

## Cognitive Behaviour Analysis System of Psychotherapy (CBASP) bei chronischer Depression

Krisztina Kocsis-Bogár und Sabine Fiegl

### Abstract

Chronische Depression betrifft etwa 20 bis 30 Prozent aller PatientInnen mit Depressionen. Das Cognitive Behaviour Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist die einzige psychotherapeutische Methode, die spezifisch für die Behandlung chronischer Depression entwickelt wurde. Sowohl im Vergleich zu anderen anerkannten Psychotherapiemethoden (achtsamkeitsbasierte oder supportive Psychotherapie) als auch zur medikamentösen Behandlung hat CBASP mehreren Wirksamkeitsstudien nach gute Effektivität aufgewiesen. Ein wesentlicher Faktor dieser hohen Wirksamkeit ist mit großer Wahrscheinlichkeit der interpersonelle Fokus von CBASP. Im Laufe der Therapie wird mit früheren und auch mit aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen und Situationen gearbeitet. Besonders geeignet ist dieser Ansatz für PatientInnen mit früheren Traumata und mit komorbiden Angststörungen sowohl in ambulantem, als auch in stationärem Setting.

Auf Basis einer Literaturrecherche werden in der folgenden Übersichtsarbeit der theoretische Hintergrund, die Indikationen und Kontraindikationen sowie die wichtigsten Techniken von CBASP zusammengefasst. Anschließend werden die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien dargestellt.

**Schlüsselwörter:** chronische Depression, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, zwischenmenschliche Beziehungen, Wirksamkeit

### Abstract

Around 20 to 30 percent of all depressions have a chronic course. Cognitive Behaviour Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is the only psychotherapeutic method that has been developed to treat chronic depression. There is evidence of the efficacy of CBASP compared to several recognized psychotherapy methods (mindfulness-based or supportive therapy), as well as pharmacotherapy. One of the factors contributing to this efficacy is likely to be the interpersonal focus of CBASP. During the therapy previous, as well as present interpersonal relationships and situations are analyzed. This therapy method is especially suitable for patients with early traumas and co-morbid anxiety disorders, in an in-patient as well as out-patient context.

In the following overview the theoretical background, the indications and contraindications as well as the most important techniques of CBASP are summarized based on the literature. Additionally, the main conclusions of several effectivity studies are presented.

**Keywords:** chronic depression, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, interpersonal relationships, effectivity

## Chronische Depression

Etwa 20 bis 30 Prozent der Depressionen werden aufgrund der mindestens zwei Jahre andauernden Symptome als chronisch eingestuft (Murphy & Byrne, 2012). Chronische Depression ist im DSM-5 als „persistent depressive disorder“ kategorisiert (APA, 2013). In dieser Kategorie werden die folgenden früher getrennt betrachteten Formen der chronischen Depression zusammengeführt: 1. chronische (mindestens zwei Jahre andauernde) Major Depression, 2. Dysthymie, 3. Double Depression (eine auf eine dysthyme Störung folgende Episode der Major Depression) und 4. Major Depression mit unvollständiger Remission zwischen den Episoden (Jobst et al., 2016; Schramm, 2016). Eine diagnostische Kategorie für chronische Depression ähnlich der im DSM-5 wurde auch für das ICD-11 vorgeschlagen (Jobst et al., 2016).

Außer dem längeren Verlauf gibt es Hinweise auf weitere Unterschiede zur Episode einer Major Depression der frühere Krankheitsbeginn, der größere Schweregrad der Symptome und die höhere Komorbidität (besonders von Suchterkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen) sowie möglicherweise ein submissiver interpersonaler Stil (Bird, Tarsia & Schwannauer, 2018; Köhler, Chrysantou, Guhn & Sterzer, 2018).

Viele Studien weisen auf häufigere frühkindliche Traumatisierung bei PatientInnen mit chronischer im Vergleich zu denen mit nicht-chronischer Depression hin (Jobst et al., 2016) und die Anzahl der frühkindlichen Traumata kann die Chronizität der Depression als unabhängiger Faktor vorhersagen (Wiersma et al., 2009). Andere Studien konnten aber keinen Unterschied bezüglich der Traumatisierung zwischen PatientInnen mit chronischer und nicht-chronischer Depression feststellen (Köhler et al., 2018).

Die chronische Depression stellt sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung eine Herausforderung dar. Aus mehreren Studien geht hervor, dass immer wieder eine inadäquate Diagnose gestellt wird, die Pharmakotherapie und/oder die Psychotherapie nicht adäquat ausgewählt wird oder die PatientInnen gar keine Behandlung bekommen (Kocsis et al., 2008). Nur 33 Prozent von den in der Studie von Kocsis und KollegInnen (2008) einbezogenen 801 PatientInnen haben zuvor eine adäquate Medikation erhalten. Diese Schwierigkeit der Diagnosestellung könnte zukünftig durch ein neues Screening-Tool von Brinkmann und KollegInnen (2019) erleichtert werden. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass der chronische Verlauf im Vergleich zu akuten Krankheitsbildern gewöhnlich mit einem schwächeren Therapieerfolg zusammenhängt (Cuijpers et al., 2010). Angelehnt an Akiskals biopsychosoziales Modell der Depression (Akiskal & McKinney, 1975) und an aktuelle Studienergebnisse scheint die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie am wirksamsten (Furukawa et al., 2018).

Die einzige spezifisch für die chronische Depression maßgeschneiderte psychotherapeutische Methode ist das Cognitive Behaviour Analysis System (CBASP, McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough, Schramm & Penberthy, 2015). Außerdem werden klassische kognitive Verhaltenstherapie (CBT, Beck, 1979; Rief et al., 2018) oder psychoanalytische Therapie auch mit einer guten Effektivität angewandt (Leuzinger-Bohleber et al, 2019). CBASP wird von der Europäischen Gesellschaft für Psychiatrie (European Psychiatric Association) als erste Wahl der Therapie (first-line treatment) bei chronischer Depression empfohlen, hauptsächlich, weil es die interpersonellen Schwierigkeiten in den Fokus der Therapie stellt (Jobst et al., 2016).

### **Der theoretische Hintergrund vom CBASP**

Die theoretische Basis von CBASP ist vielfältig. Außer dem erwähnten biopsychosozialen Modell von Akiskal (Akiskal & McKinney, 1975) spielen die interpersonelle Theorie von Kiesler (1983), das Modell der operanten Konditionierung (Skinner, 1953), Piagets Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung (1981) und das Konzept vom sozialen Modell-Lernen (Bandura, 1977) eine Rolle (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

Nach dem interpersonalen Kreismodell von Kiesler (1983) sind die grundlegenden interpersonellen Hauptdimensionen Kontrolle (Dominanz vs. Unterwürfigkeit) und Zugehörigkeit (Freundlichkeit vs. Feindseligkeit). In seinem Modell sind die weiteren interpersonellen Dimensionen als 16 Kreisabschnitte abgebildet und diese sind die mathematisch gewichteten Kombinationen der zwei Hauptdimensionen. Das Modell dient zur Einschätzung des sogenannten Stimuluscharakters eines Menschen, also der emotionalen, kognitiven oder verhaltensbezogenen Reaktionen, die eine Person bei anderen Menschen hervorruft (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015). Laut Kieslers Theorie löst unser Umgang mit einer Person die im Modell gegenüberstehenden, komplementären Reaktionen bei dieser aus, was wiederum unser Selbstbild verstärkt (Kiesler, 1983).

Die Wirkung von PatientInnen auf andere im interpersonellen Kontext kann durch verschiedene Messverfahren erhoben werden. Zum Beispiel kann durch das Impact Message Inventory (IMI; Kiesler & Schmidt, 1993; deutsche Übersetzung IMI-R; Caspar, 2002) anhand 64 Items beschrieben werden, welche Gedanken, Gefühle und Verhaltenstendenzen ein Mensch bei einem anderen auslöst. Weitere Möglichkeiten sind die Selbstbeurteilungsskala Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Alden, Wiggins & Pincus, 1990) oder die Checklist of Interpersonal Transactions-revised (CLOIT-R; Kiesler, 1987) mit der Option der Selbst- sowie der Fremdbeurteilung. In der neuen Variante des Kiesler-Modells sind die 16 Dimensionen auf acht reduziert und dementsprechend erheben die genannten Fragebögen die folgenden acht Varianten der

interpersonellen Auswirkung (Abbildung 1): dominant, feindselig-dominant, feindselig, feindselig unterwürfig, unterwürfig, freundlich-unterwürfig, freundlich und freundlich-dominant (Kiesler & Auerbach, 2003; McCullough, 2000; McCullough et al., 2006).

Im interpersonellen Kontext zeigen PatientInnen mit chronischer Depression häufig eine erhöhte Feindlichkeit oder übertriebene Unterwerfung (Bird et al., 2018). Beide Reaktionsmuster können die psychotherapeutische Beziehung stark belasten und zu ungünstigen Entwicklungen in der Therapie führen. Die ablehnende Entfremdung kann auch bei dem/r TherapeutIn Ablehnung auslösen und dadurch die Erwartungen von PatientInnen bezüglich ständiger Ablehnung bestätigen. Die übertriebene Unterwerfung von PatientInnen kann TherapeutInnen ermutigen, ihr Verhalten in dem Sinne komplementär zu gestalten, dass sie mehr Verantwortung für die therapeutische Beziehung übernehmen und dadurch die niedrige Selbstwirksamkeitserwartung des/r PatientIn verstärken (Constantino et al., 2008; McCullough, 2000).

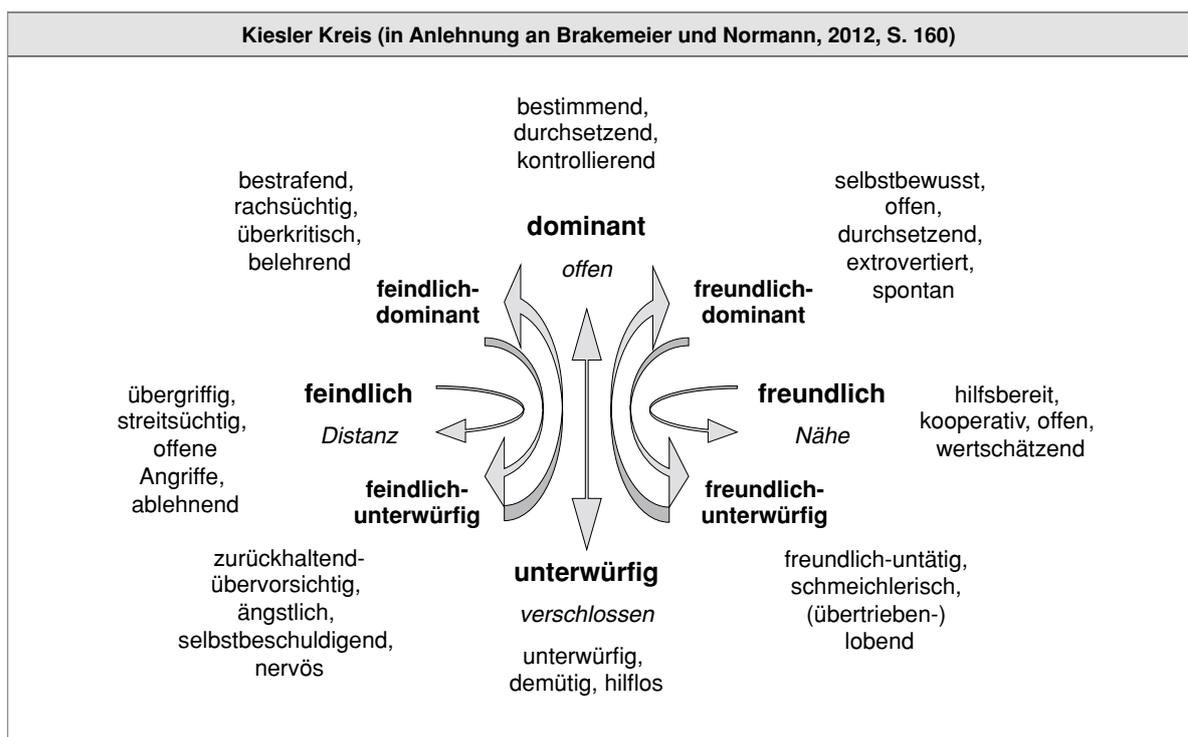


Abbildung 1: Der Kiesler-Kreis aus Klein und Belz, 2014 in Anlehnung an Brakemeier und Normann, 2012, S. 160 (mit freundlicher Genehmigung vom Hogrefe Verlag)

Die von Skinner definierten negativen Verstärker (durch eine bestimmte Handlung vermiedene negative Konsequenzen; Skinner, 1953) haben eine wichtige Motivierungsfunktion bei Psychotherapie. PatientInnen mit chronischer Depression fällt es aber besonders schwer, den Zusammenhang zwischen dem Verhalten und dessen Konsequenzen nachvollziehen zu können und sie sind dementsprechend am Anfang der Therapie weniger motiviert für eine Verhaltensänderung. Dieses Phänomen ist als Wahrnehmungsentkoppelung beschrieben und kann auf die ungünstigen frühkindlichen Bedingungen zurückgeführt werden. Die Entkoppelung der Wahrnehmung von der Umwelt ist auch eine Konsequenz des aktuellen sozialen Rückzugs und führt mit der Zeit zu einer kognitiv-emotionalen Abkapselung der Betroffenen von der Umwelt. Es ist ein besonders wichtiges Ziel in CBASP, die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu verstehen und die negativen Folgen durch eine Verhaltensänderung zu verringern (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

Was es besonders schwer macht, einen Zusammenhang zwischen dem Verhalten und dessen Konsequenzen zu ziehen, sind die Beeinträchtigungen des logischen Denkens, die ebenfalls auf die ungünstigen frühkindlichen Familienbedingungen zurückzuführen sind. Angelehnt an Piagets Theorie (1981) sind nach dem CBASP Konzept die Schwierigkeiten bei chronischer Depression darauf zurückzuführen, dass diese PatientInnen im interpersonellen Kontext eher präoperational denken (Kühnen et al., 2011). Nach Piaget (1981) ist das Denken mit der perzeptuellen Wahrnehmung verbunden und dadurch begrenzt. Die Betroffenen sehen die Gegenwart durch die Brille ihrer in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen. Sie sind weniger in der Lage, Rückmeldungen zu verinnerlichen und Schlussfolgerungen für die Zukunft zu ziehen.

Angelehnt an Banduras Konzept vom sozialen Modell-Lernen (Bandura, 1977) ist es in CBASP vorgesehen, dass die TherapeutInnen sich als Verhaltensmodelle darstellen. Es wird empfohlen, dass sie durch das kontrollierte persönliche Sich-Einlassen oder die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung offen mit persönlichen Gefühlen, Haltungen und Reaktionen auf die PatientInnen eingehen. Die therapeutische Beziehung wird als einzigartige Möglichkeit gesehen, eine neue interpersonelle Realität zu vermitteln und auf die maladaptiven Verhaltensweisen korrektiv einzuwirken (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

### **Indikationen und Kontraindikationen**

CBASP ist überwiegend für die ambulante Einzeltherapie bei PatientInnen mit chronischer Depression, auch mit frühkindlicher Belastung in der Vorgeschichte, indiziert, aber die Anwendung im Gruppen- (Michalak, Probst, Heidenreich, Bissantz & Schramm, 2016; Sabaß et al., 2017; Schramm, Brakemaier, & Fangmaier, 2012) sowie im stationären Setting (Brakemaier et al., 2015) sind auch bekannt. Bei episodischer Major Depression scheint aber KVT (kognitive Verhaltenstherapie) weiterhin effektiver als CBASP zu sein, besonders, wenn die klassische KVT-

Methode entweder mit sportlichen Aktivitäten oder mit achtsamkeits-basierten Verfahren ergänzt wird (Rief, Bleichhardt, Dannehl, Euteneuer & Wambach, 2018). Der Grund dafür ist vermutlich, dass für PatientInnen mit einer episodischen Depression die aktuellen Konflikte, Stressfaktoren und Denkinhalte im Vordergrund stehen und diese PatientInnengruppe daher mehr von den KVT-Interventionen profitiert, welche mehr Bezug zur Gegenwart haben als CBASP-Techniken (Rief et al., 2018). Vorsicht ist geboten bei PatientInnen mit posttraumatischer Belastungsstörung, Depression mit psychotischen Symptomen und bipolarer Störung (Belz, Caspar & Schramm, 2015). Mit bestimmten Modifikationen sind die CBASP-Strategien auch bei den mit der Depression komorbiden Störungsbildern, aber auch bei manchen von der Depression unabhängigen Störungsbildern gut anwendbar, vor allem bei Panikstörung, Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörungen (Belz et al., 2015).

### **Die Techniken von CBASP**

CBASP gliedert sich in drei Phasen (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015). In der ersten Phase wird die Anamnese erhoben, das Krankheitsmodell vermittelt und eine Liste prägender Personen erstellt. In der zweiten Phase erlernen die PatientInnen anhand von Situationsanalysen und der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die zwischenmenschlichen Situationen differenzierter wahrzunehmen, die Auswirkung des eigenen Verhaltens zu verstehen und sich aktiver einzubringen. In der dritten Phase liegen die Strategien der Phasenprophylaxe im Fokus. Im Folgenden werden die wichtigsten Techniken von CBASP näher beschrieben.

### **Die Liste prägender Bezugspersonen**

Die Liste prägender Bezugspersonen wird mit dem Ziel generiert, eine Hypothese zu bilden, welche Beziehungserwartungen der/die PatientIn in die Therapie mitbringt. Die PatientInnen werden eingeladen, maximal sechs Personen aus ihrer Lebensgeschichte aufzulisten, von denen sie glauben, dass durch sie ihr Leben und ihre Persönlichkeit am stärksten (positiv oder negativ) beeinflusst wurde.

### **Übertragungshypothesen**

Anhand der Liste von prägenden Bezugspersonen werden die Übertragungshypothesen formuliert. In diesen geht es darum, wie die PatientInnen ihre Erwartungen und gewöhnlichen Reaktionen, die sie den prägenden Bezugspersonen gegenüber haben, auf den/die TherapeutIn übertragen. In CBASP wird auf die folgenden vier potentiell relevanten Bereiche eingegangen: 1. Nähe/Intimität, 2. Fehler/Versagen, 3. Emotionale Bedürftigkeit, 4. Negativer Affekt. Mit dem Einbezug der Liste von prägenden Bezugspersonen werden die Übertragungshypothesen mit dem/der PatientIn gemeinsam abgeleitet. Sie werden als „wenn-dann Sätze“ formuliert und beziehen sich auf die Befürchtungen, die die PatientInnen in den zwischenmenschlichen

Beziehungen, vor allem in der therapeutischen Beziehung haben, oder auf die sogenannten emotionalen Brennpunkte (hot spots), die während des Therapieprozesses auftauchen können. Im CBASP wird das Auftreten dieser Probleme von vornherein erwartet – diese Einstellung wird als ein proaktiver Umgang mit Übertragungsphänomenen bezeichnet (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

### Die interpersonelle Diskriminationsübung

Mit der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung sind grundsätzlich zwei Techniken verbunden: die interpersonelle Diskriminationsübung und die kontingente persönliche Reaktion der TherapeutInnen. Bei den emotionalen Brennpunkten kommt die interpersonelle Diskriminationsübung zum Einsatz. Im Rahmen dieser Technik werden PatientInnen aufgefordert, zwischen den negativen Reaktionen früherer Bezugspersonen und dem jetzigen positiven Verhalten des/r TherapeutIn zu unterscheiden. Zweck der interpersonellen Diskriminationsübung ist, die früheren negativen interpersonellen Erfahrungen zu revidieren. Durch diese Übung können die PatientInnen erkennen, dass sie im Rahmen der therapeutischen Beziehung nicht wieder verletzt werden (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

### Die kontingente persönliche Reaktion

Mithilfe der kontingenten persönlichen Reaktion der TherapeutInnen kann den PatientInnen deutlich gemacht werden, welche emotionale Auswirkung ihr Verhalten auf den/die TherapeutIn hat. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass der/die TherapeutIn seine/ihre persönlichen Reaktionen auf das problematische Verhalten preisgibt. Diese Selbstöffnungen werden auf vorsichtige und kontrollierte Art und Weise vermittelt und sollen immer im Zusammenhang mit dem Therapieziel stehen (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

### Die Situationsanalyse

Die Situationsanalyse ist eine der wichtigsten Techniken des CBASP, die ungefähr 75 Prozent der Zeit einnimmt. Ziel dabei ist, dass PatientInnen erlernen, wahrzunehmen, welche Reaktionen sie in anderen Menschen in ihrem Umfeld auslösen, und verstehen, wie der eigene Interaktionsstil ihre depressive Symptomatik aufrechterhält (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015). Die PatientInnen berichten über schwierige Situationen aus der Beobachterperspektive und versuchen realistische und erreichbare Ziele zu setzen. Die Aufgabe des/der TherapeutIn ist es, die PatientInnen aus der Beobachterrolle in die Teilnehmerrolle zu bringen, ihnen neue Fertigkeiten beizubringen oder ihre vorhandenen Fertigkeiten zu mobilisieren (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015). In der Erhebungsphase analysieren PatientInnen das problematische Verhalten in der interpersonellen Situation und in der Lösungsphase setzen sie Schritte, um die pathologischen Denk-, Verhaltens- und Beziehungsmuster zu ändern. Sie setzen sich mit den dysfunktionalen Mustern

solange auseinander, bis sich günstigere Verhaltensweisen etablieren (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015). Zu diesem Zweck wird eine handlungsbezogene Interpretation der Situation ausgearbeitet und PatientInnen können das zielführende Verhalten in kleinen Schritten mittels Verhaltensshapings (schrittweiser Aufbau und Optimierung von Verhaltensweisen) und Training von Fertigkeiten (z. B. Nein-sagen) erlernen. Als Folge werden die erwünschten Ergebnisse immer häufiger erreicht, was die Erkenntnis verstärkt, dass das eigene Verhalten vorhersehbare Konsequenzen hat. Infolgedessen kann sich die Hilf- und Hoffnungslosigkeit der PatientInnen auflösen. Der letzte Schritt ist, die neu gelernten Verhaltensmuster auf ähnliche Situationen zu übertragen oder generalisieren (McCullough, 2000; McCullough & Schramm, 2006; McCullough et al., 2015).

### Die Wirksamkeit von CBASP

Den Wirksamkeitsstudien nach kann CBASP wirksamer sein als interpersonelle Psychotherapie (Kriston, von Wolff, Westphal, Hölzel & Härter, 2014; Negt et al., 2016; Schramm et al., 2011), gleich wirksam wie Pharmakotherapie (Negt et al., 2016) und die beste Wirkung weist es bei chronischer Depression in Kombination mit Pharmakotherapie auf (Furukawa et al., 2018; Negt et al., 2016). Bei PatientInnen mit frühkindlichem Trauma wurde nachgewiesen, dass CBASP alleine signifikant wirksamer ist als nur medikamentöse Therapie und die Kombination der beiden nicht signifikant wirksamer als CBASP alleine (Nemeroff et al., 2003). Im Vergleich zur nichtspezifischen supportiven Psychotherapie (SP) zeigt sich bei PatientInnen mit chronischer Depression eine signifikant höhere Responderrate bei CBASP als Monotherapie nach einer intensiven Therapiephase von 24 Sitzungen innerhalb von 20 Wochen (Schramm et al., 2017). Gleichzeitig waren die PatientInnen in der CBASP-Gruppe zufriedener mit ihrer allgemeinen und mentalen Gesundheit als die in der SP-Gruppe (Schramm et al., 2017). Bezüglich der Remissionsraten und den selbst-berichteten Depressionswerten hat CBASP in einer kleinen Stichprobe von PatientInnen mit chronischer Depression auch die interpersonelle Psychotherapie (IPT) übertroffen (Schramm et al., 2011). CBASP war effektiver bei PatientInnen mit chronischer Depression und komorbiden Angststörungen (hauptsächlich mit sozialer Phobie) als bei denen mit ausschließlich chronischer Depression (Assmann et al., 2018). Was die spezifischen Wirkmechanismen von CBASP betrifft, scheinen sowohl die Situationsanalysen als auch die therapeutische Beziehung getrennt zur Symptomlinderung beizutragen (Santiago et al., 2005).

Es gibt Hinweise, dass die Länge der Therapie eine besondere Relevanz hat. Kocsis et al. (2009) fanden in ihrer groß angelegten REVAMP-Studie (Research Evaluating the Value of Augmenting Medication with Psychotherapy) nach 12 Wochen keinen Unterschied zwischen den Nonrespondern auf Pharmakotherapie, die augmentierend CBASP oder kurze supportive Psychotherapie erhielten, und denen, die ausschließlich weitere medikamentöse Behandlung bekommen haben. In einer Studie von Wiersma und KollegInnen (2014) war CBASP im

ambulantem Setting bei einer Behandlungsdauer von 8, 16 und 32 Wochen nicht wirksamer als die konventionelle Behandlung (treatment as usual, TAU), die 52-wöchige CBASP-Therapie war aber deutlich wirksamer als die TAU-Bedingung. Bei Michalak, Schultze, Heidenreich und Schramm (2015) hingegen war die Reduktion der depressiven Symptomatik in einer 8-wöchigen ambulanten Behandlung mit der Kombination von TAU und Gruppen-CBASP stärker als mit TAU alleine. Der Metaanalyse von Cuijpers und KollegInnen (2010) nach ist eine Dauer von zumindest 18 Wochen empfehlenswert, um die erwünschte Auswirkung zu erreichen.

Außer der Therapiedauer stellt vermutlich auch die Präferenz für medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung einen wichtigen Faktor dar (Negt et al., 2016; Furukawa et al., 2018). Aus der Studie von Steidtmann et al. (2012) geht hervor, dass PatientInnen mit einer Präferenz für medikamentöse Behandlung ihre Symptome eher auf biologische Gründe zurückführen, diejenigen mit Präferenz für eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie eher auf stressvolle Lebensereignisse. Die unterschiedlichen inneren Krankheitsmodelle können sich auch auf die Zufriedenheit mit der Therapie und folglich auch auf die Symptomreduktion auswirken (Steidtmann et al., 2012). Es gibt weitere Hinweise, dass PatientInnen, die auf eine medikamentöse Behandlung nicht ansprechen, auf eine ambulante CBASP-Behandlung (mit einer Responserate von 57 %) positiv reagieren (Schatzberg et al., 2005).

Es gibt wenige Studienergebnisse über die Nachhaltigkeit der therapeutischen Wirkung vom CBASP über eine längere Zeit. Einer aktuellen Studie nach konnte die erhöhte Wirksamkeit des CBASP im Vergleich zur supportiven Therapie zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr nach dem Therapieabschluss nicht mehr nachgewiesen werden (Schramm et al., 2019). Die AutorInnen unterstreichen mit diesem Ergebnis die Notwendigkeit von Therapieeinheiten, die der Aufrechterhaltung der Therapieergebnisse dienen (Schramm et al., 2019).

## Konklusion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es bei CBASP um einen psychotherapeutischen Ansatz geht, der ganz spezifisch auf eine besondere PatientInnenpopulation (mit früh beginnender chronischer Depression, mit Panik, sozialer Angst und Persönlichkeitsstörungen sowie mit traumatischer Vorgeschichte) ausgerichtet ist, bei der interpersonelle Probleme im Vordergrund stehen und die Einschätzung der Konsequenzen des eigenen Verhaltens eine besondere Schwierigkeit darstellt. Diese Therapiemethode ist besonders wirksam bei PatientInnen, die Psychotherapie entweder gegenüber der medikamentösen Behandlung bevorzugen oder gerne parallel zur medikamentösen Behandlung in Anspruch nehmen. Den Ergebnissen der Wirksamkeitsstudien nach ist eine längere Therapiedauer (über 4 bis 5 Monaten hinaus) empfehlenswert. Bis jetzt gibt es nur wenige Ergebnisse über die Langzeit-Effekte von CBASP, weitere Untersuchungen sind erforderlich.

## Literatur

- Akiskal, H. S. & McKinney, W. T. (1975). Overview of recent research in depression. Integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame. *Archives of General Psychiatry*, 32, 285-305.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> Ed.). Washington DC: Author.
- Assmann, N., Schramm, E., Kriston, L., Hautzinger, M., Härter, M., Schweiger, U. & Klein, J. P. (2018). Moderating effect of comorbid anxiety disorders on treatment outcome in a randomized controlled psychotherapy trial in early-onset persistently depressed outpatients. *Depression and Anxiety*, 35, 1001-1008.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Belz, M., Caspar, F. & Schramm, E. (2015). *Therapieren mit CBASP. Chronische Depression, Komorbiditäten und störungsübergreifender Einsatz*. München: Urban & Fischer.
- Bird, T., Tarsia, M. & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 93-101.
- Brakemeier, E. L. & Normann, C. (2012). *Praxisbuch CBASP. Behandlung chronischer Depression*. Weinheim: PVU/Beltz.
- Brakemeier, E.-L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., . . . Schramm, E. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: A pilot study on outcome and feasibility of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 51-56.
- Brinkmann, E., Glanert, S., Huppe, M., Moncada Garay, A. S., Tschepe, S., Schweiger, U. & Klein, J. P. (2019). Psychometric evaluation of a screening question for persistent depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 19, 119.
- Caspar, F. (2002). Das Impact Message Inventory von Kiesler. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauss (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 214-216). Weinheim: Beltz.
- Constantino, M. J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., . . . Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: profiles and therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 491-506.

- Cuijpers, P. A., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 51-62.
- Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Weitz, E. S., Cipriani, A., Keller, M. B., Kocsis, J.H., . . . Schramm, E. (2018). Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, drug or their combination for persistent depressive disorder: Personalizing the treatment choice using individual participant network metaregression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 87*, 140-153.
- Jobst, A., Brakemeier, E.-L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., . . . Padberg, F. (2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry, 33*, 18-36.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*, 185-214.
- Kiesler, D. J. (1987). Checklist of Psychotherapy Transactions – Revised and Checklist of Interpersonal Transactions – Revised. Richmond: Virginia Commonwealth University.
- Kiesler, D. J. & Auerbach, S. M. (2003). Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: the interpersonal circumplex. *Social Science & Medicine, 57*, 1707-1722.
- Kiesler, D. J. & Schmidt, J. A. (1993). *The Impact Message Inventory: Form IIA Octant Scale* Version. Redwood City, C: Mind Garden.
- Klein, J. P. & Belz, M. (2014). *Psychotherapie chronischer Depression. Praxisleitfaden CBASP*. Göttingen: Hogrefe.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., . . . Thase, M. E. (2008). Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: systematic assessment of 801 patients presenting for treatment. *Journal of Affective Disorders, 110*, 55-61.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., . . . Thase, M. E. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry, 66*, 1178-1188.
- Köhler, S., Chrysantou, S., Guhn, A. & Sterzer, P. (2018). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and Anxiety, 36*, 18-30.
- Kriston, L., von Wolff, A., Westphal, A., Hölzel, L. P. & Härter, M. (2014). Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorders: a network metaanalysis. *Depression and Anxiety, 8*, 621-630.
- Kühnen, T., Knappke, F., Otto, T., Friedrich, S., Klein, J. P., Kahl, K. G., . . . Schweiger U. (2011). Chronic Depression: Development and Evaluation of the Luebeck Questionnaire for Recording Preoperational Thinking (LQPT). *BMC Psychiatry, 11*, 199.

- Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Fiedler, G., Keller, W., Bahrke, U., Kallenbach, L., . . . Beutel, M. (2019). Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: A controlled trial with preferential and randomized allocation. *Canadian Journal of Psychiatry*, *64*, 47-58.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J. P. & Schramm, E. (2006). *Psychotherapie der Schule. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CPASP*. München: Urban & Fischer.
- McCullough, J. P., Schramm, E. & Penberthy, K. (2015). *CBASP. Chronische depression effektiv behandeln. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Michalak, J., Probst, T., Heidenreich, T., Bissantz, N. & Schramm, E. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy and a group version of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: follow-up data of a randomized controlled trial and the moderating role of childhood adversities. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*, 378-380.
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*, 951-963.
- Murphy, J. A. & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *139*, 172–180.
- Negt, P., Brakemeier, E. L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S. & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, *6*, e00486.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., . . . Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, *100*, 14293-14296.
- Piaget, J. (1981). *Intelligence and affectivity: Their relationships during child development*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Rief, W., Bleichhardt, G., Dannehl, K., Euteneuer, F. & Wambach, K. (2018). Comparing the efficacy of CBASP with two versions of CBT for depression in a routine care center: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*, 164-178.

- Sabaß, L., Padberg, F., Normann, C., Engel, V., Konrad, C., Helmle, K., . . . Brakemeier, E. L. (2017). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as group psychotherapy for chronically depressed inpatients: A naturalistic multicenter feasibility trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268, 783-796.
- Santiago, N. J., Klein, D. N., Vivian, D., Arnow, B. A., Blalock, J. A., Kocsis, J. H., . . . Keller, M. B. (2005). The therapeutic alliance and CBASP-specific skill acquisition in the treatment of chronic depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 803-817.
- Schatzberg, A. F., Rush, A. J., Arnow, B. A., Banks, P. L., Blalock, J. A., Borian, F.E. . . . Keller, M. B. (2005). Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 62, 513-520.
- Schramm, E. (2016). Chronische und therapieresistente Depressionen. Psychotherapie chronischer Depressionen. In: U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.): *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art*. München: Urban & Fischer, S. 187-195.
- Schramm, E., Brakemeier, E.-L. & Fangmeier, R. (2012). *CBASP in der Gruppe. Das Kurzmanual*. Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E., Kriston, L., Elsaesser, M., Fangmeier, T., Meister, R., Bausch, P., . . . Härter, M. (2019). Two-year follow-up after treatment with the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for early-onset chronic depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88, 154-164.
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., . . . Härter, M. (2017). The effect of disorder-specific vs. nonspecific psychotherapy for chronic depression. A randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 233-242.
- Schramm, E., Zobel, I., Dykieriek, P., Kech, S., Brakemeier, E.-L. Külz, A. & Berger, M. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 109-116.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.
- Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., . . . Kocsis, J. H. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression. *Depression and Anxiety*, 29, 896-905.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G. F. M., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T. F. & Penninx, B. W. J. H. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 983-989.
- Wiersma, J. E., Van Schaik, D. J. F., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R., . . . Van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 263-269.

### Angaben zu den Autorinnen

**Dr.<sup>in</sup> Krisztina Kocsis-Bogár**, Psychologin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision (Verhaltenstherapie), tätig als Universitätsassistentin Post Doc an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien, ehem. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

**Korrespondenzadresse:**

Krisztina Kocsis-Bogár

Spitalgasse 23

1090 Wien

[krisztina.kocsis-bogar@meduniwien.ac.at](mailto:krisztina.kocsis-bogar@meduniwien.ac.at)

**Mag.<sup>a</sup> Sabine Fiegl, BA**, Psychologin, Gesundheitspsychologin, Wirtschaftspsychologin, Mediatorin, tätig als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

**Kontakt:**

[sabine.fiegl@donau-uni.ac.at](mailto:sabine.fiegl@donau-uni.ac.at)

### Zitationsempfehlung

Kocsis-Bogár, K. & Fiegl, S. (2019). Cognitive Behaviour Analysis System of Psychotherapy (CBASP) bei chronischer Depression. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 7. S. 12-25. Zugriff am 15.11.2019. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>