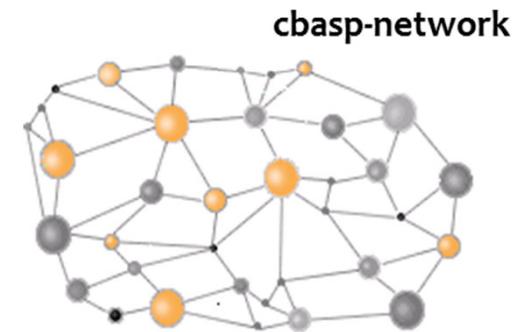


CBASP

Dr. Susanne Steinlechner





Cognitive

Behavioral

Analysis

System

of

Psychotherapy

James P. McCullough, Jr., PhD
Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia

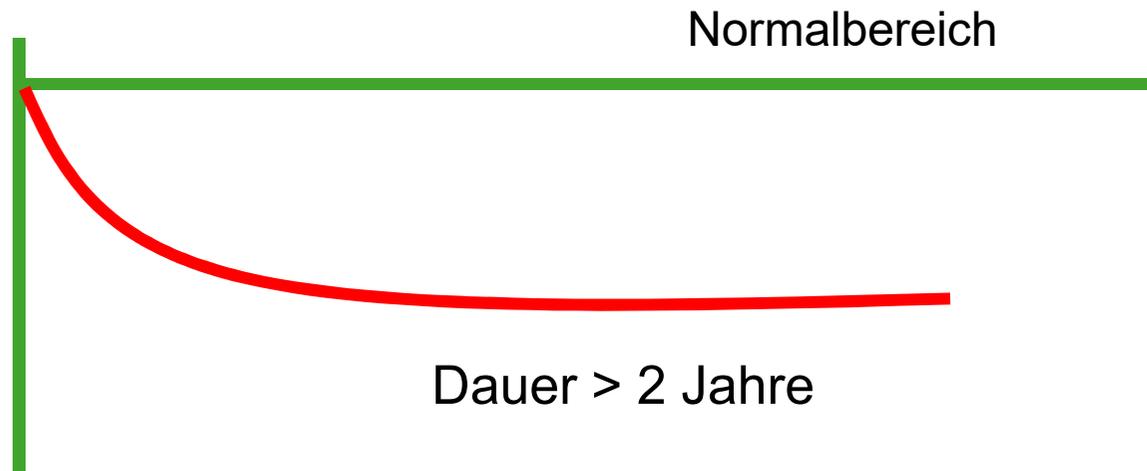


Gliederung

- Chronische Depression
 - Besonderheiten
 - insbesondere in der Beziehungsgestaltung
- CBASP
 - Liste prägender Bezugspersonen → IDÜ, CPI
 - Situationsanalyse

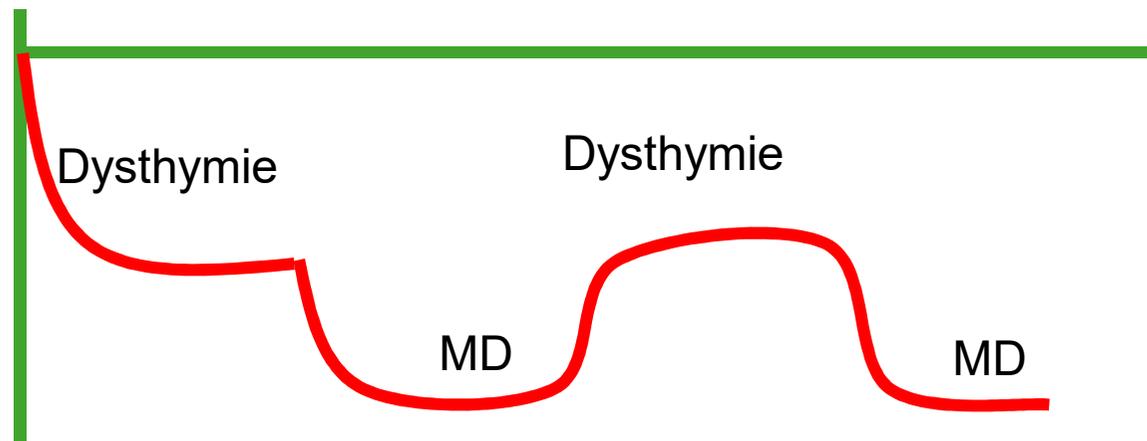
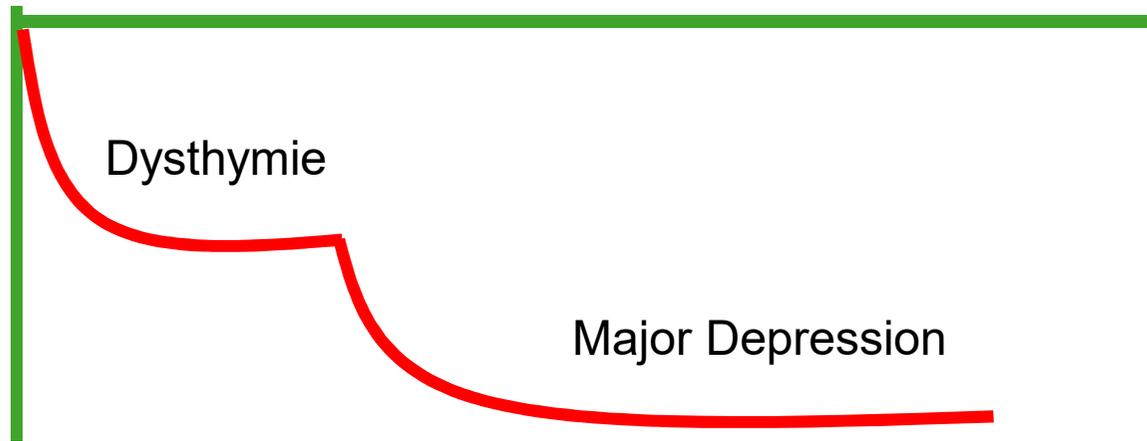
Chronische Depression

Verlaufsformen: Dysthymie



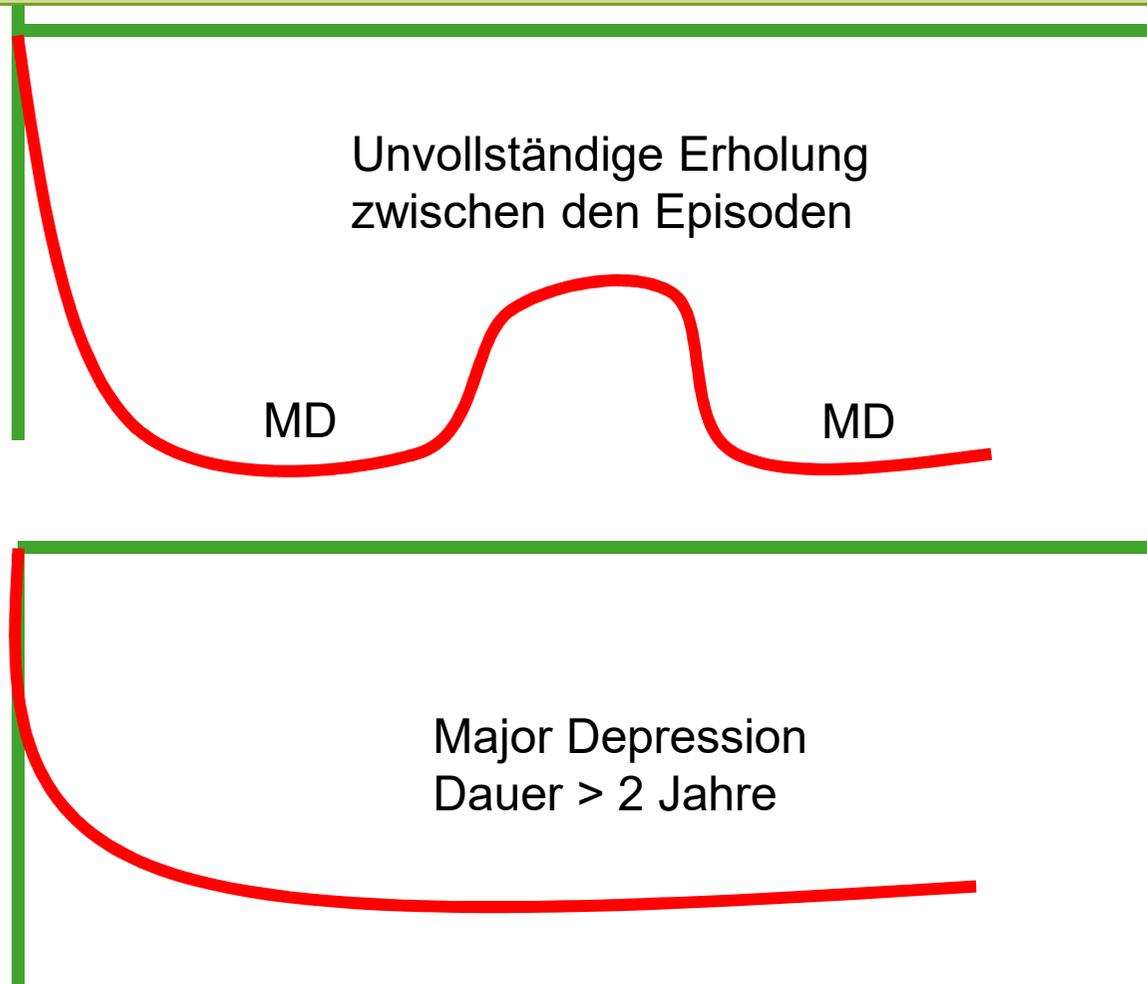
Chronische Depression

Verlaufsformen: Double Depression



Chronische Depression

Verlaufsformen: Chronische Major Depression



Epidemiologie der chronischen Depression



- 84% der dysthymen Pat. (6%) bekommen innerhalb von 10 J. eine depressive Episode (Klein et al, 2003)
- 15-20% aller depressiven Episoden dauern länger als 2 Jahre (Mueller et al 1996, Keller et al 1992)
- 50% aller depressiven Störungen nehmen einen chronischen Verlauf (Klein et al, 2000; Kessler et al, 1994; Kennedy et al 2003)
- verglichen mit akuter/episodischer Depression:
 - größere Beeinträchtigungen im psychosozialen und im Arbeitsbereich
 - stärkere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
 - häufigere Suizidversuche und psychiatrische Hospitalisierungen
- hohe Komorbidität (v.a. Angststörungen, Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen)
- spontane Remissionsrate < 10%



- Mehr Persönlichkeitsstörungen bei Angehörigen
- Häufiger ungünstige Bedingungen in der Kindheit (Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung)
- Erkrankungsbeginn vor dem 21. Lebensjahr

Psychotherapie der rezidivierenden Depressiven Störung - Akutphase



- Klinische Wirksamkeit nachgewiesen für die Behandlung in der **akuten Phase**:
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Interpersonelle Psychotherapie
 - psychodynamische Verfahren
- Behandlung der **Chronischen Depression**?

Behandlungsergebnisse bei chronischer Depression



- „Therapieresistent“ auf Pharmako- und Psychotherapie (Keller 1990, 1992)
- Unbefriedigende Besserung selbst bei Therapieresponse (Keller et al. 1998)
 - Doppelblind-randomisierte Studie (Sertralin, SSRI; Imipramin, Tricyclisches AD)
 - Multicenter-Studie mit 12 Studienzentren (Studiendauer 12 Wochen)
 - n=635 chronisch depressive Patienten
 - mittlere Erkrankungsdauer ca. 16 Jahre
 - Ergebnisse: 17% völlige Remission
35% partielle Remission
48% keine Besserung
- Höheres Rückfallrisiko nach Therapieresponse im Vergleich zu rezidivierenden Störungen

- Bio-psycho-soziales Erklärungsmodell
- „Early Onset“-Patient
 - ... erleidet Misshandlung und Trauma während früher Entwicklungsphase, was die normale kognitiv-emotionale Entwicklung im sozialen/zwischenmenschlichen Bereich beeinträchtigt
 - ... entwickelt als Erwachsener einen „präoperationalen“ Funktionsstil
- „Late Onset“-Patient
 - Der nicht kontrollierbare emotionale „Ausnahmestand“ in der Depression behindert das normale kognitiv-emotionale Funktionieren, und das Individuum kehrt zu einem präoperational strukturierten Niveau der Außenwahrnehmung zurück

Was ist CBASP?

- Eine Form der (ambulanten) Psychotherapie speziell entwickelt zur Behandlung chronischer Depressionen
- CBASP sieht chronische Depressionen in erster Linie als Störung der Stimmungslage, die durch erlernte Ängste im zwischenmenschlichen Umgang entstanden ist und durch wiederkehrende Muster der interpersonellen Vermeidung aufrecht erhalten wird
- Die therapeutische Rolle ist durch das beständige Anwenden von reziproken Verhaltensweisen gekennzeichnet
- Bei allen Veränderungstechniken sind die path. kognitiven und Verhaltensmuster immer an interpersonelle Konsequenzen geknüpft
- Die therapeutische Rolle ist einzigartig: sie ist dadurch charakterisiert, sich kontrolliert persönlich einzulassen
- Disziplinierte persönliche Gestaltung wird genutzt um fehlangepasstes Verhalten während der Sitzung zu verändern und damit frühe interpersonelle Traumata (durch die prägenden Bezugspersonen) zu heilen
- Ziel der therap. Sitzungen ist es, den Pat. in einer Teilnehmerrolle zu halten, nicht in einer Beobachter-/neutralen Rolle



Theoretische Grundlagen

- Seligmanns Theorie der erlernten Hilflosigkeit
- Banduras Theorie sozialen Lernens
- Piagets Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung
- Pawlows Theorie des respondenten Lernens
- Skinners Theorie des operanten Lernens
- Kieslers interpersonelle Psychologie

Pathologische Phänomenologie chronisch Depressiver



- Chronisch depressive Patienten sind „präoperatorische Denker“
- Parallelen zwischen Denkmustern 4- bis 7-jähriger Kinder und chronisch depressiven Erwachsenen:
 - **denken in prälogischer/präkausaler Weise**
 - **vorherrschend egozentrisch**
 - **sprechen in monologisierender Form**
 - **unfähig zu echtem Mitgefühl**
 - **emotional dysreguliert (keine Emotionskontrolle bei Konfrontation mit Stress)**
- „Kind-Erwachsene“

Prä-logisches, prä-operantes Denken



- **Pat.:** Mein Nachbar hat mich gestern angemacht!
- **Therapeut:** Was ist denn zwischen Ihnen passiert?
- **Pat.:** Er hat mich angerufen und verlangt, dass ich meine Stereoanlage leiser drehen soll. Ich habe nämlich eine neue Anlage.
- **Therapeut:** Hat er Sie schon früher mal angerufen?
- **Pat.:** Eigentlich nicht. Ich glaube, er ist einfach ein blöder Hund!
- **Therapeut:** Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen seiner Beschwerde und dem Spielen Ihrer Stereoanlage?
- **Pat.:** Warum ergreifen Sie seine Partei? Sie sind wie alle anderen – niemand versteht mich.

Pathologische Phänomenologie chronisch Depressiver



- Chronisch depressive Patienten sind „präoperationale Denker“
- Parallelen zwischen Denkmustern 4- bis 7-jähriger Kinder und chronisch depressiven Erwachsenen:
 - denken in prälogischer/präkausaler Weise
 - **vorherrschend egozentrisch**
 - sprechen in monologisierender Form
 - unfähig zu echtem Mitgefühl
 - emotional dysreguliert (keine Emotionskontrolle bei Konfrontation mit Stress)
- „Kind-Erwachsene“

Egozentrische Sicht der eigenen Person und Anderer



- **Pat.:** Niemand mag mich – ich bin einfach ein armseliger Mensch.
- **Therapeut:** Was meinen Sie, was ich für Sie empfinde?
- **Pat.:** Sie sind eine nette Person, Sie sind zu allen nett.
- **Therapeut:** Sie haben meine Frage nicht beantwortet.
- **Pat.:** Wenn Sie ehrlich sind, kann man mich eigentlich nicht mögen.
- **Therapeut:** Wie wissen Sie das?
- **Pat.:** Weil es einfach so ist! Niemand mag mich. Sie werden mich nie vom Gegenteil überzeugen können.

Pathologische Phänomenologie chronisch Depressiver



- Chronisch depressive Patienten sind „präoperationale Denker“
- Parallelen zwischen Denkmustern 4- bis 7-jähriger Kinder und chronisch depressiven Erwachsenen:
 - denken in prälogischer/präkausaler Weise
 - vorherrschend egozentrisch
 - sprechen in monologisierender Form
 - **unfähig zu echtem Mitgefühl**
 - emotional dysreguliert (keine Emotionskontrolle bei Konfrontation mit Stress)
- „Kind-Erwachsene“



Fehlen authentischer Empathie mit Anderen

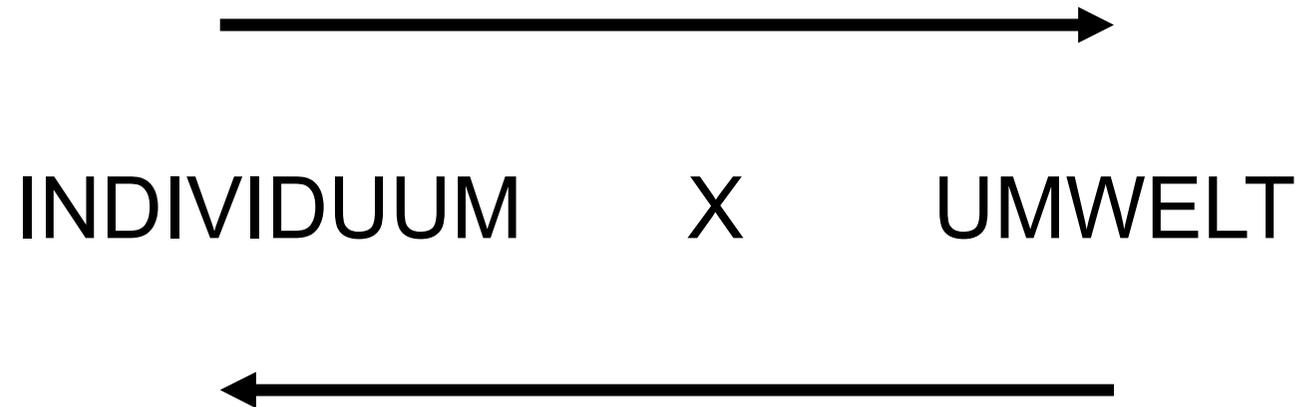
- **Therapeut:** Es tut mir sehr leid, das ich zu spät zu unserer Therapiesitzung komme – meine Tochter ist krank - und ich musste sie noch zum Arzt bringen.
- **Pat.:** Das macht nichts.....
- **Therapeut:** Ich war wirklich sehr beunruhigt wegen des hohen Fiebers, das sie letzte Nacht hatte.
- **Pat.:** Wissen Sie, ich hatte eine ziemlich schreckliche Woche.

Pathologische Phänomenologie chronisch Depressiver



- Chronisch depressive Patienten sind „präoperationale Denker“
- Parallelen zwischen Denkmustern 4- bis 7-jähriger Kinder und chronisch depressiven Erwachsenen:
 - denken in prälogischer/präkausaler Weise
 - vorherrschend egozentrisch
 - sprechen in monologisierender Form
 - unfähig zu echtem Mitgefühl
 - **emotional dysreguliert (keine Emotionskontrolle bei Konfrontation mit Stress)**
- „Kind-Erwachsene“

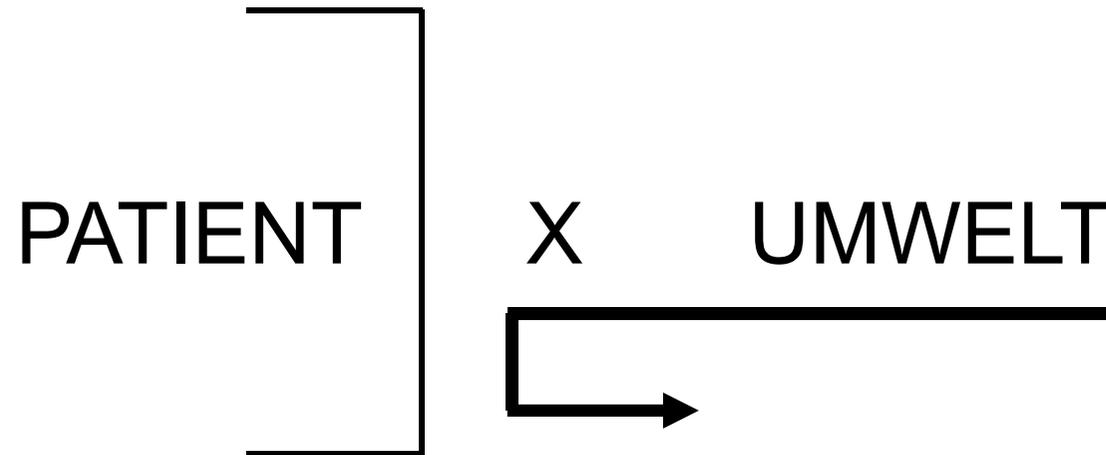
CBASP Verhaltens-Modell



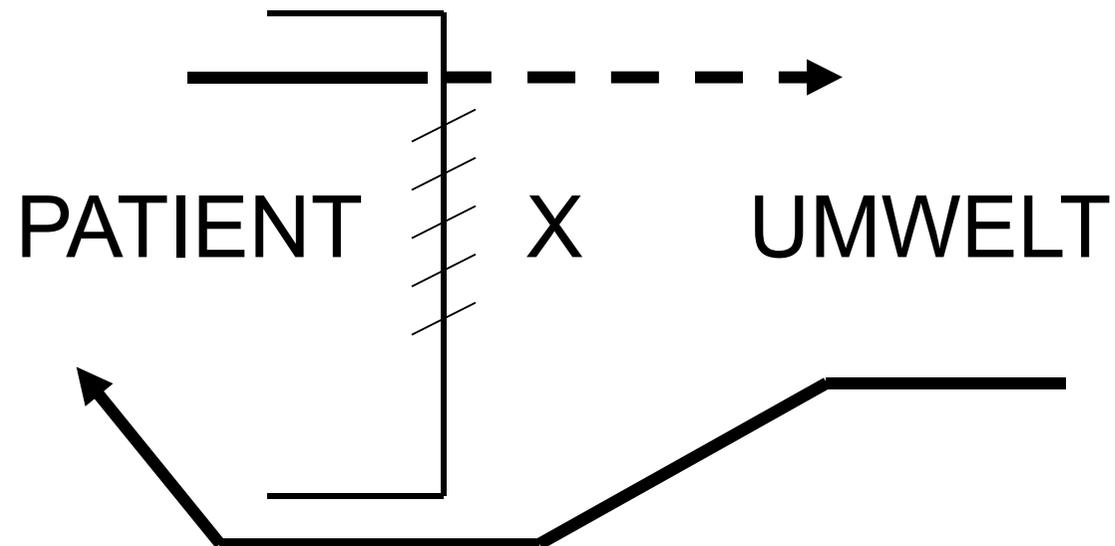




Anfangs-„Status“ eines chronisch depressiven Patienten



Herstellen von Kontingenzen in der Therapie-Sitzung



Bewusst-Werden
kontingenter Beziehung zur Umwelt



Grundannahmen

- Die Wahrnehmung chronisch depressiver Patienten ist von Umwelt entkoppelt, so dass Handlungskonsequenzen nicht handlungsleitend wirken
- Präoperational strukturiertes Funktionieren erhält die depressive Störung aufrecht und verursacht dysfunktionale kognitive und Verhaltensmuster, die den Betroffenen daran hindern, das gewünschte interpersonelle Ergebnis zu erreichen

Diagnostische und therapeutische Elemente im CBASP-Prozess



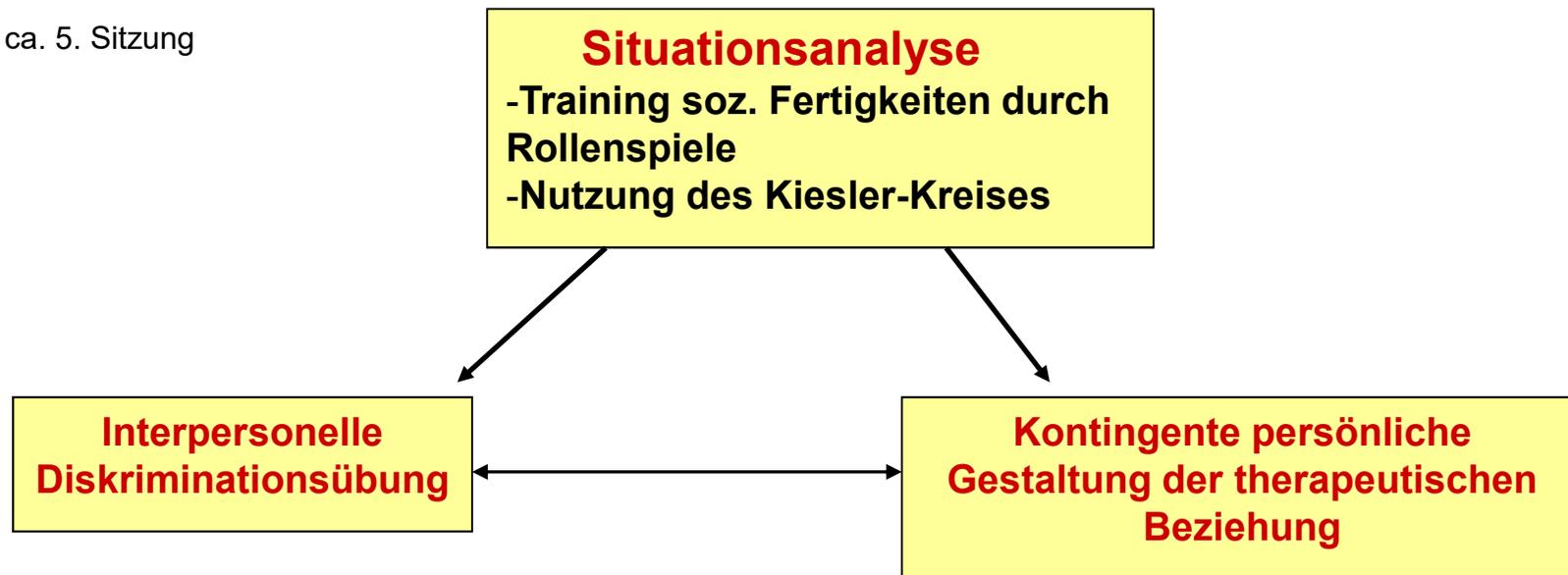
1.-3. Sitzung



2.-6. Sitzung



Ab ca. 5. Sitzung



Behandlungsmethoden

- Beziehungsgeschichte wichtiger Bezugspersonen
- Übertragungshypothesen
- Interpersonelle Diskriminationsübung

Methode: „Beziehungsgeschichte zu einer wichtigen Bezugsperson“



1. Liste wichtiger Bezugspersonen (max. 6) erstellen lassen, die einen bedeutenden (negativen oder positiven) Einfluss auf die Lebensgeschichte des Betroffenen hatten!
2. Fragen stellen:
 - „Erzählen Sie mir, in welcher Weise dieser Mensch dazu beigetragen hat, dass Sie so geworden sind, wie Sie sind!“
 - „Zu welcher Person sind Sie durch das Aufwachsen mit diesem Menschen geworden?“
 - „Wie war es für Sie, in der Umgebung dieses Menschen groß zu werden? Wie hat dieser Mensch die Lebensrichtung, die Sie genommen haben, beeinflusst?“
3. Prägung oder „Stempel“ ableiten.

- Beziehungsgeschichte wichtiger Bezugspersonen
- Übertragungshypothese
- Interpersonelle Diskriminationsübung

Therapeut formuliert eine Übertragungshypothese aus folgenden Bereichen:

- **Intimität:** „Wenn ich meinem Therapeuten nahe komme, dann ...“
- **Versagen:** „Wenn ich bei meinem Therapeuten etwas falsch mache, dann ...“
- **Emotionale Bedürfnisse:** „Wenn ich etwas von meinem Therapeuten brauche, dann ...“
- **Negative Gefühle:** „Wenn ich meinem Therapeuten gegenüber aufgebracht bin (negative Gefühle ihm gegenüber habe), dann ...“



- Beziehungsgeschichte wichtiger Bezugspersonen
- Übertragungshypothese
- **Interpersonelle Diskriminationsübung**

Methode: „Interpersonelle Diskriminationsübung“



- wird immer dann initiiert, wenn Patient und Therapeut sich im „**Hot Spot**“-**Übertragungsmoment** befinden
- Therapeut wendet die Übung an, indem er spezielle Fragen stellt:
 - „Wie hätte Ihre Mutter, Ihr Vater, Geschwister etc. Ihnen gegenüber reagiert, wenn Sie dies getan, gesagt oder darüber gesprochen hätten?“
 - „Wie habe ich auf Sie reagiert?“
 - „Welche Unterschiede gibt es zwischen den Reaktionen der wichtigen Bezugspersonen und meinen Reaktionen?“
(**Diskriminationstraining**)
 - **Was bedeutet es für Sie, wenn ich auf Sie anders reagiere als Ihre wichtigen Bezugspersonen?**
➔ **korrigierende emotionale Erfahrung**

Diagnostische und therapeutische Elemente im CBASP-Prozess



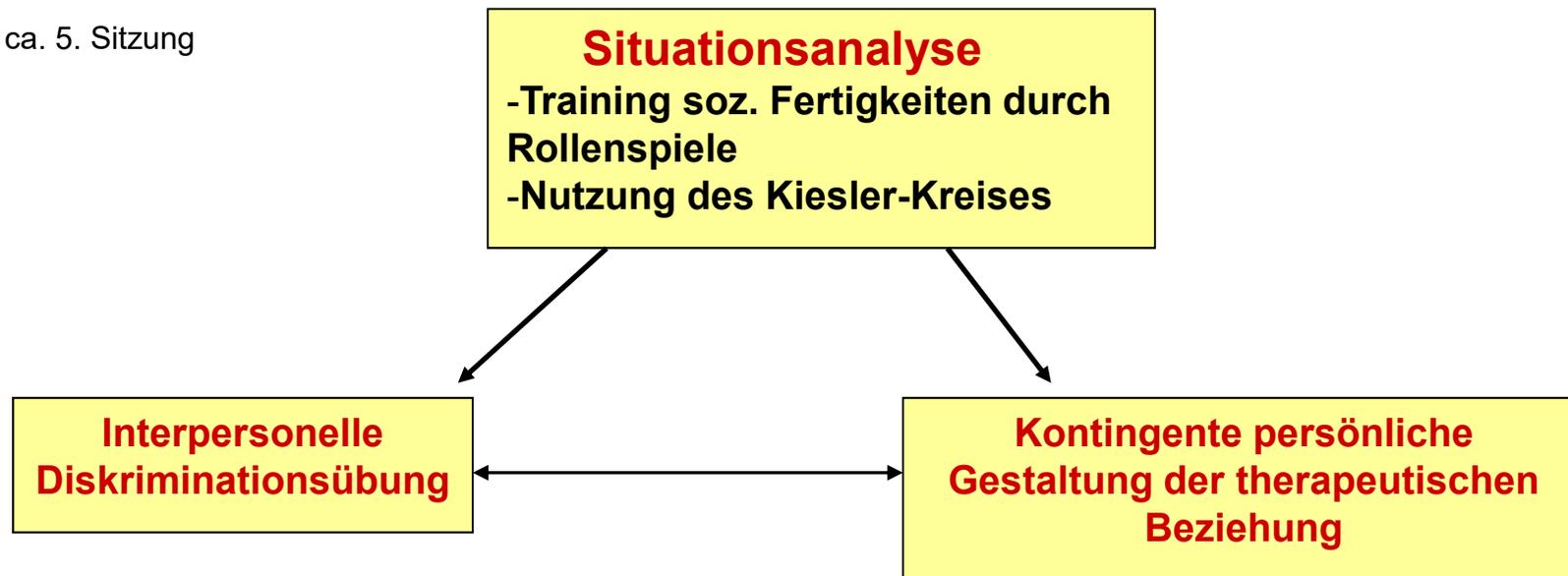
1.-3. Sitzung



2.-6. Sitzung



Ab ca. 5. Sitzung



Kontingente persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung



- kommt zum Einsatz, wenn der Patient im Laufe der Behandlung Verhaltensweisen zeigt, die den Therapiefortschritt behindern

z.B. Zuspätkommen, Termine vergessen, Vermeiden schwieriger Themen oder abwertende Äußerungen über den Therapeuten wie „Ich bin Ihnen doch egal“ und „Sie halten mich bestimmt für verrückt“

- Ziel → die Konsequenzen seines Verhaltens offenzulegen
 - adaptivere Verhaltensweisen zu lernen
- Der Therapeut stellt sich zu diesem Zweck als gleichberechtigter Weggefährte und Übungspartner zur Verfügung, mit dem der Patient neue zwischenmenschliche Fertigkeiten lernen kann
- Voraussetzung: der Therapeut erlaubt sich, in der Therapie er selber zu sein und seine persönliche Reaktion auf problematisches Verhalten des Patienten preiszugeben

Kontingente persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung



P: Ist unsere Therapie jetzt beendet? Ich wusste, dass ich es nicht wert bin, die Therapie weiterzumachen!

T: Habe ich Sie richtig verstanden? Sie halten es für sinnlos, die Therapie weiterzumachen?

P: Ja, Sie denken doch sicher auch so, oder?

T: Wissen Sie wie es mir geht, wenn Sie so etwas sagen?

P: Keine Ahnung, Sie denken bestimmt auch, dass es keinen Sinn macht, oder?

T: Nein, das denke ich nicht. Darf ich Ihnen sagen, wie es mir gerade geht?

P: Ich weiß nicht genau, wozu das noch gut sein soll. Aber sagen sie ruhig...

T: Sie machen mich traurig!

P: Was? Warum denn das? Was meinen Sie?

T: Sie machen mich traurig mit dem, was Sie sagen.

P: Ich verstehe nicht...

Kontingente persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung



T: Sie machen mich traurig damit, dass Sie so schlecht über sich denken.

P: Na ja, Sie denken doch sicher auch schlecht von mir, denn schließlich setze ich unsere Übungen nie um.

T: Nein, so denke ich nicht über Sie. Mir sind Sie wichtig, ich mag Sie und Ihren Humor. Und es macht mich traurig, dass Sie so über sich denken!

P: Oh...

T: Haben Sie es jemals erlebt, dass jemand sie mochte?

P: Nein.

T: Kein Wunder, dass Sie durcheinander sind! Dass ich Sie mag, passt nicht zu ihrem Bild von sich selbst. Sie können nicht anders von sich denken, oder? Langsam fange ich an zu verstehen.

P: Ich verstehe langsam gar nichts mehr...

T: Nun, offenbar habe ich einen anderen Eindruck von Ihnen als alle anderen Menschen bisher in Ihrem Leben. Für Sie ist das sicherlich etwas ganz Neues und Ungewohntes, dass jemand Sie mag. Oder?

P: Ja, so ist es und es ist sehr ungewohnt für mich.

Diagnostische und therapeutische Elemente im CBASP-Prozess



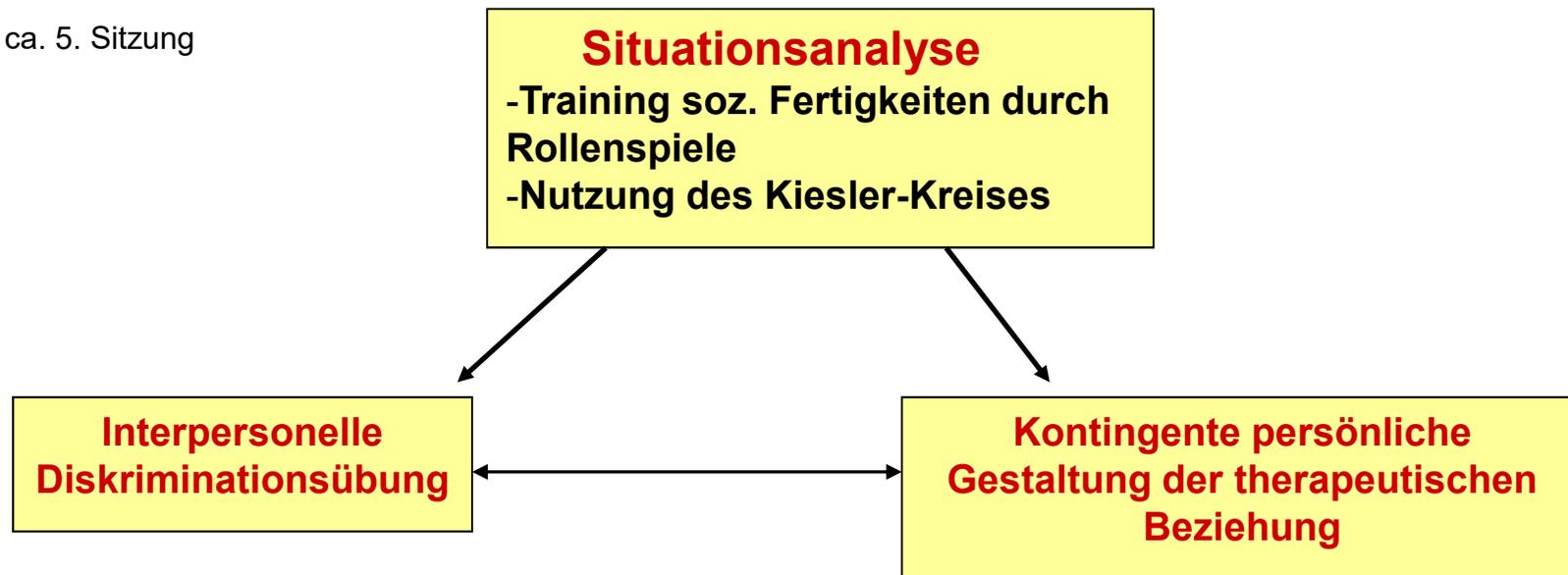
1.-3. Sitzung



2.-6. Sitzung



Ab ca. 5. Sitzung



Situationsanalyse



- ... fokussiert ein bestimmtes interpersonelles Ereignis („Zeitausschnitt“)
- Patient füllt den Coping Survey Questionnaire (CSQ) für jede Therapiestunde als Hausaufgabe aus
- ... besteht aus einer **Erhebungsphase** und einer **Veränderungsphase**

Situationsanalyse: Erhebungsphase



Instruktionen: Suchen Sie ein problematisches interpersonelles Ereignis heraus, das Ihnen während der letzten Woche passiert ist und beschreiben Sie es im Fragebogen.

Schritt 1: Beschreiben Sie, was passierte

Schritt 2: Beschreiben Sie Ihre Interpretation dessen, was passierte

Schritt 3: Beschreiben Sie, was Sie während dieser Situation taten/sagten

Schritt 4: Beschreiben Sie, wie das Ereignis endete
= **tatsächliches Ergebnis**

Schritt 5: Beschreiben Sie, wie Sie wünschen, dass dieses Ereignis enden sollte = **erwünschtes Ergebnis**

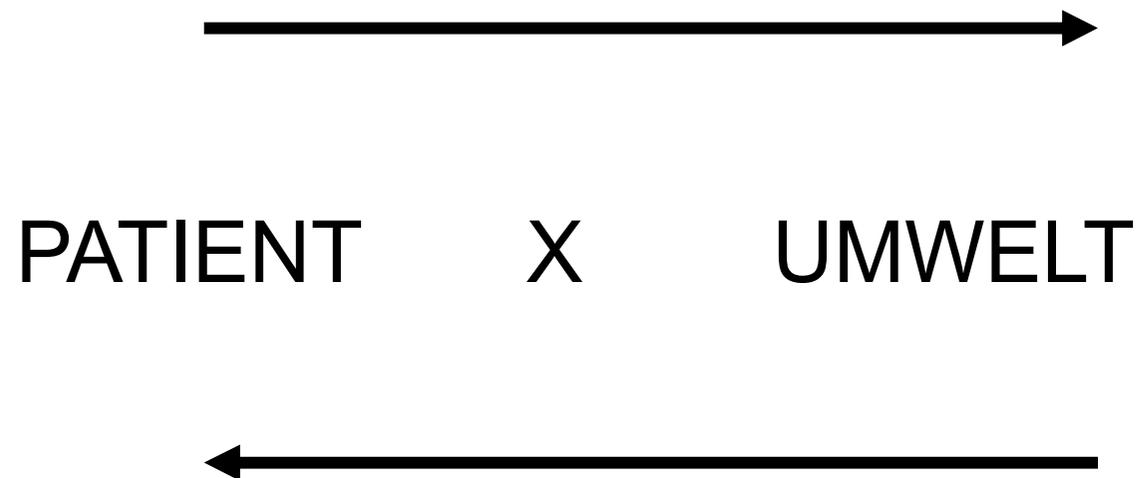
Schritt 6: Ist das erwünschte Ergebnis „realistisch“ (Patient kann es bewirken) oder „erreichbar“ (Umgebung „gibt es her“)?

Situationsanalyse – Veränderungsphase

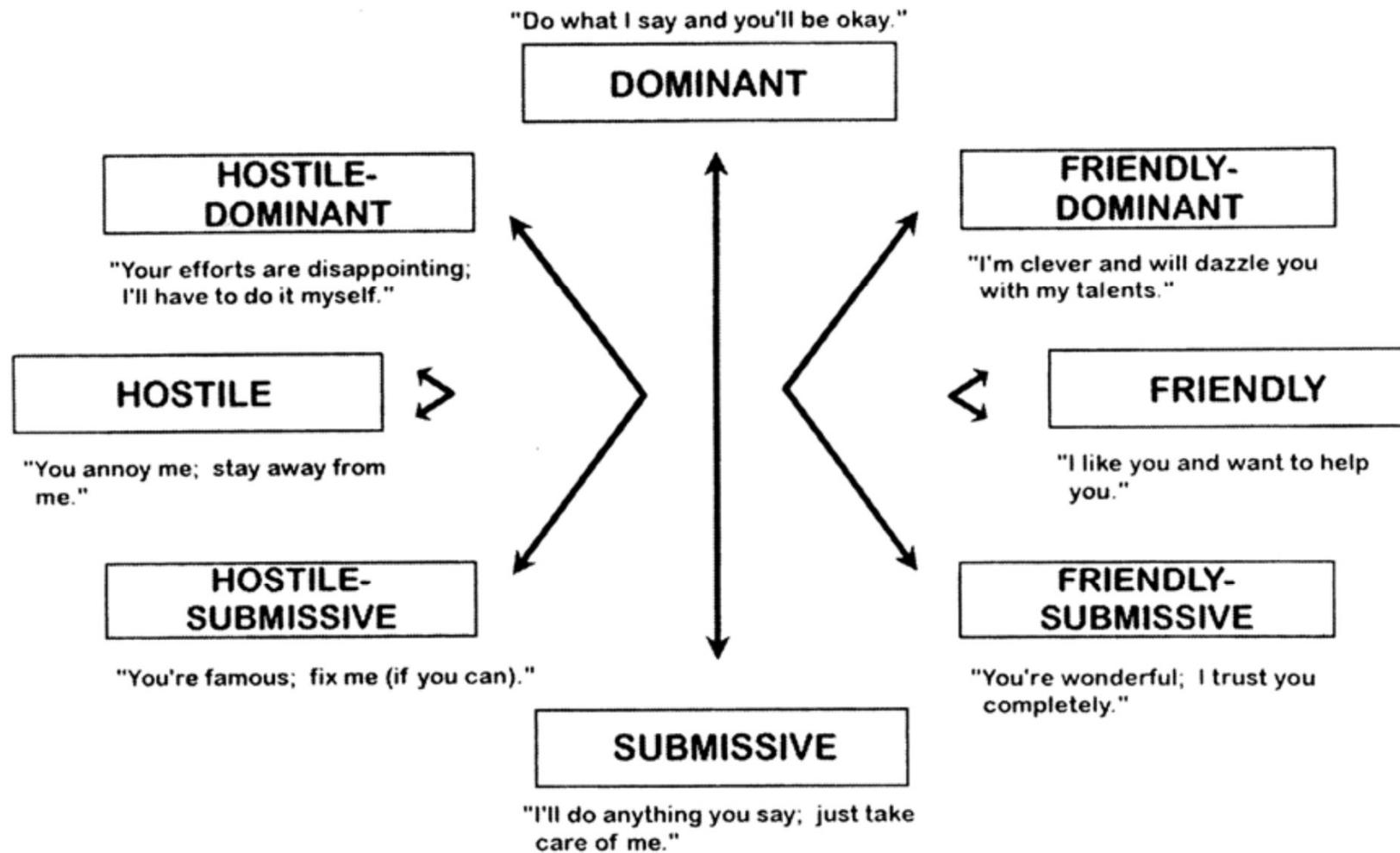


- Schritt 7:** Wurde das erwünschte Ergebnis erreicht?
ja/nein
- Schritt 8:** Interpretationen
- zutreffend, relevant?
 - tragen zum erwünschten Ergebnis bei?
 - welche Interpretation könnte hinzugefügt werden?
(Handlungsinterpretationen nötig?)
- Schritt 9:** Auf Basis veränderter Interpretationen: „Wie würden Sie sich verhalten, um Ihr erwünschtes Ergebnis zu erreichen?“ „Welches Verhalten würde Sie zu Ihrem erwünschten Ergebnis führen?“
- Schritt 10:** Nachbereitung/Zusammenfassung des Gelernten
- Schritt 11:** Generalisierung

Bewusst-Werden
kontingenter Beziehung zur Umwelt



Kiesler-Kreis



Behandlungsziele



- **Hauptlernziel: Wahrnehmung der Funktionalität** (gelernte Fähigkeit, die Verhaltenskonsequenzen zu erkennen)
- **Entwicklung der Fähigkeit, authentische Empathie** mit dem Therapeuten und anderen zu zeigen
- **Ermöglichen der korrigierenden emotionalen Erfahrung**, dass die Handlungsweise des Therapeuten nicht den früher erlebten Traumata entspricht
- **Fähigkeit, soziales Problemlöseverhalten, das in der Sitzung aufgetreten ist, in den Alltag zu übertragen**

Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: clinical characteristics and six month clinical outcomes in an open case series.

[Swan JS¹](#), [Macvicar R](#), [Christmas D](#), [Durham R](#), [Rauchhaus P](#), [McCullough JP Jr](#), [Matthews K](#).

→ CBASP is an acceptable therapy for a large proportion of patients with chronic depression and was associated with clinically significant change in 60% of completers.

The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial.

[Wiersma JE¹](#), [Van Schaik DJ](#), [Hoogendorn AW](#), [Dekker JJ](#), [Van HL](#), [Schoevers RA](#), [Blom MB](#), [Maas K](#), [Smit JH](#), [McCullough JP Jr](#), [Beekman AT](#), [Van Oppen P](#).

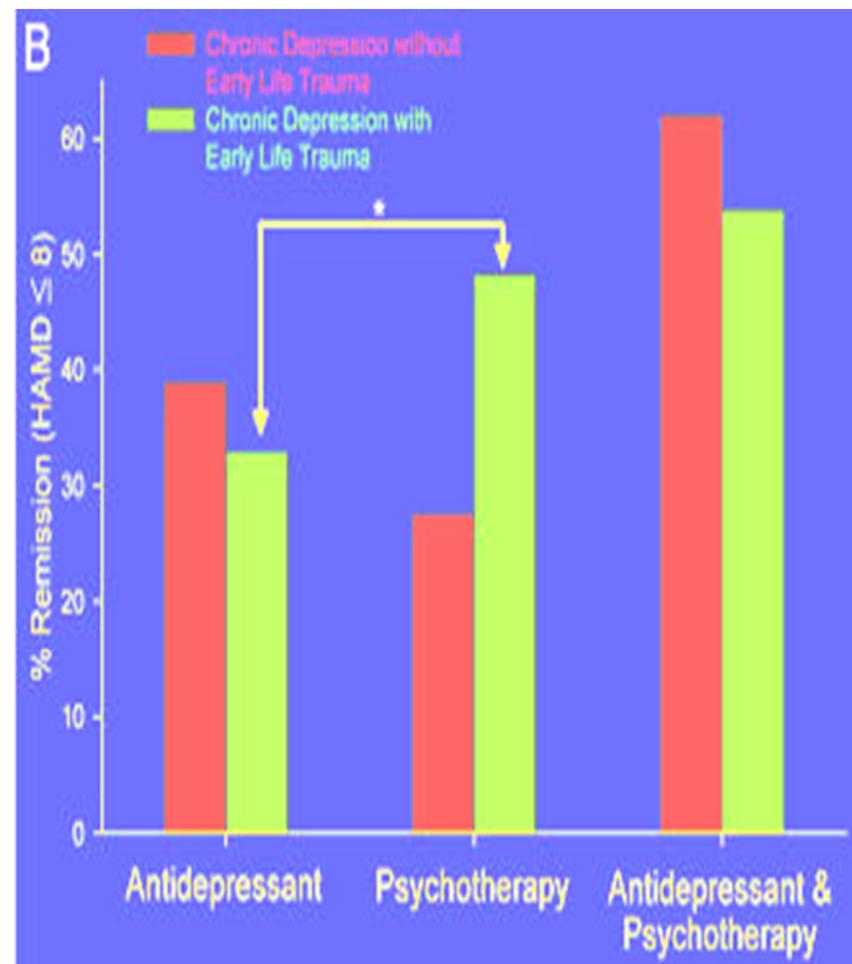
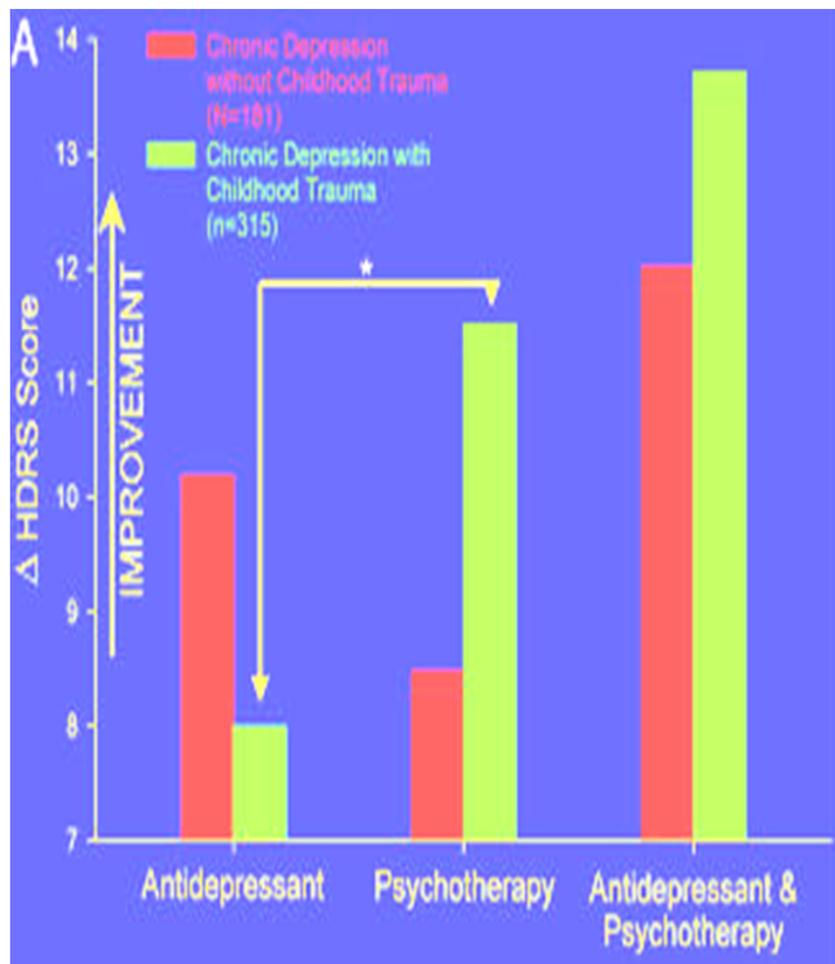
→ In the long run, CBASP appears to have an added effect.

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression.

[Schramm E¹](#), [Zobel I](#), [Schoepf D](#), [Fangmeier T](#), [Schnell K](#), [Walter H](#), [Drost S](#), [Schmidt P](#), [Brakemeier EL](#), [Berger M](#), [Normann C](#).

→ CBASP and ESC/CM appear to be equally effective treatment options for chronically depressed outpatients. For nonimprovers to the initial treatment, it is efficacious to augment with medication in the case of nonresponse to CBASP and vice versa.

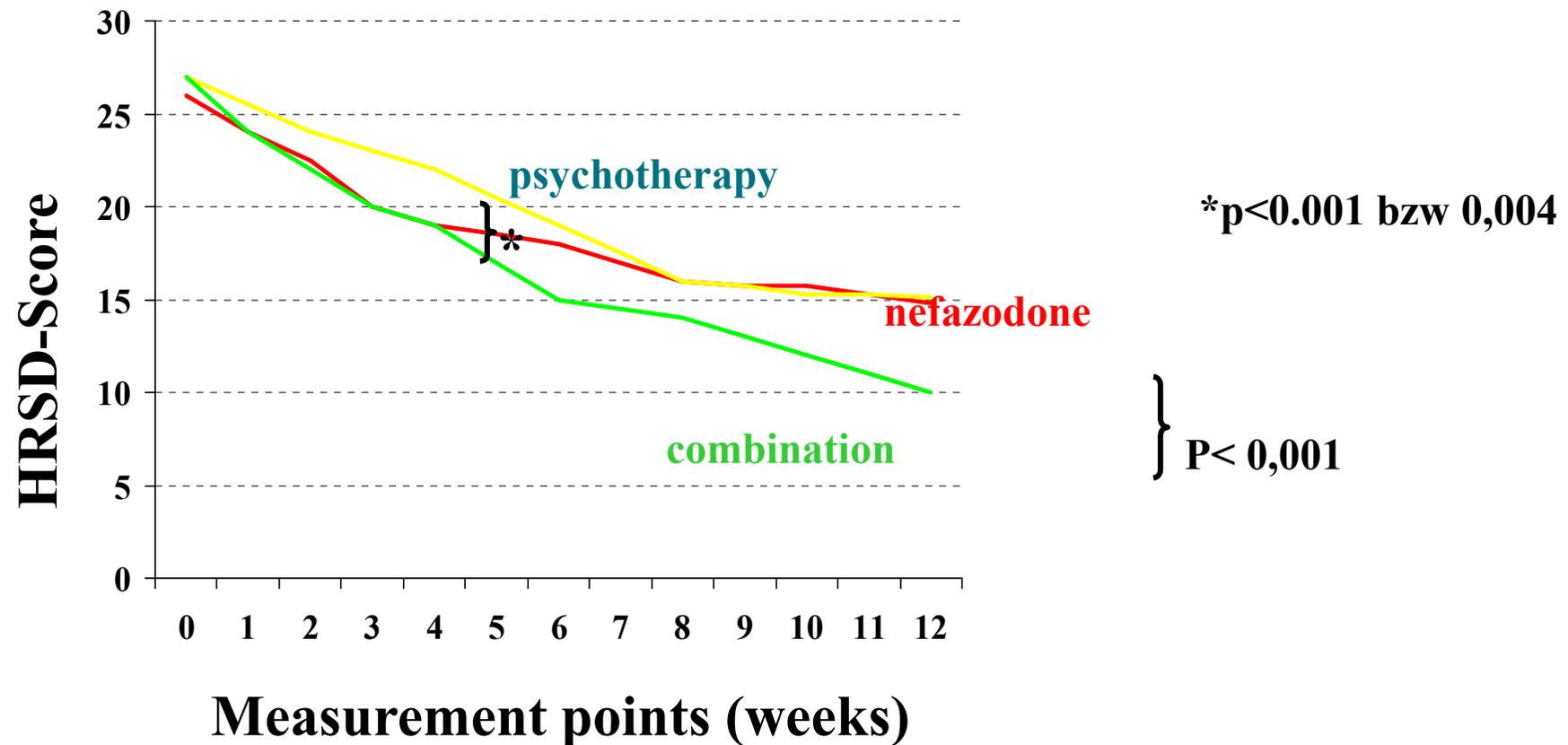
CBASP vs. AD; Nemeroff et.al. 2003



Proc Natl Acad Sci U S A. 2003 November 25; 100(24): 14293–14296. Published online 2003 November 13. doi: 10.1073/pnas.2336126100

Combination therapy in chronic depression

(Keller et al. 2000; N=681)





James P. McCullough, Jr.

Psychotherapie der chronischen Depression

Cognitive Behavioral Analysis System
of Psychotherapy – CBASP

Übersetzung und Bearbeitung:
E. Schramm, U. Schweiger, F. Hohagen, M. Berger



URBAN & FISCHER

Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement

Cognitive Behavioral Analysis System
of Psychotherapy (CBASP)



JAMES P. McCULLOUGH, JR.

Therapeutische
Beziehung und die
Behandlung
chronischer
Depression

Cognitive Behavioral
Analysis System of
Psychotherapy (CBASP)

James P McCullough

Springer-Verlag

→ In der Helios-Zentral-
Bibliothek

Eva-Lotta Brakemeier, Elisabeth Schramm
Martin Hautzinger

Chronische Depression

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE





Jan Philipp Klein · Martina Belz

Psychotherapie chronischer Depression

Praxisleitfaden CBASP



mit CD-ROM

HOGREFE



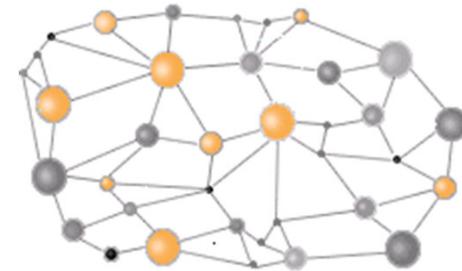
CBASP-Netzwerk



www.cbasp-network.org

www.cbasp.awp-depression.de

www.cbasp.org



*Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!*

