

Einleitung

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) erfährt in den letzten 20 Jahren – besonders im deutschsprachigen Raum – sowohl von Seiten der klinisch-psychotherapeutischen als auch der wissenschaftlich arbeitenden Kollegen zunehmende Beachtung. Man könnte sagen: und das, obwohl CBASP für die Behandlung *nur* einer Subgruppe einer psychischen Störung, nämlich der chronischen Depression (bzw. der aktuell gültigen DSM-5 Nomenklatur entsprechend »Persistierende Depressive Störung«), entwickelt wurde. Was macht CBASP so attraktiv? Mit CBASP ist sicherlich die Hoffnung verbunden, einer Gruppe von Patienten, die zumeist verschiedene Behandlungen ohne deutlichen und andauernden Erfolg durchlaufen hat, doch noch helfen zu können. Diese Hoffnung speist sich in der klinischen Anwendung recht schnell durch den Eindruck, mit CBASP Interventionen anbieten zu können, die die zumeist therapieerfahrenen Betroffenen noch nicht kennen und in sehr vielen Fällen tatsächlich zu Veränderungen im Verhalten und Erleben führen.

CBASP erscheint aber auch attraktiv, da im Zuge einer über Jahrzehnten andauernden Vorgehensoptimierung Konzepte und Interventionsstrategien verschiedener Therapieschulen in einen kohärenten Ansatz integriert worden sind. Die Integration findet zum einen auf der Ebene des Störungsmodells statt. Hier werden Ansätze aus der Sozialen Lerntheorie (Bandura 1977), der interpersonellen Theorie (Kiesler 1996), der kognitiven Entwicklungstheorie (Piaget 1995) und der operanten Lerntheorie (Skinner 1953) in überzeugender Weise miteinander verknüpft und zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen Depression fruchtbar gemacht. Zum anderen hat McCullough, auf diesem Modell aufbauend, Interventionen entwickelt, die – basierend auf der Verhaltenstherapie – Konzepte aus psychodynamischen und interpersonel-

len Therapieansätzen integriert und insbesondere in Bezug auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung neue Wege geht. Dass der Therapeut – vom Störungsmodell abgeleitet – unter klar umschriebenen Bedingungen die therapeutische Beziehung durch Selbstöffnungen persönlich gestaltet, stellt dabei zugleich eine Innovation und Herausforderung dar.

CBASP wird in dem vorliegenden Buch detailliert vorgestellt. Dabei wird versucht, dem Anspruch eines »Scientist-Practitioner-Modells« nahe-zukommen, indem einerseits die klinische Anwenderperspektive – durch eine ausführliche Beschreibung der Störungsannahmen und der Interventionsstrategien praxisnah und mit einem ausführlichen Fallbeispiel untermauert – eingenommen wird. Modifikationen der Interventionsstrategien, wie sie zwischenzeitlich in einer Reihe von Publikationen beschrieben sind, werden dabei berücksichtigt. Andererseits wird die aktuelle Forschungsliteratur, dem kritischen Blick des Wissenschaftlers entsprechend, zur Überprüfung der Störungsannahmen und der Wirksamkeit von CBASP zusammengetragen.

Um diesem Ziel gerecht zu werden, widmet sich das vorliegende Buch – der Gliederung der Reihe »Psychotherapie kompakt« verpflichtet – in den ersten beiden Kapiteln zunächst der Entwicklungsgeschichte von CBASP (► Kap. 1) und danach der konzeptuellen Einordnung des Verfahrens in den Kanon der bekannten Therapiemodelle (► Kap. 2). Im Kapitel »Wissenschaftliche Grundlagen« wird kurz auf die klinische Relevanz chronischer Verlaufsformen der Depression eingegangen und dann das Störungsmodell, das CBASP zugrunde liegt, beschrieben (► Kap. 3). Die kritische Darstellung der aktuellen Forschungsliteratur in Bezug auf die Frage, ob und welche der Annahmen zum CBASP-Störungsmodell einer empirischen Prüfung standhalten, schließt dieses Kapitel ab. Im folgenden Kapitel werden die Grundlagen und Instrumente zur kategorialen und dimensional Diagnostik der chronischen Depression sowie weitere Fragebogen zur systematischen Erfassung relevanter Konzepte im CBASP beschrieben (► Kap. 4).

Das zentrale Kapitel zum Kennenlernen des therapeutischen Vorgehens und der CBASP-spezifischen Interventionsstrategien ist sicherlich »Kern-elemente der Therapie« (► Kap. 5). Hier wird ausführlich und anschaulich in die CBASP-Strategien wie z. B. die Situationsanalyse eingeführt, die Ziele der jeweiligen Strategien herausgearbeitet und das konkrete Vorgehen

beschrieben. Es werden dabei auch Entwicklungen und Modifikationen der einzelnen Strategien, wie sie sich in den letzten Jahren ergeben haben, berücksichtigt. Die Anschaulichkeit der Darstellung des therapeutischen Vorgehens soll weiter dadurch erhöht werden, dass sich ein eigenes Kapitel der Beschreibung einer CBASP-Behandlung im Sinne eines Fallbeispiels widmet (► Kap. 6). Damit kann konkret nachvollzogen werden, was z. B. die Liste der prägenden Bezugspersonen in der Anwendung bedeutet oder wie eine Situationsanalyse konkret durchgeführt wird.

Kürzere Kapitel widmen sich dem Hauptanwendungsgebiet (► Kap. 7), der institutionellen Verankerung (► Kap. 11) sowie Informationen zu Fortbildungsmöglichkeiten in CBASP (► Kap. 12).

Ausführlicher wird auf die in den letzten zehn Jahren entwickelten Settingerweiterungen eingegangen (► Kap. 8). Denn für CBASP liegen für den deutschsprachigen Raum zwischenzeitlich ein Gruppentherapiemanual und die Ausarbeitung eines stationären Behandlungskonzepts vor. Beide Ansätze werden detaillierter beschrieben.

Obwohl im Kapitel »Kernelemente der Therapie« bereits CBASP-spezifische Interventionsstrategien beschrieben werden, die sich die therapeutische Beziehung zu Nutze machen – wie z. B. die Interpersonelle Diskriminationsübung – wird der therapeutischen Beziehung ein weiteres Kapitel gewidmet (► Kap. 9).

Besondere Bedeutung kommt schließlich dem Kapitel »Wissenschaftliche und klinische Evidenz« zu (► Kap. 10). Eine rege Forschungsaktivität zur Überprüfung der Wirksamkeit von CBASP hat in den letzten Jahren zu einer Reihe diesbezüglicher Publikationen geführt. Das Kapitel stellt sich dem Anspruch, die Befundlage im Sinne eines narrativen Reviews kritisch zusammenzufassen.

Insgesamt wird somit dem Anspruch der Psychotherapiereihe Rechnung getragen, einerseits das psychotherapeutische Vorgehen einhergehend mit der Darstellung der zentralen Interventionsstrategien für den Kliniker anschaulich zu beschreiben. Andererseits kann sich der interessierte Wissenschaftler über den aktuellen Stand der Forschung zu den CBASP-Störungsannahmen und der Wirksamkeitsprüfung des Verfahrens informieren. Ein Cross-over – Forscher rezipiert das konkrete psychotherapeutische Vorgehen und Kliniker die aktuellen Forschungsergebnisse – ist natürlich auch möglich ☺!

1 Entwicklungsgeschichte des CBASP

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) wurde von James P. McCullough, Jr., einem US-amerikanischen Professor für Psychologie und Psychiatrie, entwickelt. McCullough begann in den 1970er Jahren mit der Behandlung chronisch-depressiver Patienten. Sein theoretischer und klinischer Hintergrund waren zu diesem Zeitpunkt die Lerntheorien sensu Pawlow und Skinner und die darauf aufbauende Verhaltenstherapie. Gemeinsam mit William F. Doverspike, einem seiner Doktoranden, entwickelte er ein spezifisches Behandlungsprogramm für Patienten, die chronisch depressiv waren. Wie McCullough später mitteilte, war es Doverspike, der dem Vorgehen den Namen CBASP gab (McCullough et al. 2015). Einem wissenschaftlich basierten Vorgehen verpflichtet, hat McCullough früh begonnen, seine Therapiemodifikationen systematisch zu evaluieren. In diesem Sinne enthält die erste Veröffentlichung, in der CBASP der Fachöffentlichkeit vorgestellt wurde, nicht nur eine kurze Beschreibung des psychotherapeutischen Vorgehens, sondern auch eine wissenschaftlich fundierte Evaluation von vier Einzelfällen (McCullough 1984).

Seine klinischen und wissenschaftlichen Interessen sind sehr stark auf die dysthyme Störung fokussiert. Er stellt diese – etwas gegen den Trend der Zeit, bei dem die kognitive (vor allem sensu Beck und Ellis) und behaviorale (sensu Lewinsohn) Sicht dominieren – in Anlehnung an Coyne (1976) explizit in einen interpersonellen Kontext: »dysthymic disorder is viewed as both an intrapersonal and interactional disorder« (McCullough 1984, S. 237). Vor dem Hintergrund dieser interaktionellen Sichtweise formuliert McCullough die für das CBASP zentrale Annahme, dass Patienten mit einer Dysthymie sich im Allgemeinen nicht über die »interactional relatedness to the enviroment« (McCullough 1984, S. 237)

bewusst seien. Weiter schreibt er in lerntheoretischer Terminologie, dass dysthyme Patienten sich ihrer »stimulus values« nicht klar seien und nicht sähen, dass sie negative Reaktionen ihres Umfeldes mit hervorriefen. Hierfür prägt er den Begriff der »perceived functionality« (S. 247), an der es zu Beginn einer Behandlung dysthymen Patienten in aller Regel mangelt.

CBASP gliedert sich in dieser ersten Publikation in drei Behandlungsphasen. Die erste Phase (A), in der das therapeutische Verhalten vor allem durch nicht-direktive Interventionen gekennzeichnet ist, dient der Erhebung von Basisdaten zu den Problemen des jeweiligen Patienten. In der zweiten, zentralen Phase (B) der Behandlung werden konkrete Situationen des Patienten mit Hilfe der Situationsanalyse bearbeitet. Die Beschreibung der speziell von McCullough entwickelten Situationsanalyse ähnelt schon sehr der aktuell im Rahmen des CBASP eingesetzten Technik, auch wenn sich seitdem vereinzelt Änderungen und Ausdifferenzierungen in der weiteren CBASP-Entwicklung ergeben haben (► Kap. 5.4). In der abschließenden Phase (C) können die in Phase B herausgearbeiteten Defizite bezüglich dysfunktionaler Gedanken und interpersonellen Verhaltens mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie bearbeitet werden (McCullough 1984). Aus heutiger Sicht ist darüber hinaus interessant, dass McCullough 1984 noch überhaupt keinen Bezug zu der Interpersonellen Theorie und Autoren wie beispielsweise Donald J. Kiesler herstellt.

Dies ändert sich auch nicht in der zweiten Publikation (McCullough 1991), in der die systematisch evaluierte CBASP-Fallbehandlung von weiteren zehn Patienten mit der Diagnose Dysthymia beschrieben wird. Bereits zu diesem Zeitpunkt hat McCullough 125 chronisch depressive Patienten mit CBASP behandelt. Nach wie vor stellt die Situationsanalyse den Kern der Behandlung dar und McCullough verankert sein Vorgehen in der kognitiven Verhaltenstherapie: »The goal of the present paper was to present and discuss data concerning a cognitive behavior psychotherapy approach for the treatment of dysthymia« (McCullough 1991, S. 735; Übersetzung des Verfassers: »Das Ziel der vorliegenden Publikation ist es, Daten, die im Zuge einer Behandlung der Dysthymie mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz erhoben wurden, vorzustellen und zu diskutieren.«).

Merke:

CBASP wurde von James P. McCullough zur psychotherapeutischen Behandlung chronischer Depressionsformen entwickelt. Der Ansatz ist in der Kognitiven Verhaltenstherapie verwurzelt, basiert jedoch von Anfang an auf einem interaktionellen Verständnis der Depressionsentstehung und -aufrechterhaltung.

Nationale und internationale Aufmerksamkeit durch die Fachöffentlichkeit erhält CBASP dann durch die Publikation der Ergebnisse eines Wirksamkeitsvergleichs mit einem Antidepressivum (Keller et al. 2000; ► Kap. 10). Es handelt sich um eine groß angelegte Studie, in die 681 Patienten mit einer chronischen Depression eingeschlossen und die hochrangig im New England Journal of Medicine publiziert werden konnte. CBASP stellt sich dabei als gleich wirksam wie das geprüfte Medikament heraus. In Kombination mit dem Antidepressivum erzielt CBASP eine noch größere Wirksamkeit. Im Vergleich zu den o.g. Publikationen werden in der »Keller-Studie« (oder auch Bristol-Myers Squibb (BMS)-Studie, da sie von der Pharmafirma Bristol-Myers Squibb gesponsert wird) nicht nur Patienten mit der Diagnose einer Dysthymia eingeschlossen, sondern es wird eine breitere Definition der chronischen Depression als Basis für die Einschlusskriterien gewählt. Es werden Patienten mit der Diagnose einer chronischen Major Depressiven Störung nach DSM-IV (APA 1994) eingeschlossen, bei der somit unterschiedliche Verlaufstypen der chronischen Depression berücksichtigt werden können. Gemeinsam ist diesen Verlaufstypen, dass die Symptomatik sich mindestens über die letzten zwei Jahre vor Diagnosestellung hinziehen muss (► Kap. 4.1). Die breitere Definition bringt mit sich, dass – im Vergleich zu den o.g. Einzelfallberichten von McCullough (1984, 1991) – von der Symptomschwere her nun auch depressivere Patienten mit CBASP und/oder dem Antidepressivum behandelt werden.

Die »Keller-Studie« führt zu einer Reihe weiterer Publikationen und damit einhergehender Erkenntnisse, die sich auf die Weiterentwicklung von CBASP auswirken. Die wohl wichtigste Veröffentlichung in diesem Kontext stammt von Nemeroff et al. (2003), in der gezeigt wird, dass

chronisch depressive Patienten mit einer frühen Traumatisierung mit CBASP alleine, also ohne zusätzliche Gabe des antidepressiven Medikaments, nahezu genauso wirksam behandelt werden können, wie Patienten in der Kombinationsbedingung. Darüber hinaus zeigt sich, dass früh traumatisierte Patienten (z. B. Verlust eines Elternteils vor dem 15. Lebensjahr oder Opfer körperlicher Gewalt) von der Psychotherapie mit CBASP signifikant mehr profitieren als Patienten, die ausschließlich mit dem Antidepressivum behandelt werden.

Wie McCullough in dem nahezu zeitgleich zur »Keller-Studie« publizierten CBASP-Therapiemanual ausführlich, ist die Studie aber nicht nur wegen der Mut machenden Ergebnisse für CBASP von Bedeutung, sondern auch für die Ausbildung weiterer CBASP-Therapeuten und damit für die Verbreitung von CBASP im Versorgungssystem (McCullough 2000). Bis zum Beginn der »Keller-Studie« wird CBASP von McCullough selbst und wenigen seiner Assistenten zur Anwendung gebracht. Im Rahmen der Vorbereitungen der Studie werden dann erstmals über 80 Studientherapeuten und mehrere Supervisoren, die aus den insgesamt zwölf an der Studie beteiligten Forschungszentren der USA kommen, in CBASP qualifiziert.

International und damit auch in Deutschland rückt CBASP durch die Veröffentlichung der »Keller-Studie« in den Fokus der Aufmerksamkeit von Forschern und Klinikern. In Deutschland sind es die Universitätspsychiatrien in Freiburg und Lübeck, die zuerst auf CBASP aufmerksam werden und McCullough einladen, damit er seinen Ansatz präsentieren kann. McCullough führt einen ersten Workshop durch und kann mit seinem Ansatz begeistern. Unter Federführung von Frau Elisabeth Schramm wird das 2000 publizierte Therapiemanual in die deutsche Sprache übersetzt (McCullough 2006b). Damit ist der Weg geebnet, das Therapieverfahren einer umfassenderen deutschsprachigen Therapeutenschaft nahezubringen. Nicht nur in Deutschland, sondern vor allem in der Schweiz wird CBASP zunehmend zur Kenntnis genommen. Therapeuten lassen sich – zunächst zumeist in von McCullough selbst geleiteten Workshops, später in von Therapeuten, die direkt von ihm ausgebildet werden – in CBASP fortbilden und bringen das Verfahren bei chronisch depressiven Patienten zur Anwendung.

Auch in Europa sind es letztlich wissenschaftliche Studien, die zur Qualifizierung einer Vielzahl von CBASP-Therapeuten beitragen. Dies gilt

beispielsweise für die Niederlande (Wiersma et al. 2014), Großbritannien (Swan et al. 2014) und insbesondere Deutschland, wo ausgehend von der Universitätspsychiatrie in Freiburg mehrere Studien, in der speziellen Fragestellungen um CBASP und chronischer Depressionsformen nachgegangen wird, durchgeführt werden (z. B. Schramm et al. 2011, 2017; ► Kap. 3 und ► Kap. 10).

Ein weiterer wichtiger Schritt für die Entwicklung und Verbreitung von CBASP – vor allem im deutschsprachigen Raum – ist die Gründung des CBASP-Netzwerk e.V. im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung in Münster 2008 (► Kap. 11), unter dessen Federführung nach wie vor regelmäßige CBASP-bezogene Veranstaltungen durchgeführt werden.

Neben diesen versorgungsrelevanten Entwicklungen kommt es nach den ersten beiden oben beschriebenen Publikationen (McCullough 1984,1991) auch zu inhaltlichen Weiterentwicklungen von CBASP. Die Rezeption der Interpersonellen Theorie und insbesondere der Arbeiten von Donald J. Kiesler (z. B. 1983) hat dazu geführt, dass eine strukturierte Erfassung des Einflusses der prägenden Bezugspersonen (im Original »significant others«) wesentlicher Bestandteil von CBASP geworden ist (McCullough 2000). Zudem empfiehlt McCullough von nun an, das von Kiesler entwickelte Impact Message Inventory (IMI, Kiesler und Schmidt 1993) systematisch bei der Therapieplanung einzusetzen. Darüber hinaus entwickelt und beschreibt McCullough weitere Interventionsmethoden, die es dem CBASP-Therapeuten innerhalb der therapeutischen Beziehung ermöglichen sollen, die »perceived functionality« der Patienten zu bearbeiten. Der »Kontingente Persönlichen Reaktion« (im Original »Contingent Personal Responsivity«), die im Rahmen einer diszipliniert persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung (im Original »Disciplined Personal Involvement«) realisiert wird, und der Interpersonellen Diskriminationsübung (»Interpersonal Discrimination Exercise«) widmet McCullough (2006a) eine eigene Buchpublikation.

CBASP wird von McCullough als Therapie im Einzelsetting entwickelt. Die beschriebene Verbreitung von CBASP führt darüber hinaus zu der Ausarbeitung zweier Manuale, die die Anwendung von CBASP im Gruppensetting beschreiben (Sayegh und Penberthy 2016, Schramm et al. 2012). Zudem wird an der Universitätspsychiatrie in Freiburg – speziell für die deutschsprachige Versorgungslandschaft, in der stationär

psychosomatische und psychiatrische Behandlungsangebote traditionell eine große Rolle spielen – von Brakemeier und Normann (2012) ein stationäres CBASP-Konzept entwickelt und evaluiert. Vor dem Hintergrund dieses multiprofessionell ausgerichteten Behandlungsansatzes haben eine Vielzahl von Kliniken – vor allem in Deutschland und in der Schweiz – CBASP-Spezialstationen zur Versorgung chronisch depressiver Patienten eingerichtet.

CBASP hat sich seit seinen Anfängen somit zu einem Behandlungsansatz zur Therapie chronischer Depressionen entwickelt, der im Einzel- und Gruppensetting sowie ambulant oder stationär angeboten wird und umfassend empirisch überprüft ist (► Kap. 10). Obwohl es im deutschsprachigen Raum mittlerweile eine Vielzahl qualifizierter CBASP-Therapeuten gibt (vgl. CBASP-Netzwerk e.V. 2020), ist eine flächendeckende ambulante Versorgung jedoch noch nicht gesichert.

James P. McCullough hat CBASP von Anfang an explizit als Behandlungsmethode zur Psychotherapie der chronischen Depression, anfänglich sogar eingeschränkt auf die Dysthymie, beschrieben. Zudem hat er sich in seinem weiteren wissenschaftlichen Werk intensiv der Erforschung der Psychopathologie und diagnostischer Fragen der Dysthymie gewidmet (z. B. McCullough et al. 2000). Woher kommt die Motivation, die eigene klinische, psychotherapeutische und wissenschaftliche Karriere so ausschließlich auf ein Störungsbild zu fokussieren? In einem sehr persönlichen Vortrag zu seiner Emeritierung an der Virginia Commonwealth University im April 2017 berichtet McCullough, wie seine Lebenserfahrungen zu der Entwicklung seiner chronischen Depression beigetragen und wie diese Erfahrungen die Konzeptualisierung von CBASP mit beeinflusst haben. Die Entwicklung von CBASP vor dem Hintergrund der eigenen Lebenserfahrungen hat McCullough auch als Buch veröffentlicht (2019). Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Bemühungen von McCullough, sein psychotherapeutisches Vorgehen von Anfang an wissenschaftlich zu fundieren, wäre es sicherlich zu kurz gegriffen, die Entwicklung von CBASP auf seine persönlichen Lebenserfahrungen zu reduzieren. Ohne diese Erfahrungen hätte die Motivation womöglich aber nicht ausgereicht, um ein solches Projekt in Gang zu bringen und über Jahrzehnte hinweg weiter zu entwickeln.

2 Verwandtschaft mit anderen Verfahren

Öst (2008) sowie Heidenreich und Michalak (2013) haben CBASP im Zuge der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie genannt. Sie stimmen damit mit der Einordnung des CBASP als eine Form der Verhaltenstherapie überein – entsprechend den ersten Publikationen von McCullough (1984, 1991). Auch McCullough (2010) selbst listet CBASP unter anderen »dritte Welle«-Therapieverfahren auf, auch wenn er dem von Steven Hayes (2004) eingeführten Begriff der dritten Welle die Benennung der Therapieverfahren als »dritte Generation« zur Seite stellt und damit auf das eher zeitgleiche Erscheinen der Therapieverfahren hinweist. McCullough sieht als Gemeinsamkeit der neuen KVT-Verfahren, dass sie eben keine gemeinsame Rahmenkonzeption oder Theorie aufweisen: »With no organizing center or common conceptual thread, the various third generation therapy models don't fit comfortably in any unitary conceptual relationship« (McCullough 2010, S. 171; Übersetzung des Verfassers: »Ohne ein organisierendes Zentrum oder ein gemeinsames konzeptuelles Kernthema lassen sich die verschiedenen dritte Welle-Therapiemodelle nicht einfach in eine einheitliche konzeptuelle Beziehung bringen.«). Die Gemeinsamkeiten von CBASP zu anderen KVT-Verfahren der dritten Generation wie Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Dialectical Behavior Therapy (DBT) und Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), bei denen Konzepte wie Achtsamkeit und Akzeptanz sowie meditative Techniken eine besondere Bedeutung gewonnen haben, sind auch auf der Ebene der Therapietechniken (► Kap. 5) gering.

Vor dem Hintergrund der Entwicklungsgeschichte von CBASP ist die Ähnlichkeit bzw. Verwandtschaft zur KVT der ersten und zweiten Generation naheliegender. Bei CBASP steht eindeutig die Veränderung von Verhalten durch Lernprozesse im Vordergrund. Chronisch depressive