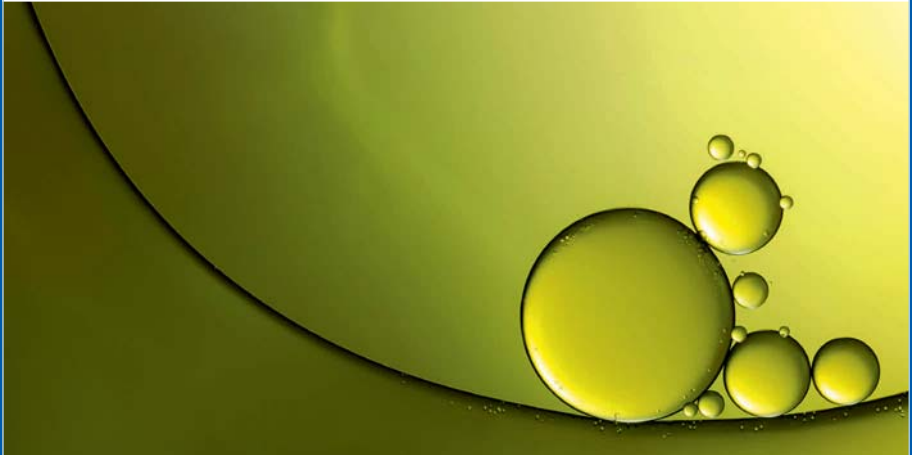


JAMES MCCULLOUGH,
ELISABETH SCHRAMM & KIM PENBERTHY

CBASP



Chronische Depression
effektiv behandeln

Cognitive Behavioral Analysis System
of Psychotherapy

James P. McCullough, Elisabeth Schramm & Kim Penberthy

CBASP

Chronische Depression effektiv behandeln

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Reihe

Therapeutische Skills kompakt

Band 11

Ausführliche Informationen zu jedem unserer lieferbaren und geplanten Bücher finden Sie im Internet unter ↗ <http://www.junfermann.de>. Dort können Sie unseren Newsletter abonnieren und sicherstellen, dass Sie alles Wissenswerte über das Junfermann-Programm regelmäßig und aktuell erfahren. – Und wenn Sie an Geschichten aus dem Verlagsalltag und rund um unser Buch-Programm interessiert sind, besuchen Sie auch unseren Blog: ↗ <http://blogweise.junfermann.de>.

JAMES P. MCCULLOUGH,
ELISABETH SCHRAMM & KIM PENBERTHY

CBASP

CHRONISCHE DEPRESSION EFFEKTIV BEHANDELN

*COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS SYSTEM
OF PSYCHOTHERAPY*

Aus dem Englischen
von Guido Plata

Junfermann Verlag
Paderborn
2015



Copyright © der deutschen Ausgabe: Junfermann Verlag,
Paderborn 2015

Copyright © der Originalausgabe: © James P. McCullough,
Jr., Elisabeth Schramm, and J. Kim Penberthy,
2015

Die Originalausgabe ist 2015 unter dem Titel
*CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent
Depressive Disorder. Distinctive Features* bei
Routledge erschienen.

All rights reserved. Authorised translation
from the English language edition published
by Routledge, a member of the
Taylor & Francis Group.

Übersetzung Guido Plata

Coverfoto © Thomas Vogel – istockphoto.com

Covergestaltung / Reihenentwurf Christian Tschepp

Satz JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist
urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen
des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlages unzulässig und strafbar.

Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der
Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet
diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de>
abrufbar.

ISBN 978-3-95571-467-3

Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:

ISBN: 978-3-95571-465-9 (EPUB), 978-395571-464-2 (Print),
978-3-95571-466-6 (MOBI).

Dieser Text ist unseren eigenen Patienten und denjenigen, die von den durch uns ausgebildeten Therapeuten behandelt wurden, gewidmet. Sie haben uns so viel über die verheerenden Folgen dieser Störung gelehrt. Wir hoffen, dass Sie von unserer therapeutischen Arbeit profitiert haben und auch in Zukunft profitieren werden.

Inhalt

Einleitung.....	15
Teil I: Die theoretischen Grundlagen des CBASP	19
1. Die einzigartige Geschichte des CBASP.....	20
2. Die einzigartige Terminologie des CBASP-Modells.....	26
3. Die einzigartigen theoretischen Grundlagen des CBASP	33
4. Die einzigartige Psychopathologie des chronisch depressiven Patienten.....	38
5. Das Problem der Furchtvermeidung: Wahrnehmungskopplung von anderen Menschen.....	41
6. Die einzigartigen Ziele der CBASP-Behandlung.....	46
7. Die einzigartige Rolle des Psychotherapeuten beim Diszipliniert persönlichen Einbringen.....	49
8. Der einzigartige Einsatz von Übertragungshypothesen im CBASP	53
9. Der einzigartige Einsatz der Interpersonellen Diskriminationsübung im CBASP.....	58
10. Die einzigartige Rolle des Psychotherapeuten als Choreograf von Konsequenzen	61
11. Die einzigartige Übung der Situationsanalyse im CBASP.....	64
12. Die Vorbereitung von Pre-Therapy-Patienten mittels Kontingenter persönlicher Reaktionen.....	69
13. Die teilnehmende Rolle des Patienten im CBASP	73
14. Optimale Eigenschaften für einen CBASP-Therapeuten.....	76
15. Das einzigartige strukturelle Format der CBASP-Sitzungen	81

Teil II: Die praktischen Grundlagen des CBASP.....	83
16. Das einzigartige Verfahren zur Diagnose einer PDS im CBASP	84
17. Den präoperational denkenden Patienten nicht überschätzen..	88
18. Das Choreografieren von Kontingenzen in der Sitzung zur Herbeiführung von Lernprozessen.....	94
19. Die Anwendung des Diszipliniert persönlichen Einbringens in der CBASP-Behandlung	98
20. Wie man die DPE-Rolle für die Behandlung eines Patienten festlegt.....	101
21. Sitzung zwei: Die Liste prägender Bezugspersonen und die Konstruktion der Übertragungshypothese	108
22. Die Interpersonelle Diskriminationsübung und Behandlungsziel 1 des CBASP	113
23. Situationsanalyse: Erhebungsphase	119
24. Situationsanalyse: Lösungsphase	124
25. Fallbeispiel 1 zur Situationsanalyse	128
26. Fallbeispiel 2 und 3 zur Situationsanalyse	133
27. Die Edukation von Patienten für die Kontrolle einer lebenslang andauernden Störung.....	139
28. Operationalisierte Lernziele des CBASP: IDÜ und Situationsanalyse	144
29. CBASP-Fallbeschreibung (Teil A).....	153
30. CBASP-Fallbeschreibung (Teil B)	160
Literatur.....	165
Index	173

 Zu diesem Buch finden Sie unter ↗ <http://www.junfermann.de> (in der Mediathek zum Titel) ein Glossar, in dem die verwendeten Fachausdrücke und Abkürzungen erläutert werden.

Vorwort

Wenn Sie, wie ich selbst, ein aktiver Therapeut sind und Menschen mit klinischer Depression Hilfe leisten sollen, dann sind Sie mit Sicherheit bereits Leuten begegnet, die die Kriterien für eine Persistierende Depressive Störung (PDS) erfüllen. Vielleicht haben Sie diese Störung nicht richtig erkannt und dann, genauso wie ich seinerzeit, auf die Therapien zurückgegriffen, die Ihnen vertraut sind. In meinem Fall handelte es sich dabei um die Kognitive Verhaltenstherapie für Depressionen (KVT-D), die interpersonelle Therapie und, in jüngerer Zeit, die Verhaltensaktivierung (Beck, 1976; Klerman et al., 1984; Martell et al., 2001). Diese Therapien erfüllen unzweifelhaft alle Anforderungen in Bezug auf Wirksamkeit und Effizienz, wenn es um die Behandlung einer akuten Depression geht. Eben deshalb fragten Sie sich selbst vermutlich ebenso wie ich, weshalb die KVT-D bei einigen Ihrer Patienten mit eher lang andauernder Depression anscheinend so schwierig anzuwenden ist und auf sie wenig bis gar keine Wirkung hat. Ich habe hierzu eine Hypothese: Diese augenscheinlich „widerstrebenden“, „behandlungsresistenten“ oder „persönlichkeitsgestörten“ Patienten, die zwar klinisches Leid verspürten, aber dennoch immun gegenüber Ihren standardmäßigen und routiniert angewendeten psychotherapeutischen Kunstgriffen waren, litten vermutlich an einer Persistierenden Depressiven Störung.

Die Persistierende Depressive Störung gilt mittlerweile als unterdiagnostiziert, fehlbehandelt und deutlich prävalenter, als man früher glaubte. Sie wird weiterhin als Störung angesehen, die sich nur schwer bis zur Remission oder Genesung behandeln lässt und die erfahrene Therapeuten erfordert, welche über einen erheblichen Zeitraum hinweg mit den betreffenden Patienten arbeiten. So viel ist also bekannt. Allerdings war man sich bis vor kurzem sehr unsicher in Bezug darauf, welche Art von psychologischer Behandlung im Zusammenhang mit dieser Störung zum Einsatz kommen sollte.

Ich war 35 Jahre lang ein Verhaltenstherapeut der „ersten Welle“. Im Laufe der vergangenen 25 Jahre habe ich immer wieder Abstecher zur „dunklen Seite“ gemacht, um mich dort der „zweiten Welle“, den im Rahmen der „kognitiven Wende“ aufkommenden kognitiven Therapierichtungen anzuschließen. Aber ich weigere mich aus zwei Gründen, ein Anhänger der

„dritten Welle“ zu werden. Erstens kann ich über die vielen Varianten der KVT, die diese „Wende“ inzwischen schon hervorgebracht hat, nicht mehr den Überblick behalten. Zweitens, und das ist viel entscheidender, liefert die vorliegende empirische Evidenz keinen Beleg für die Wirksamkeit der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (ABKT), der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), der Verhaltensaktivierung (VA) oder der Compassionate Mind Therapy (CMT) – ich entschuldige mich für jede Therapie, die ich hier nicht mit aufzähle –, wenn es um die Behandlung einer chronischen Depression bzw. Persistierenden Depressiven Störung geht.

Mal ernsthaft: Wer mich kennt, der weiß, dass dieser augenzwinkernde Kommentar zur „dunklen Seite“ einen ganz bestimmten Hintergedanken beinhaltet. Wenn ich mich selbst als Experten bezeichne, dann liegt das hauptsächlich an den vergangenen 25 Jahren, die ich damit verbracht habe, praktizierenden Klinikern in Schottland die Durchführung von KVT in ihrer modernsten Form zu vermitteln. Darüber hinaus stand der Großteil meiner klinischen KVT-Praxis innerhalb der letzten 15 Jahre im Kontext einer spezialisierten tertiären Versorgung, die sich auf die physische und psychologische Behandlung der chronischen Depression¹ konzentrierte. Technisch und akademisch gesehen bin ich also ein KVT-Enthusiast.

Und jetzt kommt der Moment in diesem Vorwort, den ich am meisten gefürchtet habe. Nach 25 Jahren KVT-Praxis muss ich leider die folgende Schlussfolgerung ziehen: *„Standard-KVT-D taugt einfach nicht für die Behandlung der Persistierenden Depressiven Störung!“*

So, jetzt habe ich es ausgesprochen. Einfach geradeheraus. Nun fühle ich mich wie ein Verräter und rechne jeden Moment damit, dass die KVT-Polizei an meine Tür klopft. Vertrauen Sie in Bezug auf meine Aussage aber nicht allein auf mein Wort, denken Sie auch einmal an Ihre eigenen klinischen Erfahrungen in der Arbeit mit Patienten, die an einer PDS leiden. Und betrachten Sie außerdem eine neuere Metaanalyse (Cuijpers et al., 2010) sowie eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit (Spijker et al., 2013). Die Autoren beider Publikationen betonen die nach wie vor magere Befundlage in Bezug auf die optimale Therapie für chronische Depression/Persistierende Depressive Störung und vertreten, mit dem gebührenden Maß an Vorsicht, dass das Cognitive Behavioral Analysis System

1 Die Bezeichnung „Persistierende Depressive Störung“ kam erst vor zwei Jahren mit dem DSM-5 auf.

of Psychotherapy (CBASP) *wahrscheinlich* die richtige psychologische Behandlungsform für diese Patientengruppe darstellt.

Ich selbst habe im Jahr 2000 zum ersten Mal vom CBASP gehört, als die Ergebnisse einer großen multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie veröffentlicht wurden (Keller et al., 2000). Diese einflussreiche Studie enthüllte, dass CBASP ebenso wirksam war wie antidepressive Medikamente. Darüber hinaus zeigte die Kombination von CBASP und Antidepressiva eine geradezu erstaunliche Wirksamkeit in Bezug auf das Erreichen von Remissions- und Genesungsraten, wie sie zuvor in keiner Studie zur PDS beobachtet worden waren. Bemerkenswerterweise zeigte sich in einer nachträglichen Analyse der Daten, dass CBASP einen positiven differentiellen Effekt in einer Gruppe von Patienten hatte, die frühe negative oder traumatische Lebensereignisse hinter sich hatten (Nemeroff et al., 2003).

Als Kliniker, der fast ausschließlich mit chronisch depressiven Patienten arbeitete und von seinem hauptsächlich eingesetzten psychologisch-therapeutischen Rüstzeug ein wenig desillusioniert war, betrachtete ich CBASP damals als etwas, dem man definitiv einen genaueren Blick widmen sollte. Einige Jahre darauf machte ich mich, ausgestattet mit detaillierten Kenntnissen der wichtigsten CBASP-Lehrbücher (McCullough, 2000, 2001, 2003) und in Begleitung dreier schottischer „CBASP-Freunde“ auf, um beim Begründer des CBASP, Professor James P. McCullough Jr., in Richmond, Virginia, USA eine Ausbildung zu absolvieren.

Ich bin zwar oft losgezogen, um an Trainingsveranstaltungen teilzunehmen, aber ich betrachte meinen Besuch in Richmond, meine „Exposition“ an Theorie und Praxis von CBASP und die während des Trainings und danach mit „Big Jim“ verbrachte Zeit heute als die mit Abstand erfreulichste, herausforderndste und lehrreichste Erfahrung meiner beruflichen Laufbahn. Jim ist gleichzeitig charismatisch, warm, großzügig, ein wundervoller Lehrer, ein herausragender Kliniker, ein durchweg hingebungsvoller und respektierter Forscher und eine wahre Naturgewalt. Er gehört zu einer kleinen Gruppe klinischer Forscher, die unbeirrt daran gearbeitet haben, chronische/persistierende Depression ebenso zu verstehen wie Möglichkeiten zu finden, den therapeutischen Herausforderungen zu begegnen, die die Arbeit mit dieser Patientengruppe beinhaltet. Im Laufe der vergangenen 40 Jahre widmete er seine eigene klinische Praxis Patienten mit Persistierender Depressiver Störung. Dieses knappe halbe Jahrhundert

einflussreicher Forschung und klinischer Erfahrung bildet die Grundlage für die Formulierung von CBASP als überzeugende Therapieform.

Es ist ein Vergnügen und auch ein Privileg, um ein Vorwort für dieses neueste Werk der Professoren McCullough, Schramm und Penberthy gebeten zu werden. Das vorliegende Buch wurde von Praktikern für Praktiker geschrieben. Es ist sowohl eine Aktualisierung als auch eine Weiterentwicklung der Theorie und der Leitlinie für die klinische Praxis, die von Jim in seinem wegweisenden Text aus dem Jahr 2000 erstmals dargelegt wurde. Vierzehn Jahre später verfassten Jim, Elisabeth (Schramm) und Kim (Penberthy) einen weiteren integrierten und schrittweise aufgebauten Ansatz für das Verständnis der Prinzipien und der Praxis des CBASP. Der klare und praktische Ansatz des Textes wird in reichhaltiger und effektiver Weise durch klinische Vignetten unterstützt, die wertvolle Einsichten in die Anwendung der diversen Schritte im Rahmen des Behandlungsprotokolls liefern.

Während meiner Reisen im Zusammenhang mit CBASP/KVT begegnete ich vielen Klinikern und „Experten“ in KVT (und anderen Therapien), die mir sagten, dass CBASP doch nur eine andere Form von KVT-D, eine andere Form von Verhaltensaktivierung oder in irgendeiner Weise wie diese oder jene Therapie sei. Dieses oftmals absichtliche Missverstehen / falsche Darstellen von CBASP verwundert mich zutiefst.

Täuschen Sie sich nicht, CBASP ist mit keiner der oben genannten Richtungen vergleichbar. Es ist bis heute die *einzig* Psychotherapie, die gezielt für die Behandlung der Persistierenden Depressiven Störung entwickelt wurde. CBASP ist eine stark verhaltensanalytisch ausgerichtete Therapie, die sich auf die Verbesserung und Veränderung interpersoneller Konsequenzen fokussiert. Und sie wirkt genau dort, wo wir leben – in Gruppen, mit anderen Menschen zusammen. Gute Beziehungen zu anderen Menschen wirken bereits an und für sich antidepressiv (Lewinsohn et al., 1984, 1985, 1992). Menschen mit PDS sind einfach nicht gut darin, Beziehungen aufzubauen, aufrechtzuerhalten oder zu reparieren. CBASP nutzt daher, in bewusster und transparenter Weise, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als grundlegendes therapeutisches Werkzeug, um eine neuartige Lernerfahrung zu bieten (McCullough, 2006a). Im Rahmen der Sitzung wird eine Reihe von Kontingenzen bereitgestellt, die sich von denjenigen unterscheiden, welche ansonsten in der Welt des Patienten auftauchen. Das Ziel hierbei ist ein Empfinden *gefühlter Sicherheit*. Es wird eine

behavioral und dann emotional korrektive emotionale Erfahrung geliefert, durch die der Patient ein funktionaleres Bewusstsein der Auswirkungen seines eigenen sozialen Verhaltens auf andere Menschen gewinnen kann. Die depressogenen Konsequenzen dieser Auswirkungen werden aufgedeckt. Strategien zur Linderung dieser Konsequenzen werden erkundet und dem Patienten eingeprägt. In diesem sorgsam choreografierten interpersonellen Setting können Patienten beginnen, andere Arten des Umgangs *in der Sicherheit des Behandlungsraumes* zu erkunden, und diese danach, was wichtiger ist, draußen in der realen Welt in ihrem sozialen Umfeld praktizieren.

Jim, Elisabeth und Kim liefern hier eine umfassende und detaillierte Erläuterung aller Aspekte dieser neuartigen und in klinischer Hinsicht vielversprechenden Therapie. Das vorliegende Buch legt, aus erster Hand, die distinktiven und einzigartigen Prinzipien und Praktiken im CBASP klar und präzise dar. Wenn Sie besser verstehen möchten, wie sich die einzigartige Psychopathologie der chronisch depressiven Person entwickelt und welche Herausforderungen diese für jede Hilfe leistende Partei beinhaltet, dann lesen Sie dieses Buch. Wenn Sie ein paar „Erleuchtungen“ in Bezug darauf haben möchten, weshalb Ihr vertrautes / gewohntes psychotherapeutisches Modell bei Ihren chronisch depressiven Patienten nicht wirkt, dann lesen Sie dieses Buch. Wenn Sie erfahren möchten, wie Sie eine speziell dafür entwickelte, klar protokollbasierte Therapie für chronisch depressive Patienten anbieten können, dann lesen Sie dieses Buch. Wenn Sie Ihren Patienten zu besseren Therapieergebnissen in Form verbesserter sozialer Funktionalität mit einer damit einhergehenden verminderten Belastung durch depressive Symptome verhelfen möchten, dann lesen Sie dieses Buch. Wenn Sie ein Gefühl therapeutischer Wirksamkeit und „Freude“ an der klinischen Arbeit an PDS wiedergewinnen möchten, dann ... LESEN SIE DIESES BUCH!

John Swan
 Clinical Senior Lecturer
 University of Dundee
 April 2014

Einleitung

Dieser Text ist der krönende Abschluss von 30 Jahren an Praxis und Forschung, und er wurde von drei Personen verfasst, die im Zentrum der Entwicklung von CBASP standen. Als wir im Jahre 1984 mit unserer ersten Publikation zum CBASP begannen, gab es noch keine spezifische diagnostische Kategorie für chronische Depression. Aufgrund der Forschung und Arbeit einiger Personen, die auf dem Gebiet der chronischen Depression tätig waren, beinhaltet das DSM-5 der *American Psychiatric Association* nun seit 2013 eine formale diagnostische Kategorie namens Persistierende Depressive Störung (PDS), um diesen unipolaren Patiententyp zu beschreiben. Der vorliegende Text basiert auf der Nomenklatur der PDS. Die beiden Koautoren, Elisabeth Schramm und J. Kim Penberthy, waren zwei der ersten Psychotherapeuten, die von Jim McCullough in der Anwendung der CBASP-Methode ausgebildet und zertifiziert wurden. Doktor Schramm arbeitet in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Universitätsklinik Freiburg und in der psychiatrischen Universitätsklinik in Basel. Sie hat sich verdienstermaßen einen Ruf im deutschsprachigen Raum als eine der herausragendsten Psychotherapieforscherinnen und Psychotherapeutinnen aufgebaut. Doktor Schramm führt nach wie vor einige der wegweisenden klinischen Studien durch, in denen CBASP mit diversen anderen zeitgenössischen Behandlungsmodalitäten verglichen wird; ihre Forschungsbemühungen waren – neben der Veröffentlichung des deutschen Manuals für die Einzel- und Gruppentherapie sowie anderen Büchern und wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum CBASP – entscheidend für die Verbreitung von CBASP in Deutschland, Europa, Großbritannien und den USA. Associate Professor Penberthy arbeitet an der *School of Medicine* der University of Virginia im *Department of Psychiatry and Neurobehavioral Sciences*. Kim leistete Pionierarbeit in Form von Forschungen an chronisch depressiven alkoholabhängigen Patienten, befasst sich nun mit CBASP-Gruppenarbeit und entwickelt darüber hinaus auch ein Therapiemanual zur CBASP-Gruppentherapie.

In Teil 1 werden die theoretischen Grundsätze des Modells beschrieben, das – wie man betonen muss – den einzigen Behandlungsansatz darstellt, der spezifisch für die Therapie der PDS entwickelt wurde. Das Modell beruht auf einer interpersonellen Betrachtungsweise der Psychopathologie, und die ersten Kapitel beschreiben detailliert das pathologische Dilemma

bei einer PDS, mit dem die Patienten sich konfrontiert sehen – insbesondere diejenigen mit frühem Störungsbeginn, von denen viele in von Miss-handlungen und/ oder Vernachlässigung geprägten familiären Umfeldern aufgewachsen sind. Zur Korrektur der katastrophalen kognitiv-emotionalen und behavioralen Auswirkungen dieser familiären Erfahrungen propagiert CBASP eine neue Rolle des Psychotherapeuten, die als Diszipliniert persönliches Einbringen bezeichnet wird und es dem CBASP-Therapeuten abverlangt, gegenüber den Patienten als interpersoneller „Teilnehmer“ aufzutreten. Wir haben bereits früh erkannt, dass die traditionelle psychotherapeutische Rolle, bei der die Therapeuten den nicht involvierten Part eines „unbeschriebenen Blattes“ übernehmen, für den Umgang mit an einer PDS leidenden Patienten zu begrenzt ist. Die Rolle des „unbeschriebenen Blattes“ ist nicht nur ungeeignet für eine Modifikation des Verhaltens von vielen unserer typischerweise zurückgezogenen und emotional losgelösten Patienten, sie hat auch zu starke Einschränkungen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Modellierung zentraler Aspekte einer normalen menschlichen Beziehung. Tatsächlich muss man vielen Patienten mit PDS beibringen, wie sie auf der interpersonellen Ebene funktionieren. Die eben darauf ausgerichtete spezielle Rolle des Therapeuten im CBASP zählt zu den charakteristischen Eigenschaften, die das Modell von anderen heute verfügbaren Psychotherapiesystemen abheben.

In Teil 2 wird die Anwendung des CBASP bei Patienten mit persistierender Depression beschrieben. Alle CBASP-Techniken werden erläutert und zahlreiche Fallbeispiele erleichtern dem Leser das Verständnis. Beispielsweise zeigen Abbildungen, wie man schwierige Patienten mittels des Einsatzes von Kontingenter persönlicher Reaktion (KPR) in den Griff bekommt. Das CBASP hat den Begriff des „Pre-Therapy-Patienten“ geprägt, um Personen zu beschreiben, die ein interpersonell so stark destruktives Verhalten zeigen, dass therapeutische Lernprozesse hierdurch verhindert werden. Im CBASP ist die Etablierung interpersoneller Sicherheit in der Dyade ein entscheidendes Behandlungsziel. Dabei wird die *Interpersonelle Diskriminationsübung* (IDÜ) dazu genutzt, auf Seiten des Patienten sichere Unterscheidungen zwischen ihm nahestehenden anderen Menschen, die ihn früher misshandelt und verletzt haben, und der Person des Therapeuten zu ermöglichen. Schließlich wird auch noch die am häufigsten verwendete Technik, die *Situationsanalyse* (SA), beschrieben und anhand zahlreicher Beispiele vertieft. Die Situationsanalyse unterstützt Patienten bei der Herstellung einer perzeptuellen Verbindung mit ihren interperso-

nellen Umgebungen. Hierzu wird ihnen in aufeinander aufbauenden Einzelschritten beigebracht, dass ihr Verhalten bestimmte Konsequenzen bei anderen Menschen hervorruft, die ihnen entweder helfen oder sie verletzen. Zu lernen, dass das eigene Verhalten identifizierbare interpersonelle Konsequenzen hat, wird als *wahrgenommene Funktionalität* bezeichnet. Die Situationsanalyse als Maßnahme richtet sich direkt gegen die hilflose Haltung chronisch depressiver Patienten, die in der Regel zu dem Schluss kommen, dass ihr Verhalten keinen Unterschied macht. Mittels der Situationsanalyse bekommen die Patienten wiederholt demonstriert, dass ihr Verhalten einen enormen Unterschied macht!

Schließlich stellt CBASP ein empirisches Lernparadigma dar, und alle CBASP-Techniken wurden in Form von Ausführungs-/Leistungsparametern operationalisiert, damit die Lernprozesse analysiert werden können. Dies bedeutet, dass sich *psychologische Einzelfallexperimente* mittels CBASP durchführen lassen; der Therapeut hat die Möglichkeit zu einer systematischen Untersuchung der *Abhängigkeit* zwischen dem Ausmaß des Lernens im Laufe des Therapieprozesses und Veränderungen in den ergebnisabhängigen Variablen der Behandlung.

*James P. McCullough Jr.
Elisabeth Schramm
J. Kim Penberthy*