

## **Chronische Depression - Psychotherapeutische Behandlung der Chronischen Depression mit CBASP**

In Deutschland müssen die Diagnosen nach ICD 10 kodiert werden. Diese sieht eine Klassifizierung chronischer Formen depressiver Erkrankungen nur begrenzt vor. Offiziell findet kein Zusatz »mit chronischem Verlauf« für die Diagnose einer depressiven Episode. Eine Ausnahme stellt die Dysthymia (F34.1) dar, die als einzige »chronisch« benannte Verlaufsform der Depression im ICD-10 klassifiziert werden kann. Es wird jedoch empfohlen, bei Vorliegen einer depressiven Episode, die sich ohne oder nur mit teilweiser Besserung über mehr als zwei Jahre erstreckt, den Zusatz »chronischer Verlauf« zu ergänzen.

Dysthymia (F34.1, ICD-10)

- ▶ Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischen liegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen.
- ▶ Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes sind so schwer und dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung erfüllen.
- ▶ Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen:
  - Verminderter Antrieb oder Aktivität,
  - Schlaflosigkeit,
  - Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit,
  - Konzentrationsschwierigkeiten,
  - Neigung zum Weinen,
  - Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität oder anderen angenehmen Aktivitäten,
  - Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung,
  - erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden,
  - Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit,
  - sozialer Rückzug,
  - verminderte Gesprächigkeit.

## Wichtige Begriffe im CBASP

- Diszipliniert persönliches Einbringen (DPE, beziehungsweise „DPI“ – disciplined personal involvement): siehe Persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung.
- Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ): DPE-Technik mit dem Ziel, dem Patienten Sicherheit in der therapeutischen Beziehung zu vermitteln indem ihm deutlich gemacht wird, dass sich der Therapeut beim Erreichen eines Übertragungsbereiches anders verhält als prägende Bezugspersonen. Zu diesem Zweck erarbeitet der Therapeut mit dem Patienten zusammen die Unterschiede zwischen den Reaktionen des Therapeuten und Reaktionen von signifikanten Bezugspersonen in der Lerngeschichte.
- Impact Message Inventory (IMI): Fremdbeurteilungsverfahren von Kiesler zur Erfassung der interpersonalen Persönlichkeit. Persönlichkeit wird danach als ein relativ gleich bleibendes Muster von sich wiederholenden, verschlüsselten interpersonalen Botschaften verstanden. Sie enthalten neben der Selbstdarstellung auch Aufforderungen an den Empfänger, sich komplementär zu verhalten.
- Kiesler Kreis: Grafische Darstellung des Impact Message Inventory (IMI) von Kiesler. Im Kiesler Kreis können die interpersonalen Auswirkungen, die eine Person auf eine andere hat, auf den Achsen Kontrolle (dominant versus submissiv) und Zugehörigkeit (freundlich versus feindselig) visualisiert werden.
- Kontingent persönliche Reaktion (KPR oder „CPR“ – contingent personal responsivity): DPE-Technik mit dem Ziel, dem Patienten in ausgewählten Situationen deutlich zu machen, welche emotionale Konsequenz sein gegenwärtiges Verhalten beim Therapeuten gerade auslöst. Dabei eröffnet der Therapeut dem Patienten gegenüber seine eigene persönliche Reaktion und wird so zur interpersonalen Konsequenz für den Patienten.
- Liste prägender Bezugspersonen: Systematische Erfassung von prägenden Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen (u. a. Eltern) zu Beginn der Behandlung. Sie ist die Grundlage für die Erstellung der Übertragungshypothese.
- Persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung (auch DPE oder DPI genannt):

Dieser Begriff beschreibt die besondere Art der Beziehungsgestaltung im CBASP. Der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung dienen im Wesentlichen zwei Techniken: die Kontingente persönliche Reaktion und die Interpersonelle Diskriminationsübung.

- Pre-Therapy-Patient (Noch nicht therapiebereiter Patient): Patienten, die so stark interpersonell vermeiden, dass noch kein klares Arbeitsbündnis vorhanden ist und daher Situationsanalysen noch nicht angewendet werden können. Hier empfiehlt McCullough den Einsatz der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung.
- Situationsanalyse: Technik zur Vermittlung zwischenmenschlicher Fertigkeiten. Hier lernt der Patient, welche Ziele (gewünschte Ergebnisse) er in zwischenmenschlichen Situationen aus seinem Alltag erreichen kann und wie er sie erreichen kann.
- Stempel: Emotionale Prägungen, welche die signifikanten Bezugspersonen bei dem Patienten hinterlassen haben. Dabei handelt es sich häufig um frühe verletzende Erlebnisse, die den Wachstumsprozess des Kindes stören.
- Stimuluscharakter: Beschreibt den charakteristischen interpersonellen Stil eines Menschen. Dieser kann beispielsweise im Kiesler Kreis auf den Achsen Kontrolle und Zugehörigkeit beschrieben werden (s. a. Kiesler Kreis).
- Übertragungsbereiche: Zwischenmenschliche Situationen, in denen die Beziehungserwartung der Patienten aktiviert wird. Diese fallen meistens in einen von vier Bereichen: Intimität/Nähe, Bedürfnisse äußern, Fehler machen, negative Gefühle zeigen. Werden auch als „emotionale Brennpunkte“ bezeichnet.
- Übertragungshypothese (ÜH oder „TH“ – transference hypothesis): Fasst die Beziehungserwartung (zentrale interpersonelle Angst) des Patienten gegenüber dem Therapeuten bereits zu Beginn der Behandlung in einem „Wenn-dann“-Satz zusammen. Sie wird vom Therapeuten auf der Grundlage der Stempel konstruiert, die in der Liste der prägenden Bezugspersonen vom Patienten genannt wurden.
- Wahrnehmungsentkoppelung: Kognitiv-emotionale Abkapselung von der interpersonellen/sozialen Umwelt, die dazu führt, dass der Kontakt zur Umwelt verloren geht und Stimuli aus der Umwelt ihren Einfluss auf den Betroffenen verlieren.

### **Wichtige ergänzende Fragen für den Therapeuten zur Konzipierung der Therapie:**

Hat der Patient je einem Menschen vertraut?

Hat der Patient sich je geliebt gefühlt? (Wenn ja, von wem und wann?)

Hat der Patient je einen Menschen geliebt? (Wenn ja, wen, und wie ist die Beziehung verlaufen?)

Weiß der Patient, wie man aus Beobachtung lernt?

Wie sagt der Patient „nein“ zu anderen?

Hat der Patient je Erfolgserlebnisse gehabt?

Ist der Patient je mit einem anderen Menschen ein zwischenmenschliches Risiko eingegangen? (Mit wem? Was ist passiert?)

Wie nimmt der Patient mit mir hauptsächlich Beziehung auf? (Unterwürfig? Distanziert? Offen feindselig? Freundlich?)

Handlungsleitend für die Therapie und zur Formulierung des Therapieziels sollte der Therapeut eine Antwort auf die folgende Frage formulieren und sich vor jeder Sitzung vergegenwärtigen: Was möchte ich dem Leben des Patienten (durch unsere Beziehung und Veränderungsmaßnahmen) hinzufügen, das er zu Beginn unserer Beziehung nicht hatte?

### **Überlappung chronische Depression und Persönlichkeitsstörung**

Aufgrund von Verlaufsspezifitäten und häufiger Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen ist die möglichst frühzeitige, umfassende spezifische Diagnostik bei der chronischen Depression besonders wichtig.

### **CBASP-Theorie und frühe Traumata**

Der Lebensverlauf und die Liste prägender Bezugspersonen werden dazu verwendet, die frühen Traumata zu identifizieren. Spezifische Themen innerhalb der traumatischen interpersonellen Erfahrungen werden unterschieden, und anhand dieser Themen wird eine Übertragungshypothese formuliert. Die Übertragungshypothese kommt bei „Hotspots“ in den Patient-Therapeut-Interaktionen zum Einsatz. Tritt ein Hotspot auf, wird die IDÜ eingesetzt, um zwischen den oft ablehnenden oder vernachlässigenden Reaktionen der prägenden Bezugspersonen und den Reaktionen des Therapeuten zu unterscheiden. Dadurch lernt der Patient, wie er sich in einer sicheren Beziehung verhalten kann, und macht neue Erfahrungen. In der Situationsanalyse üben Patienten, sich ihrer Verhaltensweisen und deren Auswirkungen auf andere bewusst zu werden. Mithilfe des Therapeuten üben sie verschiedene Verhaltensvarianten und lernen, positivere Interaktionen außerhalb der Therapie zu erleben. Das Disziplinierte persönliche Einbringen ist eine Technik, die sich auf stringente Weise mit der Wirkung des Verhaltens des Patienten auf andere befasst. Der Therapeut demonstriert dies, indem er die Gefühle und Reaktionen, die der Patient bei ihm

auslöst, offen zum Ausdruck bringt. Somit zielt er auf eine direkte Reaktion des Patienten ab, mit der die „Mauer des Vermeidens“, die im Rahmen früher traumatischer Erfahrungen aufgebaut wurde, am Ende durchbrochen werden soll.

Das Vorliegen früher interpersoneller Traumata und vor allem multipler früher Traumata ist mit einem chronischen Depressionsverlauf verbunden.

### **Komorbidität CD und PTBS**

Bei vielen Patienten mit komorbid vorliegender chronischer Depression und PTBS ist nach der Depressionsbehandlung eine traumaspezifische Behandlung notwendig, um weiter anhaltende Symptome der PTBS zu verbessern. Die Modifikationen (z. B. Significant Trauma Event, Impact Conclusion, Trauma-focused Hot Spots und Situational Discrimination) ergänzen die herkömmlichen CBASP-Methoden. Sie beinhalten das Abbilden der traumatischen Ereignisse entlang des Depressionsverlaufs, der vom Patienten in der ersten Sitzung erstellt wird, sowie die zusätzliche Beschreibung des traumatischen Ereignisses (STE) und dessen Auswirkung (Impact Conclusion) in Ergänzung zur LpB.

### **Kormorbides Auftreten von chronischer Depression und Alkoholabhängigkeit**

Beim CBASP handelt es sich um eine behaviorale Behandlungsform, in der jene besonderen Merkmale chronisch depressiver Patienten berücksichtigt werden, die in ihrer Mehrzahl auch für Alkoholiker hoch relevant sind. CBASP ist geeignet für Personen, die:

- weniger leistungsfähig und weniger motiviert sind, sich zu ändern,
- unter traumatischen oder vernachlässigenden Entwicklungs- oder Verstärkungsbedingungen aufgewachsen sind,
- ein schwach ausgeprägtes Bewusstsein für ihre interpersonelle Wirkung oder mangelnde inter-personelle Problemlösefähigkeiten aufweisen.

### **Besonderheiten des Behandlungsansatzes**

- Patienten müssen nicht abstinent sein, wenn sie die Behandlung beginnen, und sie können aktiv trinken.
- Bei der Behandlung wird ein Schadensreduktionsansatz gewählt, d. h., die Behandlung ist so konzipiert, dass sie die schädigenden Konsequenzen des Alkoholkonsums und den Konsum in Übereinstimmung mit den Zielen des Patienten langsam reduziert. Abstinenz ist das ideale endgültige Ziel, aber nicht notwendig.
- Der effektivste therapeutische Stil für den Kliniker ist ein Gesprächsstil wie im Motivational Interviewing im Geiste des sokratischen Fragens.

## **Einschätzung von und Umgang mit suizidalem Verhalten in CBASP**

Die interpersonelle Theorie suizidalen Verhaltens geht davon aus, dass das „Gefühl, für andere Menschen eine Last zu sein“ und „Entfremdung“ die letzte gemeinsame Endstrecke beim Auftreten von Suizidalität darstellen, durch die allgemeine Risikofaktoren (z. B. Depression) die Suizidalität steuern. Während die interpersonelle Theorie eher das Gefühl der Belastung für andere betont, empfinden Patienten sich häufig auch als Belastung für sich selber. Diese Denkmuster sind daher erfolgversprechende Ansatzpunkte, wenn im CBASP bei der Durchführung der Situationsanalyse die Interpretationen revidiert werden.

Dass chronisch depressive Patienten aus Sicht des CBASP-Ansatzes mit ihren handlungsleitenden Gedanken kämpfen, lohnt einen genaueren Blick. Sich selbst als Belastung für andere zu erleben, erfordert einen anderen Denkansatz, als ihn die orthodoxere Form von CBASP vorsieht.

## **CBASP bei Zwangsstörung und komorbider chronischer Depression**

- CBASP ist als alleiniges Behandlungsangebot für Patienten mit Zwangsstörungen nicht gerechtfertigt.
- Obwohl ein chronischer Verlauf der Zwangsstörung relativ häufig ist, ist der primäre Einsatz von CBASP (ohne vorherige Behandlung mit ERP) bei „Abwesenheit“ einer chronischen Depression derzeit ebenfalls nicht gerechtfertigt.
- Eine Indikation von CBASP bei Zwangsstörungen ist dann gegeben, wenn eine komorbide chronische Depression vorliegt.
- Die zeitliche Abfolge der verschiedenen Therapieansätze hängt vom individuellen Fall ab.

## **Störungsübergreifender Einsatz von CBASP**

Konzepte und Interventionen, die auch bei anderen Störungen außer Depression von Nutzen sind:

1. entwicklungsorientierte Sicht,
2. Liste prägender Bezugspersonen (LpB; engl. Significant Other History, SOH),
3. Übertragungshypothesen (CH; engl. Transference Hypotheses),
4. Reflexion der interpersonellen Positionen von Patient und Therapeut auf der Grundlage des Kiesler-Kreismodells,
5. das Disziplinierte persönliche Einbringen (DPE; engl. Disciplined Personal Involvement, DPI),
6. Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ; engl. Interpersonal Discrimination Exercise. IDE) und
7. die Situationsanalyse (SA).

## **Literaturempfehlungen**

Anne Katrin Risch, Ulrich Stangier, Thomas Heidenreich, Martin Hautzinger: Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression

Annette Schaub, Elisabeth Roth, Ulrich Goldmann: Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen

Patrick Pössel, Andrea B. Horn, Simone Seemann, Martin Hautzinger: Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen

Eva-Lotta Brakemeier, Claus Normann: Praxisbuch CBASP

James P. McCullough, Jr.: Behandlung von Depressionen mit dem CBASP, Therapiemanual

James P. McCullough, Jr.: Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen

Martina Belz, Franz Caspar, Elisabeth Schramm (Hrsg.): Therapieren mit CBASP

## **Empfehlungen aus dem WWW**

[www.faktencheck-depression.de](http://www.faktencheck-depression.de)

[www.cbasp.org](http://www.cbasp.org)

[www.cbasp-network.org](http://www.cbasp-network.org)