person reagiert, wenn Sie Fehler gemacht haben? Was hat diese Person gemacht, wenn Sie Bedürfnisse geäußert haben? Was ist passiert, wenn Sie sich geärgert haben? Gab es Nähe zwischen Ihnen und dieser Person?«	Prägung: »Wie wirken sich diese Erfahrungen auf Ihr gegenwärtiges Verhalten aus? Notieren Sie einen kurzen Satz, der zusammenfasst, wer Sie heute sind aufgrund der Erfahrungen, die Sie mit dieser Person gemacht haben.«
1.	Was war diese Person für ein Mensch? Was waren für Sie prägende Erfahrungen mit dieser Person?	Prägung:
2.	Was war diese Person für ein Mensch? Was waren für Sie prägende Erfahrungen mit dieser Person?	Prägung:
3.	Was war diese Person für ein Mensch? Was waren für Sie prägende Erfahrungen mit dieser Person?	Prägung:
4.	Was war diese Person für ein Mensch? Was waren für Sie prägende Erfahrungen mit dieser Person?	Prägung: