



Brakemeier • Guhn • Normann

2. Auflage

Praxisbuch CBASP

Behandlung chronischer Depression
und Modifikationen der traditionellen
CBASP-Therapie



E-Book inside + Arbeitsmaterial +
170 Minuten Lehrvideos online

BELTZ

Brakemeier • Guhn • Normann

Praxisbuch CBASP

Eva-Lotta Brakemeier • Anne Guhn • Claus Normann

Praxisbuch CBASP

Behandlung chronischer Depression und Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie

Mit E-Book inside, Arbeits- und Videomaterial

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von Martin Hautzinger, Jan Philipp Klein, Ruth Fangmeier, Claus Schäfer, Martin Müller, Esther Moser, Vera Engel, Anne Buchsteiner, Thomas Winkler, Gertrud Leonhardt, Brigitte Schalamon und Katja Weidlich

BELTZ

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier
Universität Greifswald
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Franz-Mehring-Str. 47
17489 Greifswald
E-Mail: eva-lotta.brakemeier@uni-greifswald.de

Dr. Anne Guhn
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charitéplatz 1
10117 Berlin
E-Mail: anne.guhn@charite.de

Prof. Dr. Claus Normann
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 5
79104 Freiburg
E-Mail: claus.normann@uniklinik-freiburg.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28461-5 Print
ISBN 978-3-621-28462-2 E-Book (PDF)

2. Auflage 2021

© 2021 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden
Umschlagbild: Laura Stolfi / Stocksy
Herstellung: Uta Euler
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Geleitwort von James McCullough zur 1. Auflage	9
Geleitwort von Frank Padberg zur 2. Auflage	11
Vorwort	14
1 Chronische Depression bzw. persistierende depressive Störung	21
2 Forschungsstand und Verbreitung von CBASP	38
3 Medikamentöse Behandlung von CBASP-Patientinnen	62
4 CBASP im ambulanten Setting	74
5 CBASP im stationären Setting	139
6 Individualisierte Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie	209
Hinweise zum Arbeitsmaterial	242
Literaturverzeichnis	244
Sachwortverzeichnis	259

Inhalt

Geleitwort von James McCullough zur 1. Auflage	9
Geleitwort von Frank Padberg zur 2. Auflage	11
Vorwort	14
1 Chronische Depression bzw. persistierende depressive Störung	21
1.1 Was zeichnet die chronische Depression aus?	21
1.2 Fakten zu chronischen Depressionen	28
1.3 Besondere Psychopathologie: Entstehung und Entwicklungs- besonderheiten	34
2 Forschungsstand und Verbreitung von CBASP	38
2.1 Wirksamkeit der ambulanten CBASP-Therapie	38
2.2 Wirksamkeit der stationären CBASP-Therapie	55
2.3 Mögliche Nebenwirkungen von CBASP	59
2.4 Verbreitung und Ausbildung	60
3 Medikamentöse Behandlung von CBASP-Patientinnen	62
3.1 Warum sollen chronisch depressive Patientinnen psychophar- makologisch behandelt werden?	62
3.2 Motivierung zu einer medikamentösen Behandlung	64
3.3 Praktisches Vorgehen bei der medikamentösen Behandlung	66
3.4 Zielsymptome und medikamentöses Vorgehen	69
4 CBASP im ambulanten Setting	74
4.1 Fallbeispiel	74
4.2 Ambulante CBASP-Einzeltherapie	76
4.3 Ambulante CBASP-Gruppentherapie	130
5 CBASP im stationären Setting	139
5.1 Fallbeispiele	139
5.2 Vorteile einer stationären Therapie	141
5.3 Beschreibung der Patientinnengruppe	143
5.4 Implementierung des CBASP-Konzeptes	146
5.5 Struktur und Behandlungsphasen	152
5.6 Bausteine der Therapie	157
5.7 Nutzen und Grenzen des stationären Ansatzes	208

6	Individualisierte Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie	209
6.1	Warum erscheinen individualisierte Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie sinnvoll?	209
6.2	Individualisierte Konzepte zur Anpassung an das Alter	211
6.3	Individualisierte Konzepte für Patienten mit chronischer Depression und bestimmten Komorbiditäten	215
6.4	CBASPersonalized als ein individualisiertes und modulares Konzept für Patienten mit chronischer Depression und Komorbiditäten	228
6.5	Das Kiesler-Kreis-Training zur Behandlung interpersoneller Probleme	231
6.6	Technologische Unterstützung der CBASP-Therapie	235
6.7	Well-Being-Therapie zur Rückfallprophylaxe nach CBASP	239
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	242
	Literaturverzeichnis	244
	Sachwortverzeichnis	259

Geleitwort von James McCullough zur 1. Auflage

Nachdem ich das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (McCullough, 2000, 2006) zum ersten Mal in den frühen 80er Jahren in der Zeitschrift *Psychiatry* publiziert habe (McCullough, 1984), hat sich CBASP als das einzige Psychotherapiemodell etabliert, welches speziell für chronisch depressive Patienten entwickelt wurde. Bis heute steht der chronisch depressive Patient ganz im Behandlungsfokus dieser Therapie. CBASP hat sich mittlerweile erfreulicherweise weltweit verbreitet: So wird CBASP in Deutschland, den Niederlanden, England, Schottland, Kanada, Schweden, Japan und den Vereinigten Staaten angewendet.

Die fatalen Auswirkungen sowohl der akuten als auch der chronischen Depression stellen die Weltgesundheitsorganisation vor große Herausforderungen. Die Depression ist nach Angaben des Gesundheitsberichtes der WHO weltweit eine der führenden Ursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen und verschlechtert – oft im Zusammenspiel mit anderen chronischen Erkrankungen – den Gesundheitszustand großer Bevölkerungsgruppen. Die Punktprävalenz der schweren depressiven Episode beträgt weltweit im Durchschnitt mehr als 3 Prozent. Es ist schwierig, die Häufigkeit chronischer Verläufe im Vergleich zur schweren depressiven Episode genau zu bestimmen; realistische Schätzungen gehen von Prävalenzraten der chronischen Depression zwischen 1 und 1,5 Prozent aus. In Deutschland wird die Lebenszeitprävalenz schwerer depressiver Episoden auf 10-19 Prozent geschätzt; die der Dysthymie, einer speziellen Form der chronischen Depression, auf 4,1 Prozent. Die chronische Depression, die oft als Dysthymie in der Kindheit oder der Adoleszenz beginnt und häufig im Verlauf zu schweren depressiven Episoden führt oder zusammen mit somatischen Erkrankungen auftritt, stellt mit großer Sicherheit für Deutschland ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem dar. Aktuelle Schätzungen der Prävalenzraten chronischer Depression bei Patienten mit psychiatrischen Störungen in Deutschland ergeben sogar Raten von 36 Prozent.

Die Störung beeinträchtigt nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige und die Gesellschaft als Ganzes, da sie enorme sozioökonomische Kosten verursacht, die vor allem durch den Produktivitätsausfall der Betroffenen bedingt sind. Vor diesem düsteren Hintergrund hat sich CBASP in Deutschland als ein wichtiger Pfeiler in der Behandlung der chronischen Depression entwickelt und ein lebendiges nationales CBASP-Netzwerk hervorgebracht, welches mittlerweile hunderte ausgebildeter und zertifizierter CBASP-Therapeuten umfasst.

Ein neuer Meilenstein im Kampf gegen die chronische Depression wurde nun von Eva-Lotta Brakemeier und Claus Normann gesetzt, die das ernste Problem dieser Erkrankung in ihrem exzellenten »Praxisbuch CBASP – Behandlung chronischer Depression« angehen, wobei erstmalig auch die neue Umsetzung im stationären Setting beschrieben wird. Das Ziel dieses Buches besteht darin, als praxisnahes

»Kochbuch« die Strategien von CBASP Anwendern im ambulanten und stationären Setting zu vermitteln. Dieses Buch wurde insbesondere für ambulante Therapeuten geschrieben, die CBASP mit Hilfe dieses Buches und Workshops erlernen möchten, und für Behandlungsteams, die spezialisierte Behandlungskonzepte in Krankenhäusern aufbauen wollen.

Der erste Teil des Buches beginnt mit einer Beschreibung und Definition der chronischen Depression. Danach wird der gegenwärtige Forschungsstand zu CBASP zusammengefasst und Möglichkeiten der additiven Pharmakotherapie vorgestellt. Im zweiten praxisnahen Teil werden dem Leser mit Hilfe von Videosequenzen zunächst die Gestaltung der ambulanten Einzel- und Gruppentherapie nahegebracht. Die stationäre Behandlung chronisch depressiver Patienten wird im Anschluss erstmals detailliert beschrieben und mit Fallvignetten und Videosequenzen illustriert; instruktive Beispielsituationen in Bild und Text sollen dem Leser die praktische Anwendung von CBASP erleichtern.

Durch das ganze Buch zieht sich ein roter Faden: CBASP wird als Modell einer Lerntherapie beschrieben. Diese Lerntherapie sieht die Patienten als Individuen, welche die Behandlungsmethoden als auch die neuen Beziehungserfahrungen wirklich lernen sollen. Mit dieser Betonung des Lernens geht CBASP im Verständnis der Autoren dieses Buches wesentlich weiter als andere Behandlungsverfahren, welche die Patienten eher einer erfahrungsbasierten Therapie aussetzen. Im Gegensatz dazu wird Patienten bei CBASP eine neue Art des unmittelbaren Miterlebens der Welt durch die persönliche, direkte therapeutische Beziehungsgestaltung vermittelt – und auch den Lesern dieses »Praxisbuches CBASP«: Die Leser werden lernen, wie CBASP in der Praxis angewendet wird, in dem sie unmittelbar miterleben, wie CBASP-Experten und ihre Patienten mit diesem Therapiemodell arbeiten.

Virginia (USA), im Frühjahr 2012

James P. McCullough, Jr., PhD

Geleitwort von Frank Padberg zur 2. Auflage

Psychotherapieverfahren bilden ein Feld ständiger Veränderung, die letztlich wir als Psychotherapeuten suchen, um die Möglichkeiten der Therapie im Sinne unserer Patienten kontinuierlich zu erweitern. Paradoxerweise gibt es aber genauso ein Bedürfnis, etablierte und wirksame Therapien zu definieren und in ihrer Qualität zu sichern. Dieses Spannungsfeld besteht seit den Anfängen der Psychoanalyse und Sigmund Freud selbst steht Pate für beide Pole dieser Dialektik. Seit jeher wird in den Ausbildungsinstituten um diese Positionen gerungen, und kontroverse berufspolitische Diskurse haben sich daraus entwickelt.

Auch in den aktuellen Therapieentwicklungen gibt es diese verschiedenen Perspektiven: Der Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) Ansatz wurde von James P. McCullough sehr fokussiert für Menschen mit chronischen Depressionen (heute nach DSM-5 persistierende depressive Störungen – PDD) als ambulantes störungsspezifisches Therapieverfahren entwickelt. Dieser Fokus besteht auch weiter und gleichwohl hat James P. McCullough selbst vorhandene Therapiemethoden in diese neue Therapieform integriert, ergänzt und damit CBASP als ganz neues Therapieverfahren etabliert. Wer verfügt also über diese Freiheit oder – spezifischer – das Recht, etablierte Therapieformen zu optimieren oder gar neue Wege zu gehen finden? Ein Stück weit jeder einzelne aus unserem Kreis, der auf der Basis umfassender psychotherapeutischer Erfahrung, in Kenntnis der Datenlage zur Psychotherapieforschung und im Bewusstsein von Grenzen, Risiken und Transparenz (einschließlich der sich zunehmend entwickelnden Open Science Position) vorhandene Ansätze individuell spezifisch anwendet oder bei einzelnen Patienten sogar modifiziert.

Seit meiner ersten Bekanntschaft mit CBASP im Jahr 2006 erlebe ich selbst dieses intensive Spannungsfeld: Einerseits die Begeisterung für ein so zentral auf das Erleben und Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen fokussiertes Therapieverfahren in seiner ursprünglichen Form, das mich bis heute ausgesprochen überzeugt, und das ich in den letzten Jahren bereits an viele psychologische und ärztliche Kollegen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München weitergegeben habe. Andererseits entsteht bei meinen Kollegen und mir das Bedürfnis, über die Grenzen von CBASP hinaus in verschiedene neue Richtungen zu blicken. Beispiele hierfür sind die Erweiterung der Indikationen in Richtung der Therapie von Jugendlichen oder Menschen mit Komorbiditäten (v. a. Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch Autismus-Spektrum-Störungen), die Intensivierung einzelner CBASP-Techniken im Sinne eines verbesserten, auf den Alltag unserer Patienten orientierten Lernens in der Psychotherapie sowie der Ergänzung durch weitere therapeutische Techniken wie Verfahren zur Verbes-

serung der Emotionsregulation, achtsamkeitsbasierte Ansätze und traumatherapeutische Elemente.

Das vorliegende Buch pendelt verantwortungsvoll und anregend zwischen diesen Betrachtungsweisen des Status quo und vielfältiger Erweiterungs- und Modifikationsmöglichkeiten. Dies entspricht wie gesagt unserem Bedürfnis als Therapeuten nach klaren Orientierungspunkten einerseits und Anregungen zur Weiterentwicklung andererseits. Hierzu werden vielfältige Ansätze vorgestellt, ob es um verschiedene Altersgruppen (Jugendliche und junge Erwachsene oder CBASP@OldAge), komorbide Diagnosen, internetbasierte Interventionen und das Kiesler-Kreis-Training als transdiagnostisches Konzept geht. Dementsprechend haben die Autoren den Titel um den Zusatz »Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie« und das Buch insbesondere um das die Modifikationen beschreibende Kapitel 6 ergänzt.

Auf der Psychotherapiestation an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München ist CBASP als stationäres Konzept seit 2009 etabliert, und auch wir haben vielfältige Erfahrungen gesammelt und ergänzende Elemente eingeführt, z. B. eine Skillsgruppe für Menschen mit PDD und emotional instabilen Persönlichkeitszügen. Nach unseren Erfahrungen können Patienten mit dieser Problematik sehr von CBASP profitieren, benötigen aber noch Unterstützung in der Regulation starker Affekte. Wie sieht die körpertherapeutische Arbeit nach einem CBASP-Konzept aus, wie kann man die Therapieintensität v. a. in den alltagsnahen Bezügen steigern? Gerade für ein multiprofessionelles Behandlungsteam im stationären Setting sind die jetzt ergänzten bzw. erweiterten Abschnitte zur Bezugspflege, zu körpertherapeutischen Ansätzen, Musik- und Gestaltungstherapien sowie zu den Möglichkeiten der Sozialarbeiter besonders hilfreich. Die Wirksamkeit dieser Konzepte im stationären oder teilstationären Setting sollte natürlich Gegenstand intensiver Forschung sein. Im Jahr 2021 wird eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte randomisierte und kontrollierte Multizenterstudie an mehreren Universitätskliniken beginnen, von der wir uns tiefere Einblicke in Prädiktoren, Effektivität und Wirkmechanismen von CBASP im Vergleich zum Therapieansatz der Behavioral Activation (BA) erwarten.

Das vorliegende Buch in seiner ersten Auflage hat uns seit seinem Erscheinungsjahr 2012 bei unseren Überlegungen immer wieder begleitet. Die online verfügbaren Beispielvideos sind für die vielen jungen Kollegen, die CBASP bei uns lernen, modellgebend und ausgesprochen hilfreich, einen Ausgangspunkt für die eigene Entwicklung der therapeutischen Arbeit zu geben. Die neue Auflage, die von den Autoren dankenswerterweise vollständig überarbeitet und durch viele aktuelle Studien, neue Videos, Überlegungen und Ansätze ergänzt wurde, bietet wieder zahlreiche Anregungen und wird sicher eine ähnliche Bedeutung für unser Team wie die erste Auflage bekommen.

Ich danke Eva-Lotta Brakemeier, Anne Guhn und Claus Normann, mit denen mich u. a. viele Gespräche über Psychotherapie, deren Beziehungskontext und ihre Entwicklungen verbinden, für Ihre außerordentliche Mühe, Sorgfalt und Kreativität in der

Neuaufgabe und hoffe, dass Sie genauso viel Lust entwickeln das Buch zu lesen und damit zu arbeiten wie wir es schon seit seinem ersten Erscheinen erlebt haben.

München, 20. Juli 2020

Frank Padberg

Vorwort

Das in diesem Buch praxisnah dargestellte Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von James McCullough ist bisher die einzige Psychotherapie, die speziell auf die chronische Depression zugeschnitten ist. Innovativ an CBASP empfinden wir, dass diese Psychotherapie auf drei Ebenen ansetzt, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung relevante Rollen spielen:

- ▶ 1. Ebene: die traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Kindheit,
- ▶ 2. Ebene: die daraus entstandenen überdauernden Denk-Schemata (= Prägungen),
- ▶ 3. Ebene: die heutigen zwischenmenschlichen Probleme.

So werden zu Beginn der Therapie die frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen (1. Ebene) einbezogen, indem durch die Liste prägender Bezugspersonen Prägungen (2. Ebene) herausgearbeitet werden, welche der Patient durch Beziehungserfahrungen mit seinen Eltern und anderen Bezugspersonen erworben hat und die ihn bis heute in seiner Lebensweise und Persönlichkeit prägen. Im Anschluss werden gemeinsam die Befürchtungen herausgearbeitet, welche der Patient aufgrund der Prägungen auch an den Therapeuten haben könnte, was als transparente, proaktive Übertragungshypothese bezeichnet wird. Schwerpunktmäßig werden danach konkrete interpersonell schwierige Situationen aus der Gegenwart durch Situationsanalysen mit sich daran anschließenden Rollenspielen bearbeitet (3. Ebene). Dadurch soll der Patient lernen, eine kausale Beziehung zwischen seinen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herzustellen. Letzteres wird auch unterstützt durch die Arbeit mit dem Kiesler-Kreis, wodurch der Patient lernt, sein »Kiesler-Kreis-Profil« einzuschätzen (Wie wirke ich auf andere?). Im Rahmen von interpersonellen Strategien wird eine auf die Bedürfnisse chronisch Depressiver adaptierte Rolle des Therapeuten ermöglicht. Dabei zeigt sich der Therapeut authentisch mit seinen eigenen Gefühlen und Gedanken und nimmt eine Haltung des sog. »disziplinierten persönlichen Einlassens« ein. Er wird also angeleitet, sich, z. B. durch Rückmeldung persönlicher Gefühle – ausgelöst durch Verhaltensweisen des Patienten, in einer bewussten Weise persönlich einzubringen (»kontingente persönliche Reaktion«). Nach derartig gestalteten Situationen kann durch eine »interpersonelle Diskriminationsübung« der Vergleich zwischen altvertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten des Therapeuten erfolgen, um heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, die Prägungen zu entkräften und neue, adaptive Verhaltensweisen zu erlernen (alle drei Ebenen).

So lässt sich CBASP auch als eklektisches bzw. integratives und schulenübergreifendes Verfahren bezeichnen, welches behaviorale, kognitive, psychodynamische und interpersonelle Strategien integriert. Das Hauptziel von CBASP besteht dabei darin, die traumatisierenden Beziehungserfahrungen durch korrigierende neue Er-

fahrungen zu »heilen«. Zudem soll der Patient lernen, dass sein Verhalten Konsequenzen hat, um die erlernte Hilflosigkeit zu überwinden. Ferner sollen das »soziale Empathie-Defizit« behoben und soziale Problemlöse-Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien erlernt werden.

Wir sind von dieser Psychotherapie, die wir unter anderem direkt vom »Erfinder« James McCullough in Richmond, Virginia, während intensiver Workshop-Tage lernen konnten, begeistert. McCullough hat uns CBASP vor allem durch viele Rollenspiele und Demonstrationen »beigebracht«, in denen wir ihn als engagierten, großzügigen, wohlwollenden, unterstützenden, (meist) ruhigen, fokussierenden, empathischen, offenen und menschlichen Therapeuten erleben konnten. Vor allem diese neue nicht-neutrale Haltung der persönlichen Beziehungsgestaltung, bei der eine umsichtige Selbstöffnung nicht mehr tabuisiert, sondern vielmehr gewünscht ist, hat uns berührt und überzeugt.

Daher freuen wir uns sehr, dass wir dieses Buch über CBASP schreiben konnten. Dabei haben wir uns als Haupt-DO (= Desired Outcome, Erwünschtes Ergebnis, Element der Situationsanalyse) gesetzt, CBASP den Leserinnen und Lesern möglichst praxisnah zu vermitteln, was durch viele Patientenbeispiele, die Selbstöffnung bezüglich unserer Erfahrungen und Erlebnisse mit CBASP sowie insbesondere durch Videobeispiele von ambulanten und stationären CBASP-Therapien unterstützt wird. Wir hoffen, dass diese Videobeispiele als besonders wertvolle und hilfreiche Ergänzung zum schriftlichen Material fungieren und so CBASP für die Leser auf eine lebendige Art erlebbar und erfahrbar wird.

Seit der Erstauflage aus dem Jahr 2012 sind nunmehr acht Jahre vergangen, in denen wir zahlreiche praktische und wissenschaftliche Erfahrungen und Erkenntnisse bezüglich der Behandlung der chronischen Depression hinzugewonnen haben. Auf dieser Basis haben wir alle Kapitel aktualisiert und ein gänzlich neues Kapitel mit neuen Videobeispielen ergänzt (Kapitel 6). Für diese 2. Auflage konnten wir erfreulicherweise **Anne Guhn** ins AutorInnenteam aufnehmen, die durch ihre exzellente praktische und wissenschaftliche CBASP-Expertise sowie ihr großes Engagement im besonderen Maße zum Gelingen dieser 2. Auflage beigetragen hat.

Im ersten Teil des Buches legen wir die Grundlagen zu CBASP fokussiert und aktualisiert dar. Besonders erfreut hat uns dabei, dass sich **Martin Hautzinger** als ausgewiesener Depressions-Experte bereit erklärt hat, Kapitel 1 über die chronische Depression mit zu verfassen. Bei diesem Kapitel haben wir insbesondere die Neuerungen resultierend aus dem DSM-5 eingearbeitet (Diagnose persistierende depressive Störung) und wesentliche Erkenntnisse aus neuen Studien insbesondere zu der spezifischen Psychopathologie der chronischen Depression (wie Kindesmisshandlung) integriert. Unseren Lübecker Kollegen **Jan Philipp Klein** konnten wir schnell motivieren, Kapitel 2 mitzuschreiben, welches sich der Forschung und Verbreitung von CBASP widmet. Aufgrund von zahlreichen neuen Studien, die in den letzten Jahren erfreulicherweise im Zusammenhang mit CBASP erschienen sind, konnten wir dieses Kapitel umfassend überarbeiten und aktualisieren. Abgesehen von der übersichtlichen Präsentation sämtlicher bisher publizierter Studien zur generellen Wirksamkeit wird nun ausführlich der Forschungsstand bezüglich Fragen zur differentiellen Indikation

und Wirkmechanismen erörtert. Zudem schien uns wichtig, die medikamentöse Behandlung in so einem Praxisbuch nicht außen vor zu lassen, sondern als wichtigen Teil der Kombinationstherapie ebenfalls zu beschreiben (Kapitel 3). Im Kapitel 4 erfolgt eine praxisnahe Beschreibung der Durchführung der CBASP-Therapie – wie sie McCullough für die ambulante Einzeltherapie entwickelt hat. In dieser zweiten Auflage vertiefen und ergänzen wir dabei Aspekte, die für uns in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben (wie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als Sicherheitszone, die therapeutische Haltung, das Aufklären über Risiken und Nebenwirkungen). Das Kapitel schließt eine Beschreibung der Durchführung von CBASP als ambulante Gruppentherapie ab, welche dankenswerter Weise von **Ruth Fangmeier** (4.3. Ambulante CBASP-Gruppentherapie) mit verfasst wurde. Das Kapitel 5 verstehen wir noch immer als das »Herzstück« unseres Buches – insbesondere da bis heute kein anderes CBASP-Buch sich der ausführlichen Darstellung eines stationären Konzeptes widmet. Die Einführung von CBASP auf Spezialstationen für affektive Störungen hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die Behandlung der chronisch depressiven Patienten gehabt, sondern auch spürbar den Berufsalltag der dort arbeitenden Therapeuten geprägt und verändert. Wir drei Autoren haben als Psychologinnen und Oberarzt auf Stationen, auf welchen viele komplex erkrankte, schwer depressive Patienten behandelt werden, vor der Einführung von CBASP immer wieder erlebt, dass eine bestimmte Patientengruppe weniger gut bzw. kaum von den üblichen stationären psychotherapeutischen Behandlungskonzepten – wie der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) oder der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) – und Medikation profitierte. Beim genauen Betrachten dieser Non-Responder wurde schnell deutlich, dass dies die chronifizierte Patienten waren, welche häufig komorbid andere Störungen wie Angst-, Substanzabhängigkeits- oder Schmerzstörungen hatten und meistens auch Persönlichkeitsstörungen aufwiesen. Teammitglieder berichteten immer wieder, dass es bei diesen Patienten so sei, als würde man gegen eine Mauer prallen, sodass ein wirklicher therapeutischer Kontakt nicht zustande käme. Genau dieses Phänomen hat auch McCullough beschrieben. Die »Mauer«, welche daher auch auf dem Cover dieser 2. Auflage abgebildet ist, wurde bei diesen Patienten meist früh aufgebaut durch schwierige, traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Kindheit. Daher hatten Elisabeth Schramm und Mathias Berger, welche CBASP kennengelernt hatten, die Idee, diese störungsspezifische Psychotherapie neben IPT als multidisziplinäres Konzept auf der Station in der Uniklinik Freiburg einzuführen. Mit ihrer Unterstützung haben wir (Eva-Lotta Brakemeier und Claus Normann) den Plan 2007 umgesetzt. Nach einigen Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen haben wir ein tragfähiges, intensives und multidisziplinäres CBASP-Konzept etabliert, das für andere Kliniken Modellcharakter hat. Denn mittlerweile wurde CBASP auf zahlreichen Stationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz als multidisziplinäres Konzept implementiert; so beispielsweise auch in der Charité Berlin, wo CBASP seit 2013 unter Federführung von Philipp Sterzer, Stephan Köhler und Anne Guhn fester Bestandteil des therapeutischen Konzepts ist. Hier wird auch erfolgreich demonstriert, dass CBASP nicht nur auf einer »reinen« Psychotherapiestation implementiert werden

kann. Auch auf einer Akutstation für Affektive Störungen kann die Durchführung eines CBASP-Programms gelingen, vorausgesetzt, das Engagement des gesamten Teams wird durch regelmäßigen multidisziplinären Austausch, Teamschulungen und Supervision gestärkt und honoriert. Im Kapitel 5 gehen wir auf Voraussetzungen und Bedingungen ein, welche für ein stationäres CBASP Konzept notwendig erscheinen und beschreiben praxisnah illustriert durch fünf Patientenbeispiele die verschiedenen Therapie-Bausteine, wobei uns **Claus Schäfer, Martin Müller** und **Esther Moser** (5.6.2 Bezugspflege) **Vera Engel** (5.6.3 Gruppentherapie »DO«), **Gertrud Leonhardt** (5.6.4 Kiesler-Kreis-Körpertherapie), **Anne Buchsteiner** (5.6.5 Musiktherapie), **Thomas Winkler** (5.6.6 Gestaltungstherapie), **Brigitte Schalamon** (5.6.7 Ergotherapie) und **Katja Weidlich** (5.6.8 Sozialdienst) durch ihre ausgewiesene Fachexpertise hervorragend unterstützt haben.

Abschließend haben wir uns in der Neuauflage dieses Buches entschlossen, weitere Entwicklungen darzustellen, die seit der Einführung von CBASP insbesondere im deutschen Sprachraum entstanden sind (Kapitel 6). Sie verfolgen alle das Ziel, CBASP noch besser auf die oft sehr vielfältigen Probleme, Komorbiditäten, Bedürfnisse und das Alter des Patienten abzustimmen, sie also genau für das Individuum, welches im Therapieraum vor uns sitzt, »maßzuschneidern« bzw. zu individualisieren. Dies wird einerseits ermöglicht durch eine Anpassung oder Intensivierung der CBASP-Techniken oder durch eine Augmentation (also Hinzunahme) durch andere, möglichst evidenzbasierte, psychotherapeutische Techniken und Module. Mit den vorgestellten Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie verbinden wir die Hoffnung, dass bestimmte Patienten(-gruppen) bzw. Individuen mit interpersonellen Störungen noch besser und langfristiger profitieren. Dieses Buch bietet die Gelegenheit, die Modifikationen einem CBASP-interessierten Publikum vorzustellen, auch wenn diese noch nicht durch den Goldstandard der Psychotherapieforschung – randomisiert-kontrollierte Studien – hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft wurden. Wir freuen uns, wenn dieses Kapitel sowohl Praktiker als auch Wissenschaftler motiviert, die Konzepte in der Praxis auszuprobieren und in Studien zu untersuchen.

Auf einige inhaltliche, sprachliche und formelle Anmerkungen möchten wir an dieser Stelle hinweisen.

Geschlecht. Um beide Geschlechter gleichermaßen zu berücksichtigen, haben wir uns entschieden, die Verwendung der weiblichen und männlichen Form kapitelweise abzuwechseln. Zugunsten der Lesbarkeit und sprachlichen Einfachheit findet sich in den ungeraden Kapiteln die weibliche, in den geraden Kapiteln die männliche Form. Ausnahmen machen wir bei unseren konkreten Beispielen aus der Praxis, bei denen sich das Geschlecht nach den konkreten Behandelnden und den konkreten Patientinnen/Patienten richtet.

Begriff chronische Depression. Wegen der besseren Lesbarkeit und der weiten Verbreitung verwenden wir in diesem Buch den Begriff »chronische Depression«, meinen dabei jedoch die persistierende depressive Störung gemäß DSM-5 (vgl. Kap. 1).

Übersetzungen von CBASP-Fachtermini. Es ist oft nicht einfach, bestimmte Fach-Termini einer ursprünglich englischsprachigen Therapie ins Deutsche zu übersetzen. Im

Folgenden sind die kritischen Begriffe aufgeführt, wobei wir auch andere Übersetzungen erwähnen.

Wir haben uns entschieden, die besondere Art der CBASP-Beziehungsgestaltung, das »disciplined personal involvement«, möglichst originalgetreu zu übersetzen, weshalb wir »diszipliniertes persönliches Einlassen« verwenden und nicht, wie die Übersetzer von McCullough (2012), »persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung«.

In der CBASP-Literatur wird immer wieder der Terminus »contingent personal responsivity« verwendet, was wir originalgetreu als »kontingente persönliche Reaktion« übersetzen (vgl. Abschn. 4.2.5). Da CBASP von McCullough als Lerntherapie konzipiert wurde, benutzt er immer wieder den Begriff »acquisition learning«. Dieser Terminus ist auch im Englischen eher selten, wir haben ihn analog zu Schweiger und Kollegen (McCullough, 2012) als »prozedurales Lernen« übersetzt, wobei ein »Fähigkeits-/Fertigkeits-Zuwachslernen« gemeint ist.

Der Begriff »stimulus value« wird von Donald J. Kiesler im Kontext seines Kiesler-Kreises benutzt. Da es darum geht, wie man selbst auf andere wirkt, also welchen Stimulus man auf andere ausübt, hatten wir in der ersten Auflage die Übersetzung »Stimuluscharakter« gewählt (und nicht »interpersonelle Persönlichkeit« wie in McCullough, 2012). Da der Begriff »Stimuluscharakter« jedoch von Patienten nicht gut angenommen wird, sprechen wir – genau wie im Buch Kiesler-Kreis-Training (Guhn et al., 2019a) – gegenüber den Patienten vom »Kiesler-Kreis-Profil«.

Danksagung

Zuallererst möchten wir uns bei James McCullough bedanken. Ohne ihn gäbe es dieses Buch natürlich nicht, ohne sein CBASP hätten wir uns therapeutisch und forschungsmäßig anders entwickeln müssen. Wir sind äußerst dankbar, dass er unsere tagtägliche therapeutische Arbeit, unsere Forschung und auch uns als Menschen durch seine warmherzige Art und durch seine besondere Therapie beeinflusst hat. Eine seiner Hauptbotschaften an die CBASP-Patienten lautet: »What you do matters«. Jim, many thanks for your impact on us!

CBASP ist mittlerweile gerade in Deutschland zu einem weitverbreiteten und etablierten Therapiekonzept geworden. Viele Ausbildungs- und Weiterbildungsinstitute für Psychotherapie haben CBASP in ihr festes Curriculum aufgenommen und auch erfahrene Kollegen empfinden die CBASP-Techniken und die Haltung bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung (diszipliniertes persönliches Einlassen, DPE) als Bereicherung für den Umgang mit ihren Patienten. Es ist gerade diese DPE-Haltung in CBASP, die wir Autoren tagtäglich als stimulierende Herausforderung erleben und in der wir uns mittlerweile zuhause fühlen. Einen eindrücklichen Beleg dafür, warum diese Haltung so vielen Menschen sprichwörtlich den Halt gibt, den sie aufgrund von traumatisierenden Kindheitserfahrungen nie bekommen haben, hat Jim McCullough jüngst selbst geliefert, als er Ende 2019 seine Biographie »Swimming upstream: A story about becoming human« (Verlag Dorrance Publishing) veröffentlicht hat.

Mit der Verbreitung von CBASP wächst auch die Anzahl an Menschen, denen wir an dieser Stelle herzlich danken möchten. Insbesondere möchten wir all den stimulierenden Stationsteams und Forschungsgruppen danken, von deren Erfahrungsschätzen dieses Buch zehrt! Auch auf die Gefahr hin, dass wir manche Wegbegleiter vergessen werden, ist es uns an dieser Stelle ein Bedürfnis, einige von ihnen namentlich zu erwähnen: Wir danken Elisabeth Schramm und Mathias Berger, die durch ihre Idee einer modifizierten CBASP-Therapie im stationären Setting den Stein ins Rollen gebracht haben. Ein herzlicher Dank gilt weiterhin Jan Philipp Klein, Jörg-Tobias Hof, Frank Padberg, Philipp Sterzer, Stephan Köhler und weiteren Vertretern des stationären Konzepts an vielen Kliniken sowie Ruth Fangmeier für ihren Einsatz für ambulante Gruppen! Danke an die multiprofessionellen Teams und CBASP-Cotherapeuten, ohne welche das Konzept nicht umsetzbar, geschweige denn erfolgreich wäre. Stellvertretend für die Pflgeteams in Freiburg und Berlin danken wir den bereits oben genannten Autoren des Abschnitts zur Bezugspflege Esther Moser, Martin Müller, Claus Schäfer sowie Maria Thurig, Dennis Gutzmer und Stephan Mauersberger. Wir möchten uns weiterhin herzlich bei allen Fachtherapeuten bedanken, die durch ihre Freude an CBASP immer wieder neue Elemente entwickeln, wobei wir explizit unseren Autoren des Kapitels 5 danken, die durch ihre praxisrelevanten Beiträge dieses Buch bereichert haben: Anne Buchsteiner, Gertrud Leonhardt, Brigitte Schalamon, Katja Weidlich und Thomas Winkler.

Ein weiteres herzliches Dankeschön an die vielen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, die im Verlauf der Jahre CBASP-Therapien übernommen haben, hierunter in besonderem Maße Ruth Fangmeier, Stefanie Berg und Vera Engel für ihre wertvollen Konzepte und ihren Erfahrungsschatz aus der ambulanten und stationären Gruppentherapie.

Ein sehr herzlicher Dank gilt auch Amelie Möhring und Selin Demir, die als studentische Mitarbeiterinnen der Universität Greifswald an der formalen Gestaltung dieser 2. Auflage mitgewirkt haben.

Zudem möchten wir uns bei Katharina Arnold, Antje Raden und Svenja Wahl vom Beltz Verlag für die kontingente positive Unterstützung, die Geduld und die wertvollen Anregungen bei der Konzeptualisierung und dem Schreiben dieses Buches sowie der Neuauflage bedanken.

Schließlich gilt ein ganz besonderer Dank den CBASP-Patienten, welche den Mut und die Kraft aufbringen, sich auf unsere intensive CBASP-Therapie einzulassen, mitzuarbeiten und deren Beispiele erheblich dazu beitragen, dass dies kein Lehrbuch, sondern ein wirkliches *Praxisbuch* geworden ist.

Greifswald,
Berlin und Freiburg, im Juli 2020

*Eva-Lotta Brakemeier,
Anne Guhn und Claus Normann*

1 Chronische Depression bzw. persistierende depressive Störung

*Das Gefühl der inneren Leere
ist eine Form der chronischen Depression,
so als trauere man ständig um den Verlust
des eigenen, wahren Selbst.*
(John Bradshaw, »Das Kind in uns«, S. 47)

1.1 Was zeichnet die chronische Depression aus?

1.1.1 Symptomatik

»Im Grunde fühle ich mich immer schon so depressiv – seitdem ich denken kann.«
»Ich habe schon so viele Medikamente und Therapien ausprobiert, nichts hat bisher wirklich geholfen.« (Zitate chronisch depressiver Patientinnen)

Wir alle kennen eine Niedergestimmtheit, die uns – häufig ausgelöst durch ein bestimmtes negatives Ereignis – für mehrere Stunden oder auch Tage beschäftigt und belastet. Beispielsweise kann ein Streit mit unserer Partnerin oder einer guten Freundin dazu führen, dass wir traurig werden, dass Zweifel an uns und der Beziehung entstehen, dass wir uns »zu nichts mehr aufraffen« können, nachts keinen Schlaf finden und dieser Zustand auch Einfluss auf unseren Appetit hat. Hält eine derartige Konstellation von Symptomen länger als zwei Wochen an, lässt sich bereits eine depressive Episode diagnostizieren. Manche Menschen berichten auch, dass sie diese depressiven bzw. melancholischen Verstimmungen unabhängig von erkennbaren äußeren Auslösern überkommen, dass sie beispielsweise morgens aufwachen und sich depressiv fühlen. Die meisten Menschen haben jedoch mehrfach in ihrem Leben die Erfahrung gemacht, dass sich diese depressiven, »schweren« Gefühle, die negativen Gedanken und der Interessenverlust nach einer gewissen Zeit zurückbilden und sie wieder Lebensfreude, positive Gedanken und Energien erleben.

Chronisch depressive Menschen hingegen haben diese Zurückbildung der Symptome, diese von den Betroffenen häufig als regelrechte Befreiung erlebte Genesung, sehr selten oder noch nie erlebt. Beispielsweise berichtete eine unserer stationären chronisch depressiven Patientinnen wie folgt über ihr Leben: »Genau genommen fühle ich mich so schwer, so depressiv, so abgeschottet von der Welt, seitdem ich denken kann. Ja, ich kenne das kaum anders. Vielleicht gab es mal Momente, in denen ich mich etwas lebendiger gefühlt habe, aber die dauerten nur kurz an. Mein Lebensgefühl ist gleich Depression, das will und kann ich nicht länger aushalten ...«

Bei der Erstanamnese hat sich zur Abgrenzung zwischen episodischen bzw. rezidivierenden und chronischen Depressionen die sehr einfache Frage bewährt: »Wann waren Sie zum letzten Mal glücklich?« Alternativ kann auch die diagnostisch genauere Frage gestellt werden: »Wann gab es zuletzt einen Zeitraum von zwei Monaten oder länger, in denen Sie nicht beeinträchtigt waren durch die gerade beschriebenen depressiven Symptome?« Patientinnen mit episodischen bzw. rezidivierenden Depressionen können meist spontan und genau darauf antworten: »An Weihnachten war noch alles in Ordnung« oder »Bevor meine Mutter gestorben ist, ging es mir gut«. Sie haben eine klare Erinnerung an diese sogenannten euthymen Phasen und können deren Ende, sei es als Zeitpunkt oder als Auslöser, klar benennen. Chronisch Depressiven hingegen bereitet die Antwort auf diese Frage meist große Schwierigkeiten; die Depression wird zum dominierenden Zustand, gute Phasen liegen weit zurück und verschwimmen in der Erinnerung.

1.1.2 Diagnostik

Kann eine Depression chronisch sein?

Bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts galt das Dogma, dass affektive Erkrankungen einen rezidivierenden Verlauf mit vollständiger Erholung zwischen den Phasen nehmen, während psychotische Störungen häufig in ein anhaltendes Residuum münden. Frühe Untersuchungen vor der Psychopharmaka-Ära ergaben eine durchschnittliche Länge depressiver Episoden von 6 bis 8 Monaten. Es wurde also angenommen, dass die Depression eine Erkrankung mit wiederkehrenden, aber selbstlimitierenden Episoden ist. Deutlich länger anhaltende depressive Verläufe wurden dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben.

Dysthymie

Erstmals in der dritten Überarbeitung des amerikanischen Diagnosemanuals DSM (Diagnostic and Statistical Manual) taucht das Konzept einer chronischen Verlaufsform der Depression als Dysthymie auf. Hier findet sich auch zum ersten Mal das noch heute übliche Zeitkriterium des Verlaufs einer chronischen Depression über mindestens zwei Jahre. Eine Dysthymie ist am ehesten als leichte, aber anhaltende Depression zu verstehen. Als solche »unterschwellige Störung« wird sie auch im Diagnosesystem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) beschrieben, das in Deutschland und in Europa zur Einteilung psychischer Störungen verwendet wird (nach Dilling & Freyberger, 2001, S. 138–139).

Dysthymia (F34.1, ICD-10)

- ▶ konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischen liegende Perioden normaler Stimmung, diese 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

Das Konzept der Dysthymie wird vielfach kritisiert, weil die Erkrankung als schlecht abgegrenzt zu Persönlichkeitsstörungen und Temperamenten, insgesamt schlecht definiert und wenig relevant für die Lebensgestaltung der Betroffenen erscheint. Unerwarteterweise zeigte sich jedoch, dass die Dysthymie recht gut auf eine medikamentöse Behandlung anspricht (Cuijpers et al., 2013) und ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung einer schweren Depression im Verlauf ist. Dies unterstützt die Einordnung der Dysthymie in den Bereich der affektiven Störungen.

Chronische schwere Depression und Double Depression

Viele depressive Patientinnen mit chronischem Verlauf weisen jedoch eine schwerere Symptomatik auf, die über die Diagnosekriterien einer Dysthymie deutlich hinausgeht.

Im folgenden Kasten sind die Kriterien nach ICD-10 aufgelistet, die erfüllt sein müssen, um eine depressive Episode (F32) zu diagnostizieren (nach Dilling & Freyberger, 2019).

Kriterien nach ICD-10 für depressive Episode (F32)

Leitsymptome nach ICD-10 (mind. zwei müssen vorliegen):

- ▶ depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend
- ▶ Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
- ▶ verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Nebensymptome (Anzahl variiert je nach Schweregrad):

- ▶ Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
- ▶ unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
- ▶ wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid oder suizidales Verhalten
- ▶ Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
- ▶ psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
- ▶ Schlafstörungen jeder Art
- ▶ Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Eine schwere depressive Episode kann länger als zwei Jahre anhalten und damit chronifizieren. Die Symptomatik kann in voller Ausprägung bestehen bleiben oder unter psychotherapeutischer und/oder pharmakologischer Behandlung (oder auch spontan) teilremittieren. Im ICD-10-System ist offiziell keine Möglichkeit vorgesehen, einen solchen chronischen Verlauf zu klassifizieren, da die Kodierung einer depressiven Episode (F32 oder F33) zusammen mit einer Dysthymie nicht vorgesehen ist. Dies soll jedoch im ICD-11 ermöglicht werden, was aus unserer Sicht dringend notwendig ist, um die präzise diagnostische Einordnung chronisch depressiver Patientinnen zu verbessern. Wir empfehlen 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.

Sehr häufig werden sowohl die Kriterien einer Dysthymie als auch die einer schweren depressiven Episode im Lebenszeitverlauf einer chronischen Depression erfüllt. Man spricht dann von einer »Double Depression«. Dabei kommt es auf der Grundlage einer Dysthymie zur Entwicklung von rezidivierenden schweren depressiven Episoden. Eine solche Verlaufsform wird bei unseren stationär behandelten depressiven Patientinnen am häufigsten diagnostiziert.

Tabelle 1.1 Klassifikation der unipolaren Depression (nach McCullough et al., 2003)

		Schweregrad der Symptomatik	
		mild	moderat – schwer
Verlauf der Krankheit	akut (Episode kürzer als 2 Jahre)	subklinische bzw. leichte depressive Episode	depressive Episode
	chronisch bzw. persistierend (Episode länger als 2 Jahre)	Dysthymia	<ul style="list-style-type: none"> ▶ depressive Episode ▶ »doppelte Depression« ▶ teilremittierte depressive Episode

Das Vierfelder-Schema (s. Tab. 1.1) erscheint hilfreich für die Klassifikation unipolarer Depressionen. Danach lassen sich unipolare Depressionen nach ihrem Schweregrad und Verlauf einteilen: »milder« vs. »moderat-schwerer« Schweregrad und »akuter« vs. »chronischer« Verlauf. Chronische Depressionen können dementsprechend als Einheit mit Unterscheidung des Schweregrads kategorisiert werden (Gelenberg et al., 2006; McCullough et al., 2003).

Persistierende depressive Störung nach DSM-5

In der aktuell gültigen Version des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wurde erstmals die Diagnose einer chronischen Depression als »persistierende depressive Störung«, welche verschiedene Verlaufsformen annehmen kann, eingeführt. Auch hier findet sich das Zeitkriterium von mindestens zwei Jahren. Während der depressiven Verstimmung müssen mindestens zwei der folgenden Symptome bestehen:

Persistierende depressive Störung, DSM-5, 300.4 (Falkai & Wittchen, 2015)

- ▶ schlechter Appetit oder Überessen
- ▶ Insomnie oder Hypersomnie
- ▶ geringe Energie oder Erschöpfungsgefühle
- ▶ geringes Selbstbewusstsein
- ▶ Konzentrationsschwierigkeiten oder Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen
- ▶ Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Es wird von den Autorinnen und Autoren ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die persistierende depressive Störung auch mit einer schweren depressiven Symptomatik vereinbar ist, die bei der Dysthymie ausgeschlossen ist. Gemäß der Kriterien sind bei der *persistierenden depressiven Episode* die depressiven Beschwerden in den letzten zwei Jahren nahezu jeden Tag vorhanden, während sie beim reinen *dysthymen Syndrom* lediglich an mehr als der Hälfte der Tage bestehen. Ferner gibt es auch die persistierende depressive Störung mit *rezidivierenden depressiven Episoden*. Die Abbildung 1.1 stellt anschaulich den Verlauf der verschiedenen Subtypen der persistierenden depressiven Störung dar.

Eine genauere Beschreibung von Symptomatik (z. B. mit psychotischen Merkmalen) oder Verlaufsform (früher oder später Beginn) ist ebenfalls vorgesehen. Die Diagnosekriterien des DSM-5 beschreiben das aktuelle Konzept der chronischen Depression auf eine pragmatische Weise, weshalb es sich am besten mit der Klinik (z. B. der Life-Chart Auswertungen unserer Patientinnen) deckt. Wegen der besseren Lesbarkeit und weiten Verbreitung verwenden wir in diesem Buch dennoch weiter den Begriff »chronische Depression«, meinen dabei jedoch die persistierende depressive Störung. Das Konzept der persistierenden depressiven Störung wird jedoch auch kritisiert, da die Evidenzbasierung dieser Kriterien noch nicht vollständig vorliegt (Rhebergen & Graham, 2014).

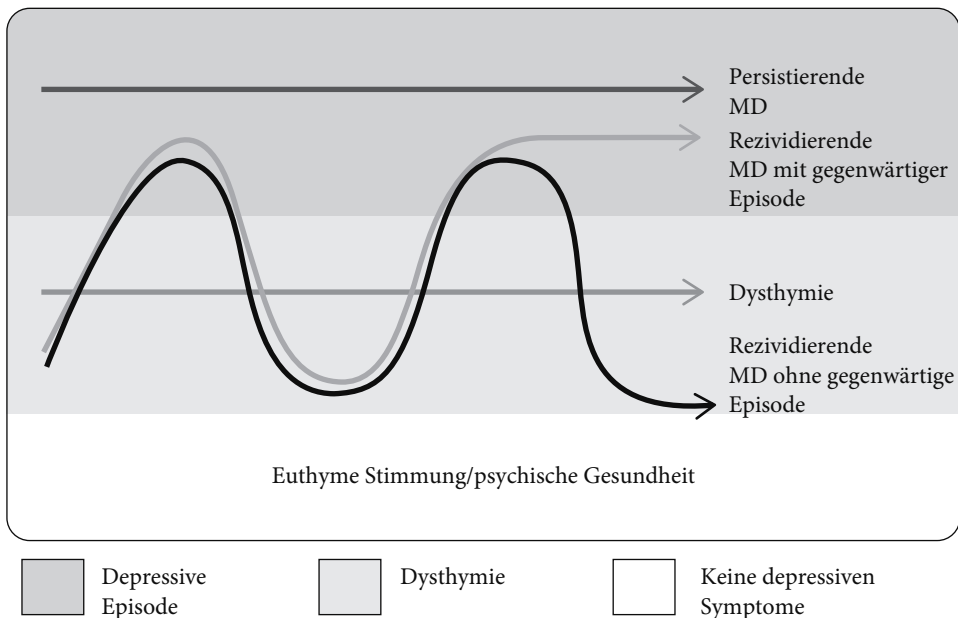


Abbildung 1.1 Die Verlaufsformen der persistierenden depressiven Störung nach DSM-5

Das genaue Vorgehen zur strukturierten Diagnostik einer chronischen Depression ist sehr gut beschrieben in Klein & Belz (2014).

Unterschiede zwischen episodischen vs. chronischen Depressionen. Menschen mit einer chronischen Depression kennzeichnet nicht nur die Tatsache, dass ihre Erkrankungsphasen besonders lang andauern. Bei der chronischen Depression handelt es sich um ein eigenständiges, spezifisches und keineswegs seltenes Krankheitsbild, das eine störungsspezifische intensive Behandlung erfordert. Solche Patientinnen sind jeder Therapeutin aus ihrer täglichen Arbeit bekannt; sie stellen alle Berufsgruppen vor besondere Herausforderungen. Im Folgenden werden einige Forschungsergebnisse aufgelistet, die unterstreichen, welche spezifischen Unterschiede zwischen episodischen und chronischen Depressionen bestehen.

- ▶ **Genetische Faktoren:** Chronisch depressive Patientinnen haben eine höhere Rate an affektiven Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades als episodisch depressive Patientinnen (Klein & Santiago, 2003). Bei chronischen Depressionen kommt es überdies zu familiärer Häufung: In den Familien von Menschen mit chronischen Depressionen finden sich deutlich mehr andere chronisch Depressive als bei Betroffenen mit episodischer Depression (Mondimore et al., 2006).
- ▶ **Spontanremission:** Wenn chronische Depressionen nicht behandelt werden, erfolgt bei den meisten der Betroffenen auch keine Spontanremission, wohingegen ca. 50 Prozent der episodisch depressiven Patientinnen auch ohne Behandlung nach zwölf Monaten remittiert sind (McCullough et al., 1994; Whiteford et al., 2013). Die Unterscheidung zwischen chronischen und episodischen Depressionen ist im

Langzeitverlauf stabil: Wenn Menschen mit episodischen Depressionen Rückfälle entwickeln, bleiben diese fast immer auch episodisch, während chronische Depressionen einen chronischen Verlauf behalten (Klein et al., 2006).

- ▶ **Behandlungen:** Chronisch depressive Patientinnen sprechen weniger gut auf alle antidepressiven Behandlungsstrategien (pharmakologisch, psychotherapeutisch, neurobiologisch, soziotherapeutisch) an als episodisch Depressive (z. B. Stewart et al., 1989; Thase et al., 1994). Wegen des mangelnden Erfolges werden sie insgesamt auch häufiger (Angst et al., 2009; Satyanarayana et al., 2009) und länger (Köhler et al., 2015) stationär und ambulant behandelt.
- ▶ **Komorbiditäten:** Komorbide Störungen, insbesondere Angst- und Somatisierungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen, sind bei Patientinnen mit chronischer Depression häufiger als bei episodisch depressiven Patientinnen (für einen Überblick vgl. Köhler et al., 2019).
- ▶ **Suizidalität:** Bezüglich Suizidalität unterscheiden sich die beiden Gruppen in der Hinsicht, dass Patientinnen mit einer chronischen Verlaufsform häufiger Suizidversuche unternehmen als episodisch depressive Patientinnen und über stärkere und lang andauernde Suizidgedanken berichten (Gilmer et al., 2005; Klein et al., 1988; Satyanarayana et al., 2009; Szádóczy et al., 1994). Bzgl. des Kriteriums »vollendete Suizide« unterscheiden sich beide Gruppen nicht.
- ▶ **Psychosoziale Situation:** Nach dieser Auflistung verwundert es nicht, dass chronische Depressionen mit höherer psychosozialer und beruflicher Beeinträchtigung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einhergehen. Studien geben Hinweise darauf, dass chronisch depressive Patientinnen seltener verheiratet (z. B. Angst et al., 2009), seltener in festen Arbeitsverhältnissen, häufiger arbeitslos und häufiger auf Unterstützung vom Staat bzw. früher auf Rente angewiesen sind als episodisch depressive Patientinnen. So interferiert diese Erkrankung mit beruflichen und zwischenmenschlichen Entwicklungsschritten und bedingt umfangreiche psychosoziale Folgeprobleme (Klein et al., 1988).
- ▶ **Kosten:** Schließlich gilt es festzuhalten, dass chronische Depressionen wegen des meist frühen Beginns in der Kindheit oder Jugend mit oftmals lebenslangem Verlauf für einen substanziellen Anteil der enormen direkten und indirekten Kosten verantwortlich sind, die im Zusammenhang mit Depressionen stehen (Gustavsson et al., 2011).

Bei der therapeutischen Arbeit mit chronisch depressiven Patientinnen kristallisiert sich zusätzlich zu den dargestellten Unterschieden ein Aspekt als besonderes Charakteristikum heraus: Chronisch depressive Patientinnen sind Menschen, die meist schon früh im Leben schwierige, schmerzvolle und traumatisierende Beziehungserfahrungen erleben mussten. Diese Erfahrungen haben Wunden hinterlassen, die bis zum Zeitpunkt der Behandlung entweder noch nicht geheilt sind oder immer wieder aufgerissen wurden. Auf diese frühen Traumatisierungen wird auch in den nächsten Abschnitten Bezug genommen.

1.2 Fakten zu chronischen Depressionen

1.2.1 Verlauf

Betrachtet man alleine das Zeitkriterium des Verlaufs über mindestens zwei Jahre, erscheinen chronische Depressionen als heterogenes Konstrukt, da damit, wie oben geschildert, verschiedene Verlaufsformen depressiver Erkrankungen wie Dysthymie, Double Depression oder anhaltende schwere Depressionen in einen Topf geworfen werden. Chronische Depressionen im engeren Sinn weisen jedoch spezielle Eigenschaften auf, die für die störungsspezifische Behandlung von hoher Relevanz sind.

(1) Beginn. Bezüglich des Beginns der Erkrankung wird im DSM-5 unterschieden zwischen einer chronischen Depression mit »frühem Beginn« (vor dem 21. Lebensjahr) und »spätem Beginn« (nach dem 21. Lebensjahr). In ca. Dreiviertel aller chronischen Depressionen beginnt eine chronische Depression bereits in der Kindheit oder Jugend, die jedoch in vielen Fällen zunächst unbehandelt bleibt. Die Betroffenen berichten rückblickend, dass sie schon in dieser Zeit unter Beschwerden litten, welche die Diagnose einer depressiven Störung gerechtfertigt hätte.

(2) Vorliegen bzw. Fehlen von frühen Traumatisierungen (Kindesmisshandlung). Passend zum meist frühen Beginn der Erkrankung legen Studien nahe, dass bei ca. 70–80 Prozent der chronisch depressiven Patientinnen frühe Traumatisierungen vorliegen, die meist in Kindheit oder Jugend verursacht wurden. Die WHO (World Health Organization) wählt in diesem Zusammenhang den Fachbegriff Kindesmisshandlung (childhood maltreatment), wobei zwei Formen der Vernachlässigung (also etwas Positives zu wenig erhalten haben) und drei Formen des Missbrauchs (also Negatives zu viel erhalten haben) unterschieden werden:

- (1) emotionale Vernachlässigung
- (2) körperliche Vernachlässigung
- (3) emotionaler Missbrauch
- (4) körperlicher Missbrauch
- (5) sexueller Missbrauch

Erfasst werden diese traumatisierenden Beziehungserfahrungen in den meisten Studien mithilfe des »Childhood Trauma Questionnaire« (CTQ), der genau die oben dargestellten fünf Domänen beinhaltet (Bernstein et al., 2003, deutsche Übersetzung: Wingenfeld et al., 2010, s. a. Abschn. 4.1 und Abb. 4.2).

Die meisten chronisch depressiven Patientinnen erreichen hohe Werte in den Bereichen emotionale Vernachlässigung bzw. emotionaler Missbrauch, resultierend aus unzureichender Zuwendung und Liebe sowie Bedürfnisbefriedigung durch die Eltern (Nelson et al., 2017). Im Vergleich mit anderen Achse-I Störungen (Schizophrenie, bipolare Störung und nicht-chronische Depression) berichteten in einer großen Studie chronisch depressive Patientinnen in allen fünf Domänen eine stärkere Misshandlung als die anderen Störungsgruppen oder gesunde Probandinnen (Struck et al., 2020). Zudem finden sich in vielen Studien signifikante Korrelationen zwischen der Depressionsschwere