

Spezifische Psychotherapie der chronischen Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Den Patienten lehren, sein Verhalten so zu verändern, dass er häufiger das erreicht, was er möchte

D. Schoepf, B. Konradt, H. Walter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
(Leiter Prof. Dr. W. Maier)

Schlüsselwörter

Spezifische Psychotherapie der chronischen Depression, gelerntes und regelgeleitetes Verhalten, Effekt der gelernten Hilflosigkeit, Behandlungsstrategien, Behandlungsphasen, Therapieziele

Zusammenfassung

Depressive Erkrankungen machen 36% aller psychiatrischen Störungen aus und münden in einem Drittel der Fälle in einen chronischen Verlauf, der schwierig zu therapieren ist. Einen Schlüssel zur Optimierung der Behandlung stellt die Veränderung der aufrechterhaltenen psychosozialen Faktoren durch spezifische Verhaltenstherapie dar. Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ – CBASP – nach James P. McCullough ist eine empirisch evaluierte Weiterentwicklung kognitiv-behavioraler und interpersoneller verhaltenstherapeutischer Strategien zur ambulanten Behandlung der chronischen Depression. Der Artikel fasst wichtige Informationen über die theoretische Basis, den entwicklungsbezogenen Einfluss von gelerntem und regelgeleitetem Verhalten auf die emotionale kognitive Organisation, den interpersonellen Fokus der Therapie, die Behandlungsstrategien nach „Bottom-Up“ und „Top-Down“ wirksamen Interventionen, die Behandlungsphasen und die wichtigsten Therapieziele zusammen.

Keywords

Specific psychotherapy for chronic depression, Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy, conditioned and rigidly ruled governed behaviour, the learned helplessness effect, treatment strategies, treatment phases, treatment goals

Summary

Depressive disorder occurs with a prevalence of 36% of all psychiatric disorders. In one of three cases it converses from an episodic into a chronic course. Chronic depression is defined as a unipolar depressive disorder lasting two or more years and with less than a two-month period during which the individual reports no symptoms. One key for treatment optimization represents the alteration of the maintaining psychosocial factors through psychotherapy. CBASP is the first approach to psychotherapy that is specifically developed for chronic depression representing a further development of cognitive-behavioural and interpersonal strategies. The paper summarizes important information about the theoretical background, the developmental influence of conditioned and rigidly ruled governed behaviour on the cognitive-emotional organization, the interpersonal focus, the treatment strategies according to bottom-up and top-down interventions, the phases of therapy and the most important treatment goals of CBASP.

Specific psychotherapy of chronic depression with the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Nervenheilkunde 2007; 26: ■■

Weltweit leiden 10% der Allgemeinbevölkerung zu jedem Zeitpunkt an einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störung (1). Dabei handelt es sich in etwa 36% der Fälle entweder um episodisch remittierende depressive Störungen oder um chronische Depressionen (2). Die chronische Depression (CD) beginnt häufig vor dem 21. Le-

bensjahr und gilt als therapieschwierig. Sie ist durch einen hohen Grad an psychosozialer Beeinträchtigung, eine hohe Inanspruchnahme der Gesundheitssysteme, lange stationäre Behandlungszeiten sowie eine hohe Mortalitätsrate gekennzeichnet (3).

Die ► diagnostischen Kriterien der CD sind in den multiaxialen Klassifikationssystemen entsprechend ihrem Anspruch einen



Zertifizierte Fortbildung für Ärzte aller Fachrichtungen

Die *Nervenheilkunde* bietet Ihnen interdisziplinäre Fortbildung aus Neurologie und Psychiatrie. Regelmäßig erscheinen CME-Beiträge, zu denen jeweils 10 Multiple-Choice-Fragen gestellt und schriftlich beantwortet werden können. Die Fortbildungstexte werden von erfahrenen Autoren verfasst und decken das gesamte Spektrum klinisch relevanter Fragestellungen ab.

Alle CME-Artikel der *Nervenheilkunde* werden durch die Bayerische Landesärztekammer autorisiert und sind damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Die Zeitschrift ist offiziell zur Vergabe von Fortbildungspunkten im Rahmen der Fortbildungszertifikate berechtigt.

Als Abonnent dieser Zeitschrift ist für Sie die Teilnahme an der CME-Fortbildung kostenlos. Nicht-Abonnenten benötigen für die Teilnahme CME-Fortbildungsmarken. Ein Bestellformular für CME-Fortbildungsmarken finden Sie im Anschluss an diesen Beitrag. Weitere Informationen zum CME-Programm erhalten Sie unter www.schattauer.de

► Diagnostische Kriterien der CD



► ► Pathophysiologisch kommt einer neuroendokrinen Störung der Stressregulation eine bedeutende Rolle als Ursachenfaktor depressiver Störungen zu.

► Untergruppen der CD gemäß DSM-IV-TR Klassifikation

► ► Neurofunktionelle Studien und evolutionsbiologische Aspekte

► Aus biologisch-psychozialer Sicht ist die depressive Störung durch das Zusammenwirken zwischen genetischer Disposition, Persönlichkeitsfaktoren sowie psychosozialen Belastungsfaktoren gekennzeichnet

„atheoretischen Ansatz“ zu verfolgen, deskriptiv unter Beachtung der Erkrankungsdauer und der psychosozialen Beeinträchtigungsschwere gehalten (4). Die Diagnose CD wird gestellt, wenn bei einem Patienten eine über 2 Jahre anhaltende depressive Symptomatik wie Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit sowie körperlicher Beeinträchtigungen in Form von Erschöpfbarkeit und Müdigkeit sowie vegetativen und „funktionellen Beschwerden“ vorliegt. Eine frühere manische, gemischte oder hypomane Episode schließt die Diagnose einer CD aus. Häufig sind Symptomüberschneidungen mit anderen primären und sekundären psychiatrischen Störungen, auf die hier nicht weiter eingegangen wird. Epidemiologische und Verlaufsstudien haben gezeigt, dass die unterschiedlichen Subtypen der CD im Hinblick auf ihre Risikofaktoren zu einer einheitlichen Störungsgruppe gehören, die in Abhängigkeit modifizierender Faktoren einen heterogenen Krankheitsverlauf zeigen (5). Zu den ► Untergruppen der CD gehören gemäß DSM-IV-TR Klassifikation neben der einfachen dysthymen Störung:

- die über zwei Jahre anhaltende Episode einer Major Depression,
- die im Intervall keine Vollremission erreichende rezidivierende Major Depression,
- die durch eine vorhergehende dysthyme Störung mit anschließender majorer depressiver Episode gekennzeichnete „Double Depression“,
- die auf eine vorhergehende dysthyme Störung aufgelagerte anhaltende Episode einer Major Depression (6).

Aus ► biologisch-psychozialer Sicht ist die depressive Störung durch das Zusammenwirken genetischer Disposition, Persönlichkeitsfaktoren und psychosozialen Belastungsfaktoren gekennzeichnet (7). Relative Risikofaktoren sind die familiäre Belastung mit uni- oder bipolaren affektiven Störungen, weibliches Geschlecht, Neurotizismus, Verlust eines Elternteils, körperlicher Missbrauch, Fehlen elterlicher Wärme, Schädel/Hirntraumen, kritische Lebensereignisse unmittelbar vor einer Episode sowie kardiovaskuläre, neurologische und onkologische Erkrankungen (8).

► ► Pathophysiologisch kommt einer neuroendokrinen Störung der Stressregulation eine bedeutende Rolle als Ursachenfaktor depressiver Störungen zu. Im Rahmen der biologischen Stressreaktion werden Stresshormone (CRH, ACTH und GK) sowie assoziierte Stressmediatoren wie Neurotrophine und Neuropeptide vermehrt ausgeschüttet. Eine verminderte Inhibition der Hypophysen-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse und des sympathiko-adrenomedullären Systems steht in kausalem Zusammenhang mit einer Dysregulation zwischen limbischen, kortiko-limbischen und kortikalen neuronalen Netzwerken. So bedingt hippocampal erhöhtes Kortisol neben Akuteffekten auf Wahrnehmungs- und Gedächtnisprozesse als neuronale Langzeitwirkung eine verzögerte Dendritenausprossung sowie eine Hemmung der Neuroneogenese in der subgranulären Zone des Gyrus dentatus (9). Als weitere pathophysiologische Ursachenfaktoren sind dysfunktionale Auslenkungen der zentralen noradrenergen-, serotonergen- und dopaminergen Neurotransmission sowie eine veränderte Genexpression von verschiedenen Neuropeptiden und Peptidrezeptoren belegt, aus denen eine Überregulation des Angst und Stresssystems zu Ungunsten des Belohnungssystems und der exekutiven Funktionen resultiert (10).

► ► Neurofunktionelle Studien zeigen übereinstimmend mit den pathophysiologischen Ursachenfaktoren eine komplexe und multidirektional gestörte Interaktion zwischen ventralen und dorsalen Neuronenverbänden an (11). Aus strukturell-funktionaler Sicht identifizieren ventrale Hirnareale (z. B. anteriore Insel, GCA, GCS, OMPFC, ventrales Striatum, Hypothalamus, ventraler Thalamus) die emotionale Valenz eines Reizes. Sie steuern implizite Reaktionen auf emotionale Stimuli und generieren den affektiv-autonomen Zustand. Dorsal gelegene Hirnareale (z. B. GCP, VLPFC, DLPFC, Hippocampus) inhibieren die ventralen Subsysteme und steuern die Aufmerksamkeitslenkung. An ihre intakte Funktion sind die exekutiven Funktionen gebunden, denen eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Bewältigung komplexer Aufgaben zukommt. Da neuronal sieben Mal mehr Projektionsbahnen von limbi-



schen und kortiko-limbischen Strukturen zum Neokortex („Bottom-Up“-Perspektive) als umgekehrt („Top-Down“-Perspektive) verlaufen, ist die Bewusstheit emotionaler Reiz-Reaktion Verhaltensschemata sowie ihre Beeinflussung durch neo-kortikale Kerngebiete aus biologischer Sicht primär limitiert (12).

Die ►► psychologischen Ursachenfaktoren der CD mit frühem Beginn lassen sich in Entwicklungsrückständen der normalen kognitiv-emotionalen Organisation subsumieren. Aus diesem Grund kommt den Einflüssen von gelerntem und regelgeleitetem Verhalten aus einer Person × Umweltperspektive eine herausragende Rolle in der Aufrechterhaltung und der Chronifizierung depressiver Störungen zu (13).

In ►► Hinblick auf ihre Behandelbarkeit ist die CD durch eine verminderte Ansprechbarkeit auf psychopharmakologische und biophysikalische Strategien sowie eine geringe Wirksamkeit interpersoneller und kognitiver Verhaltenstherapie gekennzeichnet (14). Der Schlüssel zur Optimierung der Behandlung wird aufgrund ihrer neurobiologischen Prägung sowie dem Einfluss lerntheoretischer und informationsverarbeitender Faktoren in einer Individualisierung der Therapiestrategien gesehen. Erfolgsversprechende Chancen auf eine Verbesserung der Situation stellen die differenzielle Psychopharmakotherapie, die bitemporale Elektrokrampftherapie, die Tiefenhirnstimulation sowie die Veränderung der aufrechterhaltenen psychologischen Faktoren durch die Verhaltenstherapie dar (15).

Eine bemerkenswerte Subsumierung kognitiv-behavioraler und interpersoneller verhaltenstherapeutischer Strategien ►► zur ambulanten Behandlung der CD wurde unter dem Namen „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ –CBASP– im November 2006 von der DGPPN in Deutschland eingeführt. CBASP ist das einzige Psychotherapieprogramm, das spezifisch für die Behandlung der chronischen Depressionen entwickelt worden ist. CBASP hat sich in einer prospektiv-randomisierten und Placebokontrollierten Multi-centerstudie, in der 681 Patienten eingeschlossen worden sind (akute Behandlungsphase 12 Wochen, in der Folge Crossover der Non-Responder, Fortsetzungsphase 16

Wochen, anschließende Erhaltungsphase) und 519 Therapien (mittleres Patientenalter 41 Jahre, mittlere Zeitdauer der bestehenden Krankheitsperiode 8 Jahre) über jeweils 16 Therapiestunden (Koordination J. P. McCullough, 12 zertifizierte Supervisoren mit fortgeschrittener psychotherapeutischer Kenntnis, über 70 Therapeuten) abgeschlossen worden sind, als gleichsam wirksam wie eine Pharmakotherapie mit Nefazodon erwiesen. Die Responsrate auf die Behandlung wurde in der Studie als die Summe aller Patienten definiert, die innerhalb der Akutphase entweder remittiert oder eine Reduktion des HAMD-Wertes > 50% sowie einen Wert von weniger als 16 Punkten gezeigt haben. In der Akutphase hat die Responsrate für beide Monotherapien jeweils 48% betragen. Die Kombination beider Verfahren ist mit 72%iger Response deutlich wirksamer gewesen (16). In Bezug auf das differenzielle Ansprechen auf CBASP oder Pharmakotherapie bei Patienten mit vs. ohne berichtete Traumatisierung in der Kindheit (Verlust eines Elternteils, physischer, emotionaler oder sexueller Missbrauch) hat eine anschließende Re-Analyse der Daten gezeigt, dass bei Patienten mit einer berichteten Traumatisierung die CBASP-Behandlung der Medikationsbehandlung signifikant überlegen gewesen ist, und die Kombinationsbehandlung der alleinigen CBASP-Behandlung nur geringfügig überlegen gewesen ist (17).

Im Folgenden werden die biologisch-psychologisch-umweltbezogenen Dysfunktionen chronisch depressiver Patienten in den Teilbereichen dargestellt, die durch CBASP gezielt verändert werden können. Am Anfang wird CBASP in die Historie klinisch psychotherapeutischer Modelle eingeordnet und mit den etablierten Verfahren der interpersonellen- und kognitiven Verhaltenstherapie kontrastiert, die bei den episodisch verlaufenden depressiven Störungen erfolgreich eingesetzt werden. Danach werden die entwicklungsbedingten Einflüsse auf die kognitiv-emotionale Organisation aus lernpsychologischer Perspektive veranschaulicht. Anschließend werden die wichtigsten empirisch und klinisch begründeten Ätiologieaspekte chronisch depressiver Patienten, die hieraus abgeleitete zentrale Pathologie und der Effekt der gelernten

►► Psychologischen Ursachenfaktoren der CD

►► Behandelbarkeit der CD

►► „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“



Hilflosigkeit auf respondentes und instrumentelles Lernen beschrieben. Schließlich werden die wichtigsten Behandlungsstrategien, die in CBASP eingesetzt werden, entsprechend den neurobiologisch-physiologischen Erkenntnissen in Hinblick auf die komplexen Zusammenhänge zwischen situationsbezogener Aufmerksamkeitsverschiebung nach Informationsselektion, motivations-abhängiger und mnestischer Prozessierung in „Bottom-Up“- und „Top-Down“-Behandlungsstrategien unterteilt und dargestellt. Zum Schluss werden die CBASP-Behandlungsphasen, Beispiele spezifischer Interventionen und der typische Ablauf einer Therapiestunde dargestellt.

Durch CBASP lernen chronisch depressiv erkrankte Patienten, wie ihre Denk- und Verhaltensmuster ihre Probleme in sozialen Situationen aufrechterhalten und wie sie ihr soziales Verhalten so verändern können, dass sie belastenden Situationen mit einer pro-aktiven und zielorientierten Perspektive gegenüber treten können (22).

Der entwicklungsbezogene Einfluss

Situationsbezogenes und schlussfolgerndes Denken ist eine hoch abstrakte Fähigkeit, die Kinder nicht besitzen, besonders nicht emotional vernachlässigte oder körperlich misshandelte Kinder. Dem ►► biologisch orientiertem Entwicklungsmodell Piagets folgend geschieht Adaptation an eine Umweltbedingung durch den Wechsel zwischen Akkomodation und Assimilation (23). In diesem Prozess bezeichnet Akkomodation den Erwerb neuer und adaptiver Reiz-Reaktion Verhaltensschemata sowie Assimilation deren Anwendung und Generalisierung auf ähnliche soziale Situationen. Durch den Erwerb erreicht das Individuum während seiner Entwicklung eine optimale Adaptation an seinen Lebensraum, die formal-operatives Denken (kognitive Variable und exekutive Funktionen) und damit die erfolgreiche Bewältigung komplexer Aufgaben ermöglicht (24).

Aus Sicht der ►► modernen Lerntheorie konditioniert in diesem adaptiven Prozess Signallernen das Individuum auf positive und negative Umwelthanreize, die biologisch wichtige Ereignisse vorhersagen (25). Perzeptiv resultiert eine implizite Aufmerksamkeitslenkung auf spezifische Hinweisreize in der Umwelt, die biologisch wichtige Ereignisse vorhersagen. Durch positives oder negatives „signal tracking“ werden so suchende (Annäherung) bzw. vermeidende (Zurückziehen) Verhaltenstendenzen implizit reguliert (26). ►► Behavioral werden spezifische Verhaltenssysteme und physiologische Reaktionen zugunsten anderer Verhaltenssysteme aktiviert, durch die es dem Individuum möglich ist, seine Interaktion mit dem zu erwartenden Ereignis zu optimieren. Wenn ein Anreiz Gefahr signali-

►► Dem biologisch orientiertem Entwicklungsmodell Piagets folgend geschieht Umweltadaptation durch die Wechselwirkungen zwischen Akkomodation und Assimilation

► Herkunft der CBASP

► CBASP integriert Erkenntnisse der ursprünglich lerntheoretischen Modelle

►► Die moderne Lerntheorie

►► Behavioral werden spezifische Verhaltenssysteme und physiologische Reaktionen zugunsten anderer Verhaltenssysteme aktiviert

Einordnung in die Historie

In Hinblick auf seine Herkunft ist CBASP von James P. McCullough als ► adaptives Lernmodell zur systematischen Bewältigung stressauslösender sozialer Situationen und Verbesserung interpersonellen Verhaltens für die Gruppe der chronisch depressiven Patienten mit frühem Beginn entwickelt worden (18). CBASP ist ein „lebendiges“ und sich „kontinuierlich weiterentwickelndes“ verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. ► CBASP integriert Erkenntnisse der ursprünglich lerntheoretischen Modelle, die operante Behandlungsstrategien verhaltenstherapeutisch vor allem bei den primären Angststörungen nutzbar gemacht haben (19), erweiterte lerntheoretische Modelle, die die Informationsverarbeitung in vernetzten neuronalen Systemen im Objekt-Verarbeitungsmodus betreffen (20) sowie verhaltenstherapeutische Elemente der dritten Generation, die die komplexen Selbstregulationsmodelle unter Berücksichtigung motivationaler und kognitiver Faktoren im metakognitiven Verarbeitungsmodus betreffen (21).

Im Vergleich zur interpersonellen Verhaltenstherapie ist CBASP direkter und kontrastiert sich gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie durch die primäre Fokussierung auf die Vermittlung spezifischer sozialer Fertigkeiten durch den kontrolliert-persönlichen Einsatz der therapeutischen Beziehung zur Verhaltensmodifikation.



siert, können in Abhängigkeit von der Art der ►► drohenden Gefahr entweder artspezifische lebensrettende Verhaltenssysteme (z. B. Freezing-Verhalten mit stressinduzierter Analgesie zur Blockade von wundversorgendem Verhalten) ausgelöst werden (27) oder allgemeinere Vermeidungsreaktionen, die nicht artspezifisch sind (28). Ein durch klassische Konditionierung gelerntes Verhalten wird als respondentes Verhalten bezeichnet (29) (Abb. 1)

Demgegenüber konditioniert ►► belohnungsabhängiges instrumentelles Lernen das Individuum auf positiv und negativ bewertete soziale Verhaltenseffekte, durch die biologisch wichtige Ereignisse häufiger oder seltener auftreten (30).

Kognitiv resultiert eine situationsbezogene implizite Erwartungverschiebung, durch die bei optimaler Umweltadaptation maximaler Profit und minimale Kosten resultieren (31). Ein durch instrumentelles Lernen ausgelöstes Verhalten wird als ►► operantes Verhalten bezeichnet (32). Durch das Zusammenwirken von Annäherungs- und Vermeidungstendenzen und Regeln werden automatisierte Verhaltens- und Erlebensmuster – sogenannte Schemata – gebildet, die regelhaft in bestimmten Situationen ausgeführt werden und ein Verhalten in spezifischen Situationen vorschreiben. Dieses ►► regelgeleitete Verhalten kann situationsinadequat und stressinduzierend sein und dem Betroffenen zum Nachteil gereichen (33).

In Hinblick auf die Entwicklung der kognitiv-emotionalen Organisation spielen die folgenden vier Zusammenhänge eine zentrale Rolle:

- Die Entwicklung von handlungsorientiertem Denken und Verhalten hängt gemäß dem „Law of Effect“ von der bewussten Wahrnehmung der Effekte ab, die ein Verhalten auf seine Umwelt erzielt. Der Zusammenhang zwischen Verhalten und Effekt auf die Umwelt bestimmt den Lerntyp: Wenn ein Verhalten einen positiven Effekt erzielt, resultiert Belohnungslernen. Wenn durch ein Verhalten ein negativer Effekt vermieden wird, resultiert Vermeidungslernen. Wenn ein Verhalten einen negativen Effekt erzielt, resultiert Bestrafungslernen und wenn ein positiver Effekt durch ein

Abb. 1

Positives und negatives „Signal Tracking“: Prediktion von E^* bestimmt die Verhaltenstendenz; E^* = biologisch wichtiges Ereignis mit positivem oder negativem Überlebenswert (modifiziert nach 36)

Signallernen		Positives E^*	Negatives E^*
		Stimulus (S) prediziert E^*	Annäherung zum Stimulus
Stimulus (S) prediziert nicht E^*	Rückzug vom Stimulus	Annäherung zum Stimulus	

Abb. 2

Zusammenhänge zwischen R und E: Response der Umwelt (E^*) bestimmt den Lerntyp; E^* = biologisch wichtiges Ereignis mit positivem oder negativem Überlebenswert (modifiziert nach 36)

Instrumentelles Lernen		Gutes E^*	Schlechtes E^*
		Effekt des Verhaltens (R) erzeugt E^*	Belohnung
Effekt des Verhaltens (R) verhindert E^*	Auslassung	Vermeidung/Flucht	

Verhalten verhindert wird, resultiert Auslassungslernen (34) (Abb. 2).

- Sowohl ein Verhalten als auch die Umgebungsreize, unter denen ein Verhalten ausgeführt wird, können mit dem erzielten Effekt assoziativ gelernt werden. Umgebungsreize modulieren Verhalten und Hinweisreize können durch assoziatives Lernen mit respondentem Verhalten gekoppelt werden. ► Ein Hinweisreiz leitet instrumentelles Verhalten nur dann, wenn er bewusst wahrgenommen und erinnert werden kann (35).
- In Hinblick auf ► Vermeidungslernen werden Warnsignale, die eine Lebensbedrohung signalisieren, in der Regel nicht durch respondentes oder operantes Verhalten, sondern durch die Aktivierung artspezifischer defensiver Verhaltenssysteme und physiologischer Reaktionen beendet, die mit Dissoziation und Freezing einhergehen (36).
- Die soziale Exposition mit unkontrollierbar aversiven Ereignissen interferiert sowohl mit respondentem Fluchtlernen als auch mit instrumentellem Vermeidungslernen. In der Konsequenz kann das Individuum keine Beziehung zwischen Ereignis und Verhalten herstellen und es re-

►► Drohende Gefahr

►► Demgegenüber konditioniert belohnungsabhängiges instrumentelles Lernen das Individuum auf positiv und negativ bewertete soziale Verhaltenseffekte

►► Operantes Verhalten

►► Regelgeleitetes Verhalten

► Ein Hinweisreiz leitet instrumentelles Verhalten nur dann, wenn er bewusst wahrgenommen und erinnert werden kann

► Vermeidungslernen



suliert der Effekt der gelernten Hilflosigkeit (37).

Das Ätiologiemodell, die zentrale Pathologie und der Effekt der gelernten Hilflosigkeit

► Theoretischer Hintergrund der CD

► Die zentrale Pathologie

► ► Die erste und zweite interpersonelle Erwartung des Betroffenen

► Stressregulationsstörung

► ► McCullough folgert

► Der soziale Aspekt seiner Theorie

Zum ► theoretischen Hintergrund der CD vertritt McCullough die Ansicht, dass sich der wesentliche Bestandteil der Psychopathologie chronisch depressiv erkrankter Patienten durch das bidirektionale Zusammenwirken von Stress- und Emotionsregulationsstörung sowie entwicklungshemmender Person × Umwelt Bedingung erklärt, in der das betroffene Individuum repetitiven Hilflosigkeitserfahrungen ausgesetzt gewesen ist (38).

Die ► zentrale Pathologie besteht laut McCullough in einem kognitiv-emotionalen Organisationsniveau auf einer prä-operativen (impulsiven) Entwicklungsstufe, gemäß den kognitiven Entwicklungsphasen Piagets (39), die mit submissiv-feindseligem Bindungsverhalten einhergeht (18).

Durch die Bindungsstörung erklärt sich ein defizitäres Monitoring und eine defizitäre Selbstregulation selbst erinnertes und interpersonell evozierter Emotionen, die mit einer verminderten Empathieleistung und einer beeinträchtigten Fähigkeit zum Perspektivenwechsel einhergeht.

Durch prä-operative Repräsentationen in Verbindung mit einem prä-operationalen Denkstil erklären sich anstelle von handlungs- und zielorientiertem Denken tiefgreifende Defizite im logischen Denken, in der Begriffsbildung, im Problemlösen und im schlussfolgernden Denken.

Durch die ► Stressregulationsstörung erklärt sich ein Anstieg der Depressionswerte in sozialen Situationen. In der Konsequenz hat der chronisch depressiv erkrankte Patient gelernt, seine Umwelt zu umgehen und die Umwelt kann den Patienten weder informieren noch adaptiv beeinflussen, wodurch sich die zentrale Pathologie verfestigt.

Der ► soziale Aspekt seiner Theorie greift mit den sich wiederholenden Hilflosigkeitserfahrungen ein Thema auf, das Teil der Forschungsliteratur zu lerntheore-

tisch bedingten Entwicklungsverzögerungen darstellt. In der Erklärung orientiert sich McCullough im wesentlichen an O. H. Mowrer's theoretischem Konzept der Zwei-Faktoren-Theorie in Hinblick auf Vermeidungslernen (40) sowie S. F. Maier's und M. E. P. Seligman's Konzept der gelernten Hilflosigkeit (41). Typisch für Patienten mit frühem Beginn ist, dass ihre kognitiv-emotionale Entwicklung aufgrund von repetitiven Hilflosigkeitserfahrungen ohne Bewältigungs- und Umgehungsmöglichkeit, emotionaler Vernachlässigung und körperlichem Missbrauch (> 60%) meist in früheren Entwicklungsphasen zum Stillstand gekommen ist. Dieser Stillstand lässt sich nach Ausbruch der Erkrankung auch bei optimalen Umweltbedingungen und leitliniengerechter Behandlung in sieben von zehn Erkrankungsfällen ohne die spezifische Psychotherapie nicht verändern: In extremen Ausprägungen ist die ► ► erste interpersonelle Erwartung des Betroffenen, dass er dann weniger durch sein Gegenüber emotional verletzt wird, wenn er sich submissiv verhält. Die zweite interpersonelle Erwartung ist, dass Dominanz und Feindseligkeit immer dann auftritt, wenn er sich, auf welche Art und Weise auch immer, anders als submissiv verhält. Die persistierende emotional-kognitive-behaviorale Lernerfahrung ist: „Ich muss mich völlig passiv und submissiv verhalten mit der Konsequenz, dass die anderen mit mir tun, was sie wollen. Wenn ich mich aktiv verhalte und unabhängig davon, auf welche Art und Weise ich meine Bedürfnisse äußere, werde ich zurückgewiesen oder emotional verletzt, was mich hilflos macht“. Als eine notwendige Bedingung für die Aufrechterhaltung dieser Erwartungverschiebung hängen die späteren Phasen der Vermeidung maßgeblich von der Generalisierung auf multiple soziale und Leistungssituationen ab. Parallel besteht regelhaft eine Verschiebung des Aufmerksamkeitsgradienten, die primär von der Erwartung von Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit in sozialen Situationen geleitet ist.

► ► McCullough folgert: Wenn die zentrale Pathologie der chronischen Depression erst nach und nach entstanden ist und eher die Folge der Beziehungen zwischen den primären kognitiven und sozial-emotiona-



len Aspekten der Störung ist, die durch generalisiertes Vermeidungslernen aufrecht erhalten wird, bedeutet dies, dass der Bindungsstörung, dem prä-öperationalen Denkstil und den Verhaltensstörungen durch gezielte Therapie entgegengesteuert werden kann.

Die Herkunft der Behandlungsstrategien

James P. McCullough fühlt sich bis zum heutigen Tag der radikal behavioristischen Tradition B. F. Skinners (1904–1990) verpflichtet, die auf den Zusammenhang zwischen Verhalten und Effekt fokussiert sowie Verhalten nach dem Lernmechanismus in respondentes und operantes Verhalten differenziert (42). In Hinblick auf die Induktion und Auflösung kognitiver Dissonanz sowie Motivationssteigerung durch negative Verstärkung verknüpft CBASP den Zusammenhang zwischen Umweltbedingung, Verhalten und Effekt mit Elementen aus ▶▶ A. Banduras sozialer Lerntheorie (43). Die auf die Heilung früherer schmerzlicher emotionaler Verletzungen und auf eine Steigerung der Empathiefähigkeit ausgerichteten Behandlungsstrategien leiten sich von G. Prouty's Prä-Therapiemodell für schizophrene Patienten, K. G. Bailey's paleopsychologischen Ansatz und D. J. Kieslers interpersonellem Ansatz in Bezug auf interpersonelle Komplementarität und meta-kommunikatives Feedback ab (44). Als Ergänzung des therapeutischen Vorgehens bringt sich der CBASP-Therapeut in kontrolliert-persönlicher Weise während interpersoneller Diskriminationsübungen sowie in der Lehre kontingenter Zusammenhänge zwischen einem interpersonellem Verhalten und seinen Konsequenzen ein. Um die Interventionen effektiv durchführen zu können, muss der CBASP-Therapeut bereit sein, seine eigenen positiven und negativen Gefühle zu zeigen und sich damit persönlich zu involvieren, allerdings in verantwortungsvoller und kontrollierter Weise. Dieses gewollte persönliche Einbringen steht in deutlichem Gegensatz zur psychoanalytisch geprägten „psychotherapeutischen Abstinenz“.

Behandlungsstrategien

Durch die Integration verschiedener, unterschiedlichen Therapieschulen entspringenden Methoden stellt CBASP insgesamt ein komplexes Verfahren dar, dessen Behandlungsstrategien wir aus didaktischen Gründen in „Bottom-Up“ oder „Top-Down“ wirksame Interventionen unterteilen. Einerseits wird aus einer „Bottom-Up“-Perspektive eine behaviorale Antwort als Reaktion auf eine Person × Umweltbedingung umso reflexiver ausgeführt, desto stärker die psycho-physiologische Aktivierung limbischer und limbisch-kortikaler Strukturen ist. Andererseits bewirkt aus „Top-Down“-Perspektive eine durch kortikale Netzwerke verursachte Modulation des perzeptuellen und mnestischen Prozessierungsgradienten, dass sich eine Interferenz der nicht zur behavioralen Antwort passenden Informationsanteile verstärkt, wodurch wiederum reflexives Verhalten begünstigt wird.

▶ „Bottom-Up“-Behandlungsstrategien zielen primär darauf ab, mit Hilfe des kontrolliert persönlichen Einsatzes des Therapeuten den Patienten von früheren schmerzlichen Erfahrungen zu heilen und einen interpersonellen Kontext herzustellen, in dem der Patient Empathie empfinden sowie zielorientiertes Verhalten erproben kann. Sie fokussieren auf

- die reziproke Hemmung von fehlangepasstem regelgeleitetem sozialem Verhalten,
- die systematische Entkoppelung und Bewusstmachung von Verhaltenseffekten,
- die Gegenkonditionierung von Angstreaktionen, die während der Erprobung von zielorientiertem Verhalten auftreten.

Des Weiteren werden zuvor nicht vorhandene handlungsbezogene Interpretationen sowie notwendiges Zielverhalten über therapeutisches Shaping generiert.

Dem gegenüber modulieren ▶ „Top-Down“-Behandlungsstrategien die exekutiven Leistungen und fördern formal-operatorisches Denken und Handeln. Sie fokussieren auf

- eine Stärkung der perzeptiven und interpretativen Leistungen durch aufmerksamkeitsbasierte Interventionen unter Achtsamkeitsaspekten,

▶ „Bottom-Up“-Behandlungsstrategien

▶▶ A. Banduras soziale Lerntheorie

▶ „Top-Down“-Behandlungsstrategien



- die Erlangung von Situations- und Steuerungskompetenz durch die Kontrastierung eines stattgefundenen Verhaltens gegen das gewünschte Zielverhalten,
- die mentale Fähigkeit gemäß formal-operatorischen Kriterien zu Denken und zu Handeln.

►► In der Prä-CBASP-Phase lernt der Patient die prägenden Einflüsse seiner früheren Bezugspersonen in verhaltensbezogener Sprache auf das „Hier-und-Jetzt“ zu transformieren

► Behandlungsphasen

Überblick über die Behandlungsphasen und den Ablauf

Die ► Behandlungsphasen umfassen zunächst eine Diagnostikphase, in denen In-

formationen über die Ursachen, die Aufrechterhaltung sowie die psychotherapeutische Möglichkeit der Veränderung der spezifischen Problembereiche der CD gegeben werden. Am Ende der ersten Stunde wird der Patient gebeten eine Liste seiner früher prägenden Bezugspersonen selbstständig zu erstellen und die typischen Reaktionsmuster sowie deren Auswirkungen in selbst-reflexiver und/oder verhaltensbezogener Sprache zu beschreiben.

In der ►► Prä-CBASP-Phase lernt der Patient die prägenden Einflüsse seiner früheren Bezugspersonen in verhaltensbezogener Sprache auf das „Hier-und-Jetzt“ zu transformieren. Hierfür formuliert er für je-

„Bottom-Up“-Behandlungsstrategien

zur Förderung von Bindungssicherheit, Annäherungsverhalten und Angstinhibition in der Ausführung von zielorientiertem Verhalten.

Interpersonelle Diskrimination: Reziproke Hemmung von regelgeleitetem Verhalten in „Hot-Spot“-Situationen durch die Kontrastierung des erinnerten Verhaltens prägender Bezugspersonen gegen das „im Hier und Jetzt“ erlebte Verhalten des Therapeuten.

Metakommunikatives Feedback: Systematische Entkoppelung nonverbaler und verbaler maladaptiver Verhaltens-Wirkungsbeziehungen durch entgegengesetzte komplementäre interpersonelle Reaktion mit anschließender Metakommunikation der wahrgenommenen interpersonellen Effekte.

Shaping: 1) Erlernen neuer ziel- und handlungsbezogener Interpretationen. 2) Erlernen von neuem Zielverhalten, das mit angemessenen physiologischen Reaktionen einhergeht.

Rollenspiele: Systematische Gegenkonditionierung von Angstreaktionen, die während der Erprobung von zielorientiertem Verhalten auftreten.

Eine Bestrafung von respondentem und operantem Vermeidungsverhalten führt zu einem Anstieg der Löschungsresistenz. Feindselige therapeutische Reaktionen interferieren mit den Behandlungszielen der „Bottom-Up“-Behandlungsstrategien.

„Top-Down“-Behandlungsstrategien

zur Modulation exekutiver Funktionen sowie zur Förderung von formal-operatorischem Denken und Handeln durch eine Verbesserung der:

perzeptiven Leistung: Unterbrechung von automatisierten Handlungsimpulsen durch die systematische Aufmerksamkeitslenkung auf das gegenwärtige Erleben aus beobachtender Außenperspektive.

interpretativen Leistung: Verbesserung in der Erstellung situationsbezogener Interpretationen durch die systematische Aufmerksamkeitsausrichtung auf die Verbindung zwischen Reaktion und Verhalten nach Relevanz- und Genauigkeitskriterien.

Situations- und Steuerungskompetenz: Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstüberprüfung der Ursache-Wirkungsbeziehung durch die systematische Aufmerksamkeitsausrichtung auf das tatsächlich stattgefunden Verhalten und das gewünschte Zielverhalten sowie deren Diskrimination.

mentalen Fähigkeit nach formal-operatorischen Kriterien zu Denken und zu Handeln: Repetitive Analyse problembehafteter sozialer Situationen nach formal-operatorischer Methodologie in einem zweistufigen Verfahren mit einer Erhebungs- und einer Lösungsphase.

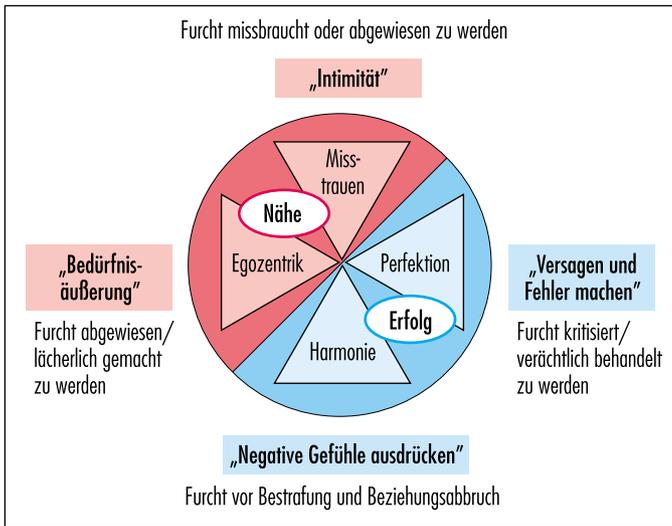


Abb. 3 Die „Hot-Spot“-Bereiche chronisch depressiver Patienten

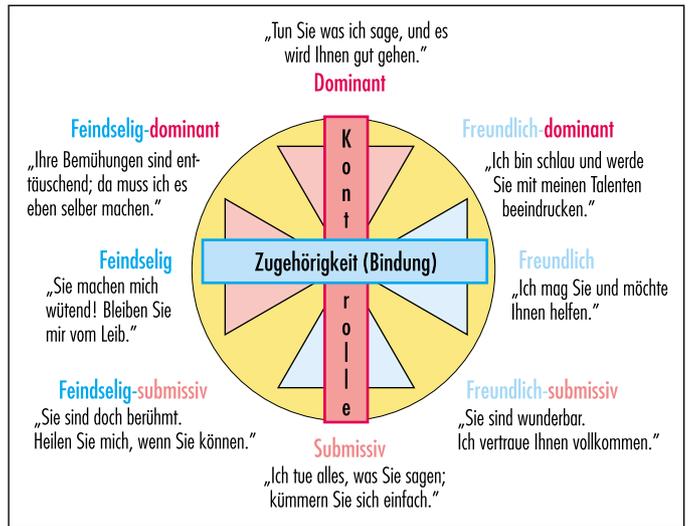


Abb. 4 Interpersonelle „Gefahrenzonen“ und komplementäre Reaktionstendenzen (modifiziert nach 44)

de frühere Bezugsperson eine spezifische kausale Schlussfolgerung zwischen dem Verhalten der Bezugsperson und den interpersonellen Auswirkungen auf sich selbst. Im Anschluss erhält der Patient die offizielle deutsche Übersetzung des amerikanischen Patientenmanuals, in der darauf folgenden Stunde werden offene Fragen diskutiert. Der Therapeut generiert vor dem Übergang in die Therapiephase eine spezifische Übertragungshypothese, die in der Therapie durch interpersonelle Diskriminationsübungen immer dann in Frage gestellt und korrigiert wird, wenn eine „Hot Spot“-Situation auftaucht. Unter „Hot-Spot“-Situation versteht CBASP einen kritischen interpersonellen Brennpunkt, in dem maladaptives regelgeleitetes Verhalten auftritt. Die Übertragungshypothesen betreffen einen der folgenden vier interpersonellen

►► „Hot-Spot“-Bereiche:

- Intimität,
- eigene Bedürfnisse äußern,
- Fehler machen oder
- negative Gefühle gegenüber anderen ausdrücken (Abb. 3)

Beispiel

Das sich durch die Liste der prägenden Bezugspersonen ziehende Hauptthema einer Patientin stellt die generalisierte Furcht gegenüber Autoritätspersonen dar, Fehler zu

machen. Die kausale Schlussfolgerung in Hinblick auf ihren Vater ist: Der Einfluss meines Vaters auf mein Leben heute ist, dass ich mich als wertlos erlebe und immer alles falsch mache. Der interpersonelle „Hot-Spot“-Bereich dieser Patientin ist: „Fehler machen“. Die Übertragungshypothese lautet: Wenn ich einen Fehler bei meinem Therapeuten mache, wird er auf den Fehler zeigen und etwas tun, was dazu führt, dass ich mich wie ein Versager fühle.

Zusätzlich wird vom Therapeuten der Fragebogen für interpersonelle Eindrücke nach D. J. Kiesler (45) ausgefüllt, durch den die verdeckten emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen, die der Patient beim Therapeuten hervorruft, valide erfasst werden können. Mit Hilfe des Fragebogens kann der Therapeut voraussagen, wie er reagieren muss, um eigene automatisch ablaufende destruktive Reaktionen zu vermeiden, die mit den Zielen von CBASP interferieren (Abb. 4).

In der ► Therapiephase lernt der Patient in 20 Therapiestunden die selbstständige Erstellung von Situationsanalysen nach formal-operatorischen Kriterien. Die formal-operatorische Analyse problembehafteter sozialer Situationen führt in der Erhebungsphase der Situationsanalyse (SA) initial zu einer Intensivierung der Depressionswerte. In der folgenden Lösungsphase der SA nehmen die Depressionswerte mit der Revision maladaptiver Interpretationen sowie der

►► „Hot-Spot“-Bereiche

► Die Therapiephase



- ▶ ▶ Auf der perzeptiven Ebene ...
- ▶ Interpersonelle Diskriminationsübung

Formulierung einer zielgerichteten handlungsbezogenen Interpretation wieder ab. Durch die SA verbessern sich die Beurteilungsleistung, das logische Denken und das Schlussfolgern. Hierdurch fällt es dem Patienten zunehmend leichter, zielorientierter zu handeln und „häufiger in sozialen Situationen das zu erreichen, was er möchte“.

In der ▶ interpersonellen Diskriminationsübung werden dem Patienten die Effekte von maladaptivem „Hot-Spot“-Verhalten in

einem zweistufigem Prozess (negative Phase der Erinnerung und heilende Phase der Diskrimination) so verdeutlicht und korrigiert, dass traumatisch verarbeitete Bindungserfahrungen überwunden werden und korrigierende Lernerfahrungen ermöglicht werden.

Auf der ▶▶ perzeptiven Ebene führt die kontinuierliche Arbeit an der Verbesserung der Wahrnehmung von Verhaltens-Wirkungsbeziehungen (Empathietraining) in

Beispiel einer Situationsanalyse

Erhebungsphase

Erster Schritt (Situationsbeschreibung)

(Anfang) **Patient (P):** Mein Sohn (S) blieb stumm auf dem Bahnsteig sitzen, als ich mich ihm näherte. → Ich sagte nichts und lächelte. → (S): „Warum hast Du Dein Handy vergessen?“ → **P:** Ich zeigte meinem Sohn mein Handy. → S: „Warum hast Du meinen Anruf nicht angenommen?“ → **P:** „Mein Handy lag auf meinem Beifahrersitz“. → Mein Sohn nahm das Handy und probierte es aus. Es klingelte. → **P:** „Ich habe es nicht gehört“. → Wir verlassen den Bahnsteig ohne miteinander zu sprechen (Ende).

Zweiter Schritt (Interpretationen)

Ich fühlte mich schuldig, als ich meinen Sohn sah.
Ich rechtfertigte mich ihm gegenüber. Als ich seinen ärgerlichen Gesichtsausdruck sah, bekam ich Angst.

Dritter Schritt (Nonverbales Verhalten)

Ich war ängstlich und nervös.
Meine Sprache stockte und ich senkte meinen Kopf.

Vierter Schritt (Aktueller Ausgang)

Ich schwieg und wir verließen den Flughafen.

Fünfter Schritt (Gewünschter Ausgang)

Meinem Sohn sagen: „Ich bin froh Dich zu sehen“.

Tatsächliches Ergebnis ≠ Erwünschtes Ergebnis

Warum haben Sie hier nicht das bekommen, was Sie wollten?

Weil ich mich schuldig fühlte, schwieg ich.

Lösungsphase

Erster Schritt

Alle Interpretationen wurden als selbstreflexiv gewertet und akzeptiert. Keine Interpretation hatte dem Patienten geholfen sein gewünschtes Zielverhalten durchzuführen.

Was können Sie als handlungsleitende Einfügung dazutun, das Ihnen hilft, Ihr Zielverhalten durchzuführen?

Sprich los

Zweiter Schritt

Was haben Sie hier gelernt?

Ich muss mein Ziel verfolgen, und ich darf mich nicht durch das Verhalten meines Sohnes ablenken lassen.

Es ist wichtig, dass ich ihm sage, was ich ihm sagen möchte.

Dritter Schritt

Generalisierung und wie können sie das, was Sie gelernt haben auf eine andere Situation übertragen?

Meinen Sohn in ähnlichen Situationen direkt ansprechen. Nicht verstummen und einfach lächeln.



Vignette zur reziproken Hemmung von „Hot-Spot“-Verhalten durch die interpersonelle Diskriminationsübung

Therapeut (T) Hallo, warten Sie doch bitte eine Minute bevor Sie den Raum verlassen. Setzen Sie sich doch bitte solange hin, bis ich Ihnen meine Sichtweise der Situation erklärt habe.

Patientin (P) Ich weiß, was Sie mir sagen wollen. Ich kenne Ihre Sichtweise schon.

T Warum warten Sie nicht und finden heraus, was ich Ihnen sagen möchte?

P Ich möchte Ihnen nicht zuhören. Ich weiß, dass ich die letzte Therapiestunde verpasst habe.

T Sie wissen nicht, was in mir vorgeht. Das letzte was ich tun möchte, ist, Sie zu verletzen oder zu bestrafen dafür, dass Sie die letzte Therapiestunde verpasst haben.

P Ich weiß, was ich immer von den Anderen zu hören bekomme, wenn ich einen Fehler gemacht habe.

T Ich bin nicht ein Anderer. Können Sie einen Augenblick warten, bis ich Ihnen die Situation aus meiner Sicht erklärt habe? Lassen Sie uns die Situation gemeinsam rekonstruieren. Wie hätte Ihr Vater in einer solchen Situation reagiert?

P Oh nein, er hätte mich als dreckige Tochter einer Hure beschimpft, die nie etwas richtig macht!

T Wie hätte Ihre Mutter auf Ihre Vergesslichkeit reagiert?

P Sie hätte mir gesagt, dass ich immer verliere.

T Nun denken Sie darüber nach, wie ich mich verhalten habe, als Sie heute hier hereingekommen sind.

P Ich erinnere mich nicht.

T Versuchen Sie sich daran zu erinnern, was ich gesagt habe.

P Sie haben mich nicht angeschrien und mir nicht gesagt, dass ich eine Verliererin bin.

T Ja. Was habe ich noch gesagt oder getan?

P Sie schienen erleichtert zu sein, mich zu sehen.

T Was ist der Unterschied zwischen meinem Verhalten und dem Verhalten Ihres Vaters und Ihrer Mutter?

P Irgendwie habe ich weniger Angst vor Ihnen empfunden und wir haben miteinander gesprochen.

T Haben Sie gerade gesagt, dass ich mich von Ihren Eltern unterscheide?

P Ja, ich empfinde weniger Angst und Sie verhalten sich anders als meine Eltern.

einem „Wenn ich das tue – dann erreiche ich den Effekt“ Schema dazu, dass der Patient aus einer „Person × Umwelt“ Perspektive seine Wirkung auf die Umwelt besser wahrnimmt.

Der ▶▶ Ablauf einer Therapiestunde ist in der Regel durch den Wechsel zwischen Durcharbeitung der von dem Patienten zur Therapie mitgebrachten Situationsanalyse und folgendes Rollenspiel zur Erprobung des gewünschten Zielverhaltens, interpersonelle Diskriminationsübungen sowie einem Empathietraining im Verhältnis 3:1:1 gekennzeichnet. Nach jeder spezifischen CBASP-Übung wird der Patient nach seinem Lernerfolg befragt und in Hinblick auf Übertragungsmöglichkeiten in Alltagssituationen ermutigt. Hierdurch erfolgt parallel zur Behandlung eine ▶▶ Transferphase auf Alltagsbedingungen.

Über den Erwerb der Fähigkeit zur Funktionalität

Als ▶ wichtigstes Behandlungsziel definiert McCullough den Erwerb der Fähigkeit zur wahrgenommenen Funktionalität, worunter er die Fähigkeit eines Individuums versteht, sich einerseits der Effekte des eigenen Verhaltens auf den anderen bewusst zu sein, sowie andererseits Bezüge zwischen dem eigenem Verhalten und den Reaktionen des Gegenübers herstellen zu können. Die ▶ Fähigkeit zur wahrgenommene Funktionalität kann dann erworben werden, wenn traumatisch verarbeitete Bindungserfahrungen mit Hilfe des kontrolliert-persönlichen Einsatzes des Therapeuten in das Selbstbild integriert werden und sich der Patient durch therapeutisches Shaping handlungsbezogene Interpretationen und nicht vorhandenes Zielverhalten aneignet (46, 47). Hierdurch erhöhen sich in Anlehnung an die von

▶ Wichtigstes Behandlungsziel

▶▶ Ablauf einer Therapiestunde

▶ Die Fähigkeit zur wahrgenommene Funktionalität kann dann erworben werden

▶▶ Transferphase



Vignette zur Entkoppelung und Bewusstmachung von Verhaltenseffekten durch metakommunikatives Feedback

T Wissen Sie welchen Effekt Ihr Verhalten – sich selbst wiederholt als Verlierer zu bezeichnen – auf mich gerade gehabt hat?

P Was meinen Sie?

T Ihre Selbstbeschuldigungen haben bewirkt, dass ich mich hilflos fühle und Energie verloren habe.

P Ich fühle mich genau so wie Sie.

T Ich habe mich vorher nicht so hilflos und energielos gefühlt.

P Es ist wie immer. Ich kann nichts richtig machen.

T Ich habe gesagt, dass ich mich hilflos gefühlt habe, nachdem Sie sich selbst als Verlierer bezeichnet haben. Warum möchten Sie, dass ich mich hilflos fühle?

P Ich habe nie gedacht, dass ich so etwas bei Ihnen bewirke.

T Denken Sie zurück. Was hat mich hilflos gemacht?

P Meine Selbstentwertung hat Sie hilflos gemacht.

T Lassen Sie uns die Situation umdrehen. Welchen Effekt hat mein Verhalten auf Sie gehabt?

P Ich jammere nicht mehr und ich entwerte mich nicht mehr. Wir sprechen miteinander. **T** Habe ich irgendetwas gemacht, dass dazu geführt hat, dass wir uns jetzt unterhalten?

P Sie haben mich nicht bestraft dafür, dass ich meine Situationsanalyse nicht gemacht habe.

T Mit Ihnen freundlich zu sprechen hat bewirkt, dass Sie sich nicht mehr selbst beschuldigen?

P Ja, und ich fühle mich nicht mehr so schrecklich wie vorhin.

W. Timberlake und V. A. Farmer-Dougan postulierte „Behavioural-Regulation“-Theorie die Präferenzmöglichkeiten für adaptives soziales Verhalten (48), das vom Patienten wiederum in der Therapie auf Effektivität überprüft wird und bei ausreichender Effektivität auf die Umwelt transferiert werden kann (49). Mit dem Erwerb der Fähigkeit zur wahrgenommenen Funktionalität

resultiert eine Abnahme von Depressionssymptomen sowie eine Zunahme von Selbstwirksamkeitserleben und Selbstwertgefühl. Des Weiteren geht ein Wechsel von einer submissiv-feindseligen interpersonellen Position in eine freundlich-submissiv bis freundlich-dominante Position einher und der Patient beginnt in sozialen Situationen formal-operatorisch zu denken und zu handeln.

In der Essenz werden durch eine CBASP-Behandlung neben einer Reduktion depressiver Symptome auch überdauernde Muster von innerem Erleben und Verhalten, die durch die gültigen internationalen Klassifikationssysteme des ICD-10 und des DSM-IV-TR aus klinischer Perspektive häufig nur unzureichend valide operationalisierbar sind, so adaptiv verändert, dass bei erfolgreicher Therapie die überdauernden maladaptiven Reiz-Reaktion Verhaltensschemata, die das innere Erleben und Verhalten bedingen, unterhalb die Cut-off-Kriterien diagnostischer Kriterien fallen (50). Bei optimalem Ansprechen der Behandlung lernen die Patienten, das in der Therapie neu gelernte adaptive Verhalten auf Umweltsituationen außerhalb der Therapie zu übertragen. Sie haben gelernt:

- formal operatorisches Denken und Handeln in stressauslösenden Situationen gezielt einzusetzen,
- den Effekt des eigenen Verhaltens als selbst verursacht wahrzunehmen,
- maladaptives Verhalten selbst zu erkennen und zu korrigieren,
- sowie sich interpersonell von einer submissiv-feindseligen Position in eine freundlich-dominante Position zu verändern.

Einsatz von CBASP an der Universität Bonn

Bonn befindet sich als Kompetenzzentrum in der Arbeitsgemeinschaft CBASP, die die Richtlinien der Therapeutenausbildung erstellt sowie Ausbildungsaufgaben von Therapeuten wahrnimmt. CBASP steht gegenwärtig als zusätzliche Behandlungsmethode in besonderen Indikationen zur Verfügung und wird vorwiegend ambulant unter stabi-



ler psychotroper Medikation in Abwesenheit von akuten depressiven Episoden durchgeführt. Aus wissenschaftlicher Sicht wird in Zusammenarbeit mit anderen Zentren die Therapie in naher Zukunft unter Effektivitätsgesichtspunkten überprüft werden. Eine Zulassung als Behandlungsmethode zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen wird in den kommenden Jahren angestrebt.

Literatur

1. Costa JA, Silver CA. The public health impact of anxiety disorders: A WHO Perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(393): 2–5.
2. Keller MB, Hanks DL, Klein DN. Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 1–28.
3. Hays RD et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illness. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 9–11.
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation Psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber 1994.
5. McCullough JP et al. Group Comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: Validity of the distinctions, Part 2. *J Abnorm Psychol* 2003; 112 (4): 614–622.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
7. Akiskal H, McKinney WT. Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science* 1973; 182: 20–28.
8. Maier W, Schwab S, Rietschel M. Genetik Affektiver Störungen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 5. Schizophrenie und Affektive Störungen. Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg.). 4. Aufl., Berlin: Springer 2000; 372–407.
9. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 925–935.
10. Alfonso J, Frasch AC, Flügge G. Chronic Stress, depression and antidepressants: Effects on gene transcription in the hippocampus. *Rev Neurosci* 2005; 16: 43–56.
11. Mayberg HS et al. Reciprocal Limbic-Cortical function and negative mood: Converging pet findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 675–682.
12. Buss DM. Evolutionäre Psychologie. 2. Aufl. München: Pearson Studium 2004.
13. McCullough JP et al. Group Comparisons of DSM-IV Subtypes of chronic depression: Validity of the distinctions, Part 2. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(4): 614–622.
14. Demling JH. Therapieresistente Depressionen. 1. Aufl. Bremen: UNI-MED 2004.
15. American Psychiatric Association: Practise guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association Compendium 2006.
16. Keller MB et al. A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342: 1462–1470.
17. Nemeroff CB et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 100: 14293–14296.
18. McCullough JP. Treatment for chronic depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: Guilford Press 2000.
19. Birbaumer N. Psychophysiologie der Angst. Fortschritte der Klinischen Psychologie. 2. Aufl. von „Neuropsychologie der Angst“. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenbeck 1977.
20. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986; 99: 20–35.
21. Teasdale JD. Multi-level theories of cognition-emotion relations. In T Dalgleish, M Power (eds.): *Handbook of Cognition and Emotion*. New York: John Wiley & Sons 1999, 665–681.
22. McCullough JP. Therapist manual for Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. Richmond: Virginia Commonwealth University 1995.
23. Piaget J. Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde (Gesammelte Werke). Studienausgabe, Bd. 1, Stuttgart: Klett 1975.
24. Piaget J. Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes. Frankfurt: Suhrkamp 1995.
25. Wagner AR. Context-sensitive elemental theory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology B: Comparative and Physiological Psychology* 2003; 56 B: 7–29.
26. Hearst E, Jenkins HM. Sign-Tracking: The stimulus-reinforcer relation and directional action. *Austin: The Psychonomic Society* 1974.
27. Fanselow MS. Neural organization of the defensive behavior system responsible for fear. *Psychonom Bull* 1994; 1: 429–438.
28. Fanselow MS, Poulos AM. The neuroscience of mammalian associative learning. *Ann Rev Psychol* 2005; 56: 207–234.
29. Skinner BF. The behavior of organisms: An experimental analysis. New York: D.Appleton-Century Company, Inc. 1938.
30. Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan 1953.
31. Rachlin H, Green L, Kagel JH, Battalio RC. Economic demand theory and psychological studies of choice. In G Bower (E.). *The Psychology of Learning and Motivation*. New York: Academic Press 1976; 10: 129–154.
32. Balleine BW. Neural Basis of Food Seeking: Affect, arousal and reward in corticostriatal limbic circuits. *Physiol Behav* 2005; 86: 717–730.
33. Hayes SC et al. Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed behavior from scheduled controlled behavior. *J Exp Anal Behav* 1996; 46: 137–147.
34. Herrnstein RJ. On the law of effect. *J Exp Anal Behav* 1970; 13: 243–266.
35. Bouton ME, Nelson JB. The role of context in classical conditioning: Some implications for cognitive behavior therapy. In WT O'Donohue (Ed.). *Learning and Behavior Therapy*. Needham Heights: Allyn and Bacon 1998; 59–84.
36. Bouton ME. Learning and behavior: A contemporary synthesis. Massachusetts: Sinauer Associates Inc. Publisher Sunderland 2007.
37. Minor TR, Dess NK, Overmier JB. Inverting the Traditional View of „Learned helplessness“. In MR Denny (ed.) *Fear, Avoidance and Phobias: A Fundamental Analysis*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates 1991, 87–134.
38. McCullough JP et al. Differential diagnosis of chronic depressive disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 55–71.
39. Piaget J. Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. Palo Alto, CA: Annual Reviews 1981. (Original published 1954).
40. Mowrer OH. On the dual nature of learning: A reinterpretation of „conditioning“ and „problem solving“. *Harv Educ Rev* 1947; 17: 102–150.
41. Seligman ME, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol* 1967; 74: 1–9.
42. Skinner BF. Selection by consequences. *Science* 1981; 213: 501–504.
43. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1977.
44. McCullough JP. Treating chronic depression with disciplined personal involvement. CBASP. Berlin, Heidelberg: Springer 2006.
45. Caspar F. Das Impact Message Inventory von Kiesler. In E Brähler, J Schuhmacher, B Strauss (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2002; 214–216.
46. McCullough JP. Treatment for chronic depression using CBASP. *J Clin Psychother*. In Session 2003; 59: 833–846.
47. McCullough JP. Treatment for chronic depression using CBASP. *J Psychother Integration* 2003; 13: 241–263.
48. Timberlake W, Farmer-Dougan VA. Reinforcement in applied settings: Figuring Out ahead of time what will work. *Psychol Bull* 1991; 110: 379–391.
49. McCullough JP. The need for a new single design structure in applied cognitive psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practise* 1984; 21: 389–400.
50. Persönliche Korrespondenz mit McCullough JP über Video-Konferenz am 15.06.2007.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dieter Schoepf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Friedrich-Wilhelms-Universität; Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn; Tel. 0228/287-15794, Fax -16097
E-Mail: dieter.schoepf@ukb.uni-bonn.de