

Jan Philipp Klein, Valerija Sipos, Ulrich Schweiger

CBASP – störungsspezifische Techniken zur Verhaltenstherapie chronischer Depression

CBASP – disease-specific techniques for behavioral therapy of chronic depression

Zusammenfassung

Bis zu 50 % aller Patienten, die an einer Depression leiden, haben eine chronische Depression. Chronische Depressionen beginnen meist in der Kindheit und Jugend. Infolge von früher emotionaler Traumatisierung haben diese Patienten ein Defizit im Bereich interpersoneller Fähigkeiten. Sie bleiben im Sinne Piagets auf einem präoperatorischen Niveau ihrer Entwicklung stehen. Wir beschreiben ein standardisiertes Vorgehen zur Diagnose der chronischen Depression und spezifische verhaltenstherapeutische Techniken zu ihrer Behandlung. Das Ziel dieser Techniken ist es, die Wahrnehmung des Betroffenen wieder mit seiner Umgebung zu verknüpfen. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, die Folgen seines Verhaltens zu erkennen und es so in zwischenmenschlichen Situationen zielgerichtet einzusetzen, um gewünschte Ergebnisse zu erreichen (formal operatorisches Niveau). Dies lernen die Patienten zum einen in einem Training von interpersonellen Fertigkeiten mit Hilfe der Situationsanalyse und zum anderen durch die diszipliniert persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Die diszipliniert persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist bei chronisch depressiven Patienten die Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz anderer verhaltenstherapeutischer Techniken und wird daher in diesem Beitrag besonders vertieft.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie – chronische Depression – störungsorientierte Techniken – therapeutische Beziehung

Summary

Up to 50% of the patients suffering from depression are diagnosed as chronic. Chronic depression usually begins during childhood and adolescence. Due to early emotional trauma these patients develop deficits regarding interpersonal skills, persevering in the preoperational stage of the development process (Piaget). We describe a standardized procedure of diagnosing chronic depression and specific techniques for behavioral therapy. These techniques aim at connecting the patient perceptually with his environment, thus achieving formal operational functioning. The patient learns to recognize the consequences of his/her behavior and behave in a target-oriented manner in interpersonal situations. This is implemented by both an interpersonal skills training using a technique called situational analysis and disciplined personal involvement of the therapist. In chronic depression, personal involvement techniques are a prerequisite for the successful use of other behavioral techniques. Therefore, this article particularly emphasizes these techniques.

Keywords

behavioral therapy – chronic depression – disease-specific techniques – therapeutic relationship

■ Einleitung

In der kognitiven Verhaltenstherapie werden Depressionen als Störungen der Gedankeninhalte konzeptualisiert (Beck, 2008). Die KVT ist in der Behandlung und Rezidivprophylaxe episodischer Depression wirksam (Fava et al., 2004; Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; Hollon et al., 2005; Scott, 1996). Bis zu 50% aller Patienten, die an einer Depression leiden, haben jedoch eine chronische Depression (Kennedy, Abbott & Paykel, 2003; Kessler et al., 1994; Klein, Schwartz, Rose & Leader, 2000). In der Anwendung von KVT bei chronischer Depression sind die Behandlungsergebnisse oft

enttäuschend (Thase, Reynolds, Frank & Simons, 1994). Darüber hinaus gibt es wenige empirische Hinweise, dass Interventionen, die direkt auf die Veränderung des Gedankeninhalts zielen, die Effektivität von Psychotherapien erhöhen (Longmore & Worrell, 2007). Die klinische Erfahrung zeigt, dass chronisch Depressive erhebliche Defizite in ihrer interpersonellen Funktionsfähigkeit haben (Constantino et al., 2008). Diese sind möglicherweise Folge früher emotionaler Traumatisierung. Das von James McCullough entwickelte Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) bietet dem Behandelnden innovative Techniken, um die interpersonelle Funktionsfähigkeit der Betroffenen gezielt zu verbessern (McCullough, Jr., et al., 2000).

■ Diagnose chronischer Depression

Von einer chronischen Depression spricht man, wenn eine Depression zwei Jahre und länger dauert. Häufig beginnen chronische Depressionen bereits in der Kindheit und Jugend (Klein & Santiago, 2003). In der aktuellen Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals der American Psychiatric Association (DSM-IV; American Psychiatric Association & DSM-IV, 2000) gibt es keine einheitliche Kategorie der chronischen Depression. Es werden jedoch verschiedene Verlaufsformen beschrieben, die allgemein als chronische Depression bezeichnet werden:

1. Dysthymie (niedergedrückte Stimmung länger als zwei Jahre an den meisten Tagen und mindestens zwei weitere depressive Symptome)
2. Chronische depressive Episode (länger als 2 Jahre nahezu täglich, nahezu durchgehend niedergedrückte Stimmung und mindestens vier weitere depressive Symptome)
3. Depressive Episode (mindestens zwei Wochen Dauer der unter 2. genannten Symptome) nach vorangegangener Dysthymie (double depression)
4. Depressive Episode mit inkompletter Remission

Diese Unterformen der chronischen Depression unterscheiden sich in ihrem klinischen Bild und ihrem Verlauf jedoch nur wenig (McCullough, Jr., et al., 2000; McCullough, Jr., et al., 2003). Daher wird für die im Mai 2013 erwartete Neuauflage des DSM (DSM-V) die Einführung einer einheitlichen Kategorie „chronische Depression“ gefordert (American Psychiatric Association, 2010; McCullough, Jr., et al., 2003). Dabei wird eine Einteilung in „leichte“ und „mittelgradige bis schwere“ Unterformen diskutiert, denn der wichtigste Unterschied liegt in der unterschiedlichen Schwere der verschiedenen Formen. Hier trennen sich die klinisch ungünstiger verlaufende Doppeldepression und die chronische depressive Episode auf der einen Seite von der weniger beeinträchtigenden Dysthymie und Depression mit inkompletter Remission auf der anderen Seite (McCullough, Jr., et al., 2000).

Zur Diagnose einer chronischen Depression wird ein standardisiertes Vorgehen empfohlen. Zunächst sollte die gegenwärtige depressive Symptomatik erhoben werden: erfüllt der Betroffene gegenwärtig die Kriterien einer depressiven Episode beziehungsweise einer Dysthymie? Beim Vorliegen einer depressiven Episode wird geprüft, ob diese länger als zwei Jahre andauerte. Dann wird gefragt, wie lange sich der Patient in der gegenwärtigen Krankheitsphase befindet: Wie lange geht es Ihnen schon so wie jetzt? Systematisch wird dann der Verlauf der Erkrankung bis zu ihrem Beginn zurückverfolgt: Wann waren Sie zum ersten Mal depressiv? Vor dem 21. Lebensjahr (früher Beginn) oder danach? Wie viele depressive Episoden hatten Sie in Ihrem Leben? Wie ging es Ihnen zwischen den depressiven Episoden? Gab es einmal eine Zeit von acht Wochen oder länger, in denen Sie frei waren von depressiven Symptomen? Bei Vorliegen einer gegenwärtigen depressiven Episode wird erhoben, ob dieser eine Dysthymie vorangegangen ist.

■ Epidemiologie und Bedeutung chronischer Depression

Etwa 30 bis 50% derer, die an einer Depression leiden haben eine chronische Verlaufsform (Kennedy et al., 2003; Kessler et al., 1994; Klein et al., 2000). Wegen der im DSM-IV nicht vorhandenen Kategorie „chronische Depressionen“ fehlt diese Kategorie auch in den großen epidemiologischen Studien, beispielweise dem National Comorbidity Survey. Hier wurde jedoch eine Lebenszeitprävalenz der Dysstymie von 6% gefunden. Im Vergleich dazu ist die Lebenszeitprävalenz der Depression 17% (Kessler et al., 1994). 84% aller dysthymen Patienten entwickeln über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren eine depressive Episode (Klein, Shankman & Rose, 2006) und 15-20% aller depressiven Episoden dauern länger als zwei Jahre (Keller et al., 1992; Mueller et al., 1996). Im Vergleich zu episodisch depressiven Patienten leiden Patienten mit chronischer Depression häufiger an Persönlichkeitsstörungen (Anderson et al., 1996; Fava, 2003; Hayden & Klein, 2001). Am häufigsten treten komorbide Persönlichkeitsstörungen bei chronischen Depressionen mit frühem Beginn auf (Klein & Santiago, 2003; Ramklint & Ekselius, 2003). Auch Achse-I-Störungen, insbesondere Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit (25%) und Angststörungen (57%), treten bei Depressionen häufig auf. „Reine Depressionen“ sind hingegen selten (21%) (Melartin et al., 2002). Chronische Depressionen gehen einher mit höherer psychosozialer Funktionseinschränkung (Howland, 1993; Klein et al., 2000) und häufigeren Suizidversuchen (Klein et al., 1998, 2000) als episodische Depressionen. Da sie häufig bereits früh im Leben beginnen, machen chronische Depressionen einen erheblichen Teil des durch Depressionen entstandenen volkswirtschaftlichen Schadens aus (Greenberg et al., 2003; Sobocki, Jönsson, Angst & Rehnberg, 2006).

■ Störungsmodell chronischer Depression und dessen empirische Fundierung

Bei der Entwicklung des Störungsmodells chronischer Depressionen griff James McCullough zurück auf entwicklungspsychologische (Jean Piaget) und sozialpsychologische Modelle (Albert Bandura) (McCullough, 2000). Darüber hinaus basiert seine Fallkonzeptualisierung auf klassischen behavioralen Theorien (insbesondere Pawlow und Skinner) (McCullough, Jr., Lord, Conley & Martin, 2010), die er mit interpersonellen Theorien (Donald Kiesler) verknüpft und aus ihnen spezifische Techniken zur Behandlung chronischer Depression ableitet. McCullough konzeptualisiert chronische Depression als ein Defizit operatorischen Denkens im interpersonellen Bereich. Dieses ist nach seiner Beobachtung eine Folge von unbewältigter emotionaler Traumatisierung durch nahe Angehörige in Kindheit und Jugend. Kinder und Jugendliche fühlen sich in diesen emotional traumatisierenden Situationen hilflos und haben große Angst (klassische Konditionierung: zwischenmenschliche Begegnung → Angst). Ihre Kindheit ist eine Art Parcours, ohne dass es eine Möglichkeit gibt, den Hindernissen zu entkommen. So lernen sie früh, dass sie nur sicher sind, wenn sie zwischenmenschliche Situationen meiden (operante Konditionierung. Vermeidung →

Abnahme der Angst). Normales Wachstum und eine normale Entwicklung interpersoneller Fertigkeiten sind unter diesen Umständen unmöglich. Das Verhalten wird ausgerichtet auf das Überleben der traumatisierenden Umwelt, nicht auf eine normale, auf Wachstum gerichtete Entwicklung (McCullough, 2006). Kognitiv-emotional kapseln sich die Betroffenen zunehmend von ihrer Umgebung ab und lernen daher nicht, die Folgen ihres Verhaltens auf andere zu erkennen („Was immer ich mache, es wird sich ohnehin nichts ändern“). Sie sind entkoppelt von ihrer Umwelt, und die emotionale und kognitive Reifung bleibt auf einem präoperatorischen Niveau stehen.

Tatsächlich berichten Patienten mit chronischer Depression in zahlreichen Studien überdurchschnittlich häufig über ungünstige Entwicklungsbedingungen in der Kindheit (Chapman et al., 2004; Korkeila et al., 2005). In einer eigenen Studie fanden wir bei chronisch depressiven Patienten in erster Linie emotionalen Missbrauch und emotionale Vernachlässigung, weniger sexuellen und körperlichen Missbrauch (Klein, Heekeren, Bayartz, Scheibe & Colla, 2009). Diese Form der Traumatisierung wird auch als „minor trauma“ beschrieben. In einer weiteren Studie wiederum benannten chronisch depressive Patienten neben „minor trauma“ (z. B. Vernachlässigung – 10%) auch „major trauma“ wie körperlichen (43,5%) oder sexuellen Missbrauch (16,3%) (Nemeroff et al., 2003).

Im präoperatorischen Stadium der kognitiven Entwicklung nach Piaget sind Denken und Handeln in erster Linie durch kaum hinterfragte eigene Beurteilungen des situativen Kontextes bestimmt („Die Situation ist ausweglos, weil ich mich schlecht fühle“). Die Fähigkeit, unterschiedliche Situationen kognitiv unterschiedlich zu bewerten und die Handlungsplanung an den Konsequenzen des eigenen Verhaltens auszurichten, erwerben Kinder erst im formal operatorischen Stadium („Ich fühle mich schlecht, was kann ich machen, um das zu ändern?“). Präoperatives Denken und Handeln fasst nach McCullough gut zusammen, wie chronisch Depressive ihre Umwelt wahrnehmen (McCullough, 2006). Sie denken prälogisch und präkausal, sie ziehen Schlüsse aus ihrer Welt, ohne diese zu überprüfen. Sie haben Mentalisierungsdefizite, das heißt, sie gehen davon aus, dass ihre Gedanken und Gefühle universelle Gültigkeit besitzen. Gedanken und Gefühle anderer können sie kaum mental repräsentieren und sinnvoll in ihre Handlungsplanung integrieren. Piaget nennt das Egozentrismus und fehlende Empathie. Dies äußert sich auch in einer für chronisch Depressive charakteristischen Form der Beziehungsgestaltung. Diese kann beispielsweise auf der Grundlage des Interpersonal Message Inventory (IMI) im Kiesler Kreis abgebildet werden kann (Caspar, 2002; McCullough, 2007). McCullough beschreibt die Beziehungsgestaltung von chronisch depressiven Patienten vor allem als submissiv und feindselig. Diese Beobachtungen wurden in einer vergleichenden Studie bestätigt (Constantino et al., 2008).

James McCullough entwickelte seine Theorie vom präoperatorischen Denken und Handeln chronisch depressiver Patienten auf der Grundlage seiner langjährigen klinischen Erfahrung. Der jetzt entwickelte „Lübecker Fragebogen Präoperatorisches Denken“ stellt einen ersten Versuch dar, dieses Phänomen zu

objektivieren. Der Fragebogen erfasst in 22 Items Facetten des präoperatorischen Denkens wie prälogisches Denken, Egozentrismus, Fehlen von Empathie. Die Items gliedern sich in eine Beschreibung von Alltagssituationen, gekoppelt mit der Frage, wie der Patient gegenwärtig am ehesten in dieser Situation reagieren würde. Dieser Fragebogen ist in der Lage, zwischen chronisch depressiven, episodisch depressiven Patienten und Gesunden auf der Ebene des operatorischen Denkens zu unterscheiden. Chronisch depressive Patienten zeigten signifikant mehr präoperatorisches Denken als Gesunde. Episodisch depressive lagen zwischen diesen beiden Gruppen (Kühnen et al., 2011).

In einer anderen Studie wurde nur die Empathiefähigkeit erfasst, und zwar mit dem „movie for the assessment of social cognition“ (MASO). Dabei wird ein Film von vier jungen Leuten gezeigt, die gemeinsam einen Abend verbringen. Die Betrachter werden gebeten, die Emotionen und Intentionen der Akteure zu beschreiben. Chronisch depressive Patienten unterschieden sich in dieser Aufgabe nicht von gesunden Kontrollen, obwohl sie ihre Empathiefähigkeit subjektiv schlechter einschätzen (Wilbertz, Brakemeier, Zobel, Härter & Schramm, 2011). Zusammengefasst zeigen chronisch depressive Patienten offenbar wenig interpersonelle Defizite in Situationen, in die sie nicht persönlich involviert sind, sondern als distanzierter Beobachter Emotionen und Intentionen anderer beschreiben. In zwischenmenschlichen Situationen, in die sie persönlich involviert sind, ist ihre interpersonelle Funktionsfähigkeit – wie von James McCullough beobachtet – erheblich eingeschränkt.

■ Struktur und Ziele der Verhaltenstherapie chronischer Depression

Ziel der Verhaltenstherapie chronischer Depression ist es, diese interpersonellen Defizite durch die Vermittlung von formal operatorischem Denken zu überwinden. Im Verlauf der CBASP-Behandlung wird die Aufmerksamkeit der Patienten immer wieder weg von intrapsychischen Prozessen wie Ängsten und Befürchtungen auf die Konsequenzen ihres Verhaltens gelenkt (McCullough, 2000). Sie bewegen sich von einem präoperatorischen zu einem formal operatorischen Funktionsniveau, indem sie ihre Beobachterrolle aufgeben und aktive Teilnehmer in zwischenmenschlichen Situationen werden. Das Ziel von jeder verhaltenstherapeutischen Technik in der Behandlung chronischer Depression ist, die Wahrnehmung des Betroffenen wieder mit seiner Umgebung zu verknüpfen. Das bedeutet, dass der Patient in der Lage ist, interpersonelle Situationen realistisch einzuschätzen, die Folgen seines Verhaltens zu erkennen und so sein Verhalten zielgerichtet einzusetzen, um gewünschte Ergebnisse zu erreichen (wahrgenommene Funktionalität).

Enge zwischenmenschliche Begegnungen sind für chronisch depressive Patienten vor dem Hintergrund der frühen Traumatisierung ein Gefahrensignal. Diese zuzulassen wird daher von chronisch Depressiven möglichst vermieden. Das ist eine schlechte Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf der Psychotherapie. Die Beziehungsgestaltung bei der Verhaltenstherapie chronischer Depressionen muss daher berücksichti-

gen, dass zu Beginn der Behandlung auch der Therapeut als Gefahrensignal wahrgenommen wird. Er ist aufgrund des globalen präoperatorischen Denkens noch nicht in der Lage, zwischen missbräuchlichen Beziehungen und fürsorglichen Beziehungen zu unterscheiden. Die diszipliniert persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung schafft erst die Voraussetzung dafür, dass die Patienten in der Beziehung mit ihrem Therapeuten lernen, ihr Vermeidungsverhalten zu überwinden und effektiv mit anderen Menschen (innerhalb und außerhalb der therapeutischen Beziehung) zu interagieren. Der Behandler wird so vom Gefahrensignal zu einem sicheren Ort, an dem Reifung und Wachstum möglich ist. Von diesem sicheren Ort aus kann der Betroffene lernen, welche Konsequenzen sein Verhalten auf andere hat („Ich habe einen Einfluss darauf, welchen Weg mein Leben nimmt“), und so die Entkoppelung von der Umwelt überwinden. Mit Hilfe der Situationsanalyse lernt der Patient im Sinne eines Trainings von interpersonellen Fertigkeiten, welche Konsequenzen sein Verhalten im Alltag mit anderen Menschen hat und wie er sein Verhalten in diesen Situationen zielgerichtet einsetzen kann.

Die verhaltenstherapeutische Behandlung chronisch depressiver Patienten gliedert sich in zwei Phasen (McCullough, 2000). In der ersten Phase (etwa zwei bis vier Sitzungen) wird die Anamnese erhoben (am besten anhand eines Zeitstrahls) und anschließend eine Liste prägender Bezugspersonen erstellt. Die Liste prägender Bezugspersonen hat zum Ziel, ein genaues Bild von den Beziehungserwartungen des Patienten zu bekommen. Auf der Basis der Liste prägender Bezugspersonen wird eine Übertragungshypothese erstellt. In der zweiten Phase lernt der Patient anhand von Situationsanalysen, welche Konsequenzen sein Verhalten auf andere hat. Die Techniken der diszipliniert persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung gewinnen in dieser Phase der Behandlung immer dann an Bedeutung, wenn der Patient seinem Therapeuten gegenüber ein Verhalten zeigt, das ihm vor dem Hintergrund seiner Beziehungserwartung besonders schwerfällt („hot spot“). Chronisch depressive Patienten brauchen hier Anleitung, um zu erkennen, dass die Reaktion des Therapeuten nicht, wie von ihnen erwartet, eine missbräuchliche, sondern eine fürsorgliche ist. Techniken der diszipliniert persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung sind auch sehr hilfreich, wenn der Fortschritt der Behandlung durch therapieschädigendes Verhalten des Patienten ins Stocken gerät, zum Beispiel wenn problematische Verhaltensweisen die Arbeit an Situationsanalysen unmöglich oder unfruchtbar machen.

■ Diszipliniert persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Durch die diszipliniert persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung (disciplined personal involvement – McCullough, 2006; McCullough, Schweiger, Sipos, Klein & Demmert, 2011) stellt sich der Therapeut als Übungspartner zur Verfügung, mit dem der chronisch depressive Patient adaptive zwischenmenschliche Fertigkeiten lernen kann. Der diszipliniert persönlichen Gestaltung der therapeutischen

Beziehung dienen zwei Techniken: die interpersonelle Diskriminationsübung und die kontingente persönliche Reaktion des Therapeuten. Grundlage der diszipliniert persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist die Kenntnis der zwischenmenschlichen Traumatisierung des Patienten. Vor dem Hintergrund der präoperatorischen globalen Weltsicht erwarten die Patienten nämlich, dass sie in der therapeutischen Beziehung wieder emotional traumatisiert werden („Mir wird es hier genauso gehen wie sonst auch immer“). Chronisch depressive Patienten bringen also Beziehungserwartungen mit, die sie undiskriminiert auf alle anderen Beziehungen, auch auf therapeutische, übertragen.

Die Liste prägender Bezugspersonen hat zum Ziel, Hypothesen zu bilden, welche Beziehungserwartung der Patient mitbringt. Hier lernt der Therapeut, welche „Stolpersteine“ in den Beziehungen des Patienten immer wieder aufgetreten sind. Diese „Stolpersteine“ können auch die Therapie des chronisch depressiven Patienten gefährden, wenn sie nicht von Anfang an anerkannt und antizipiert werden, denn chronisch depressive Patienten erwarten, dass sie in der therapeutischen Beziehung genauso verletzt werden wie in allen anderen Beziehungen vorher auch („Ich wurde immer ausgelacht, wenn ich Fehler gemacht habe, das wird hier auch passieren“). Auf die Tatsache, dass sich der Therapeut anders verhält als verletzende prägende Bezugspersonen, muss der chronisch depressive Patient im Sinne eines geleiteten Entdeckens aufmerksam gemacht werden („Wie habe ich reagiert, als Sie einen Fehler gemacht haben?“). Die globale Weltsicht des präoperativ denkenden Patienten und die Entkoppelung seiner Wahrnehmung von der Umwelt verhindern, dass er dieses offensichtliche Faktum ohne Hilfe erkennt.

Prägende Bezugspersonen sind die wirklich wichtigen Menschen im Leben des Patienten, die „big player“. Die meisten Patienten nennen 4 bis 6 prägende Bezugspersonen. Die Eltern sollten bis auf sehr gut begründete Ausnahmen immer dabei sein. Denn die prägenden Bezugspersonen sind die Menschen, die das Leben des Patienten entscheidend beeinflusst haben, die ihren „Stempel“ oder ihre „Spur“ im Leben des Patienten hinterlassen haben. Dieser Stempel kann ein positiver oder ein negativer sein. Für jede prägende Bezugsperson wird dieser „Stempel“ bestimmt. Ausgehend von diesem Stempel macht der Patient die erste formal operatorische Übung: Er soll beschreiben, welche Auswirkungen dieser Stempel auf sein heutiges Leben hat (kausal theoretische Schlussfolgerung). Meistens wird schnell ein „roter Faden“ im Leben des Patienten erkennbar. Beispielsweise haben die Männer im Leben einer Anfang 40-jährigen Frau auf persönliche Informationen von ihr immer mit Spott und Abwertung reagiert: Der Vater las beim Abendbrot der Familie aus Briefen vor, die sie an ihren Freund geschrieben hatte, und machte abfällige Bemerkungen darüber; ihr Ex-Mann machte sich bei Treffen mit Freunden immer über ihre Depression lustig. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung hat die Patientin gelernt: Es ist gefährlich für mich, andere (insbesondere Männer) zu viel über mich wissen zu lassen. Infolgedessen hat sie sich zunehmend von anderen zurückgezogen und hält auch ihren jetzigen Partner auf Abstand, was die Beziehung sehr belastet.

Aus diesem Wissen wird eine Übertragungshypothese abgeleitet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Patienten in schwierigen Situationen vom Therapeuten ein Verhalten erwarten, dass sie von ihren prägenden Bezugspersonen bereits kennen. Die Übertragungshypothese benennt also die Beziehungserwartungen des Patienten angesichts der gemachten Erfahrungen. Die eben erwähnte Patientin befürchtete beispielsweise: „Wenn ich mich meinem Therapeuten gegenüber öffne, dann werde ich verspottet und abgewertet.“ Die Übertragungshypothese fällt meist in eines von vier Themen: (1) dem Therapeuten nahekomen (Intimität), (2) Ausdruck emotionaler Bedürfnisse, (3) Fehler in der Therapie machen und (4) dem Therapeuten gegenüber negative Gefühle empfinden und zum Ausdruck bringen.

Während der gesamten Behandlung wird auf der Grundlage dieser Übertragungshypothese immer wieder eine als Interpersonelle Diskriminationsübung bezeichnete Technik eingesetzt. Die IDÜ soll dem Patienten die Augen dafür öffnen, dass er in der Beziehung mit dem Therapeuten etwas anderes erlebt als mit den prägenden Bezugspersonen. Diese Technik kommt zum Einsatz, wenn der Patient in der Beziehung mit seinem Therapeuten an eine interpersonell schwierige Situation, einen „hot spot“, kommt. Ein hot spot ist ein Verhalten des Patienten, das in den Bereich der Übertragungshypothese fällt. Bei der eben erwähnten Patientin sind dies Situationen, in denen sie etwas Persönliches berichtet. Die Interpersonelle Diskriminationsübung hilft ihr zu erkennen, dass sie in der Beziehung zu ihrem Therapeuten nicht emotional retraumatisiert wird, sondern emotional sicher ist und wachsen kann.

Die kontingente persönliche Reaktion (CPR) ist die zweite Technik zur persönlichen Gestaltung der Beziehung in der Verhaltenstherapie chronischer Depression. Sie kommt zum Einsatz, wenn der Patient im Laufe der Behandlung Verhaltensweisen zeigt, die den Therapiefortschritt behindern. Ziel dieser Technik ist es, dem Patienten die Konsequenzen seines Verhaltens offenzulegen. In diesem Sinne ist die kontingente persönliche Reaktion eine operante Technik. Die oben genannte Patientin beispielsweise hatte vor dem Hintergrund ihrer Lerngeschichte große Schwierigkeiten, über persönliche Dinge zu sprechen. Bei der Auswahl von Situationsanalysen wählte sie meist allgemeine Themen, die sie nicht zu sehr berührten. Über die Beziehung zu ihrem Partner beispielsweise sprach sie kaum. Demzufolge kam sie nach anfänglichen Therapieerfolgen in der Behandlung nicht mehr weiter. Im Sinne der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung wurde dieses Verhalten problematisiert („Ich kann Ihnen nicht mehr viel weiterhelfen, wenn Sie mir nicht auch sehr persönliche Dinge anvertrauen“), und die Patientin erkannte: Wenn ich diese Themen hier in der Therapie nicht anspreche, werde ich keine weiteren Fortschritte machen. In einer späteren Sitzung berichtete sie von einer schwierigen Situation mit ihrem Partner, die sie gemeinsam mit ihrem Therapeuten mit Hilfe einer Situationsanalyse löste. Anschließend besprach sie mit ihrem Therapeuten in einer Interpersonellen Diskriminationsübung, wie sich seine Reaktion auf ihre Selbstöffnung von der Reaktion ihrer prägenden Bezugspersonen unterscheidet,

und ihr wurde deutlich: Hier in der Therapie bin ich mit diesen Themen sicher und kann sie ansprechen.

■ Training von interpersonellen Fertigkeiten mit Hilfe einer Situationsanalyse

Die Hauptaufgabe des Therapeuten beim Training von interpersonellen Fertigkeiten ist es, die Patienten aus ihrer Beobachterrolle in eine Teilnehmerrolle zu bekommen. Chronisch depressive Patienten verleiten dazu, darüber zu sprechen, warum ihre Lage so schwierig und aussichtslos ist. Statt über ihre Probleme zu sprechen, sollen sie lernen, wie sie ihr Verhalten gezielt einsetzen können, um ihre Probleme zu lösen. Als Teilnehmer wird ihre Aufmerksamkeit anhand der Situationsanalyse auf die Konsequenzen ihres Verhaltens gelenkt, und sie erhalten die Möglichkeit, adaptive Verhaltensweisen zu lernen. Chronisch depressive Patienten, die gute Fertigkeiten in der Anwendung der Situationsanalyse erwerben, zeigen eine bessere Prognose (Manber et al., 2003). Dieser Befund stützt die Hypothese einer relativen Spezifität dieser Intervention. Besonders wichtig ist es dabei, Kognitionen bei chronisch depressiven Patienten stets in ihrem konkreten situativen Kontext zu betrachten. Eine abstrakte Disputation der Nützlichkeit bestimmter Einstellungen hat sich für diese Zielgruppe nicht als nützlich erwiesen (Longmore & Worrell, 2007).

Ab der dritten Stunde nimmt die Situationsanalyse in der Verhaltenstherapie chronischer Depression einen Großteil der Zeit ein (etwa 75%). Zu diesem Zweck bringen die Patienten zu jeder Therapiestunde vorbereitete Situationsanalysen mit. Diese beziehen sich auf Alltagssituationen (Arbeit, Familie, Freunde). Das fällt den Patienten oft schwer. Sie fragen: „Wie hilft mir das mit meiner Depression?“ Oder sie wenden ein: „Was nützt es, wenn ich ein Problem lösen kann, ich habe doch noch so viele andere.“ Mit der Situationsanalyse lernen sie, dass eine Verhaltensänderung nur Schritt für Schritt erfolgen kann und nur im Hier und Jetzt möglich ist. Die strukturellen Defizite des Patienten, das heißt das präoperatorische Denken, manifestiert sich in diesen Alltagssituationen (und auch in der Feststellung, dass in einer erfolgreichen Therapie alle Probleme auf einmal gelöst werden müssen). Die schrittweise Verbesserung der Fertigkeiten in diesen Alltagssituationen führt letztendlich zu einer Aufhebung dieses strukturellen Defizits.

Der Therapeut und der Patient gehen die mitgebrachten Situationsanalysen gemeinsam durch. Die Situationsanalyse gliedert sich in eine Erhebungsphase und eine Lösungsphase. Im ersten Schritt der Erhebungsphase (Situationsbeschreibung) wird der Patient dazu angeleitet, sich auf eine Situation auf einmal zu konzentrieren. Dies ist der erste Schritt heraus aus der Beobachterrolle (in der das Leben als Ganzes als schwierig und aussichtslos beschrieben wird) in eine Teilnehmerrolle. Bereits anhand der Situationsbeschreibung lernt der Patient zu erkennen, dass ihm zwar sein Leben als nicht zu bewältigendes Ganzes erscheint, einzelne Situationen jedoch zu bewältigende Probleme darstellen können. Die weiteren Schritte (Beschreibung von Interpretationen, Verhalten des Patienten und tatsächlichem Ergebnis) fokussieren den Patienten darauf, zu

beschreiben, wie er diese spezifische Situation beurteilt hat, was er getan hat und zu welchem Ergebnis sein Verhalten geführt hat. Auf diese Weise lernt er formal operatorisches Denken.

In der Lösungsphase lernen die Patienten, ihre Interpretationen und ihr Verhalten an ihrem für die Situation gewünschten Ergebnis auszurichten. Gewünschte Ergebnisse müssen dabei immer im Einflussbereich des Patienten liegen (realistisch sein). Außerdem sollten sie nach allgemeiner Erfahrung des Patienten erreichbar sein. Das gewünschte Ergebnis – „Mein Sohn soll mich am Wochenende besuchen“ – beispielsweise überließe die Kontrolle über das gewünschte Ergebnis dem Sohn. „Ich will meinen Sohn fragen, ob er mich am kommenden Wochenende besucht“, ist hingegen ein realistisches gewünschtes Ergebnis. Ob es erreichbar ist, wird sich erst im Verlauf zeigen. In der Lösungsphase wird dann untersucht, ob das gewünschte Ergebnis erreicht wurde. Dann werden die Interpretationen des Patienten daraufhin hinterfragt, ob sie sich auf die beschriebene Situation beziehen und zur Zielerreichung beitragen. So ist in der eben genannten Situation mit dem Sohn die Interpretation: „Kein Mensch möchte Zeit mit mir verbringen“ zum einen global (man kann aus ihr nicht ablesen, was in der Situation mit dem Sohn tatsächlich passiert ist) und zum anderen nicht hilfreich, wenn man seinen Sohn am Wochenende einladen möchte. Dann formulieren die Patienten eine Handlungsinterpretation (Selbstinstruktion): Welchen Satz könnten Sie sich sagen, um zu Ihrem gewünschten Ergebnis zu kommen? In der gerade genannten Situation könnte es hilfreich sein zu sagen: „Frage nach dem, was du willst.“ Nachdem die hilfreiche Interpretation gefunden wurde, sollte die Situationsanalyse zielstrebig und zügig zum Ende geführt werden: Wenn Sie sich das gesagt hätten, wie hätte sich Ihr Verhalten verändert? Dieses Verhalten sollte unter Zuhilfenahme der Handlungsinterpretation nach Möglichkeit auch im Rollenspiel geübt werden. Dann folgt die Zusammenfassung: Erreichen Sie mit diesem Verhalten, was Sie erreichen wollen? Was lernen Sie daraus? Wo können Sie das Gelernte noch anwenden? In diesem Sinne ist die SA eine operante Technik. Der Therapeut trainiert dabei mit dem Patienten strukturiert interpersonelle Fertigkeiten, die im Dienste seiner gewünschten Ergebnissen stehen.

■ Empirische Belege für die Wirksamkeit von CBASP

Eine kontrollierte und randomisierte Multicenterstudie von Martin Keller und Mitarbeitern mit 681 Teilnehmern und allen Formen der chronischen Depression entsprechend der DSM-IV-Definition fand einen additiven Effekt des Einsatzes eines Antidepressivums und CBASP (Keller et al., 2000). Insbesondere der Befund, dass fast 50% der Patienten mit chronischer Depression auf die Kombinationsbehandlung ansprachen, ist außerordentlich bedeutsam und ermutigend, bedarf allerdings einer Replikation. Patienten mit einem Trauma in der Kindheit profitierten besonders vom Psychotherapiearm der Studie (Nemeroff et al., 2003). In einer Folgestudie konnte gezeigt werden, dass Non-Responder auf alleinige Medikation in vie-

len Fällen auf eine alleinige CBASP-Behandlung reagierten, umgekehrt respondierten Psychotherapie-Non-Responder auf Pharmakotherapie (Schatzberg et al., 2005). Besonders profitierten von CBASP Patienten, die eine Psychotherapie einer medikamentösen Behandlung vorzogen (Kocsis et al., 2009a).

Diese ermutigenden Ergebnisse stehen jedoch im Gegensatz zu einer weiteren großen Studie von James Kocsis und Mitarbeitern mit 808 Patienten (Kocsis et al., 2009b). Hier war CBASP bei Patienten, die bereits erfolglos mit Medikamenten behandelt wurden, nicht wirksamer als eine Medikamentenumstellung oder eine supportive Psychotherapie. Die Unterschiede zu den Ergebnissen der Studie von Keller und Mitarbeitern könnten durch den Einschluss von Patienten mit komorbider Substanzabhängigkeit und einer zu geringen Behandlungsdosis (12 vs. 16 Sitzungen im Mittel) erklärt werden. Die geringe Anzahl an Therapiesitzungen könnte bedingt sein durch mangelnde Therapiemotivation der primär pharmakotherapeutisch behandelten Patienten oder die Unfähigkeit der Patienten mit komorbider Substanzabhängigkeit, sich an den vereinbarten Therapieplan zu halten. Die Patienten besuchten von den 16 vorgesehenen Sitzungen im Schnitt nur 12. Dies lässt darüber hinaus an der Qualität der Therapieimplementierung in dieser Studie zweifeln. In der Studie von Keller und Mitarbeitern besuchten die Patienten 16 von 16 (maximal 20) vorgesehenen Sitzungen. Eine Metaanalyse hatte ergeben, dass mindestens 18 Sitzungen Psychotherapie nötig sind, um bei chronisch depressiven Patienten einen optimalen Effekt der Psychotherapie zu erzielen (Cuijpers et al., 2010).

Zuletzt konnte in einer kleinen deutschen Pilotstudie gezeigt werden, dass CBASP einer unspezifischen Psychotherapie der Depression, der Interpersonellen Therapie (IPT), in Bezug auf Remissionsraten (Hamilton Depression Scale) überlegen ist (Schramm et al., 2011). Diese Daten sollen gegenwärtig in einer größeren deutschen multizentrischen Studie repliziert werden, in der CBASP (32 Sitzungen) bei unmedizierten Patienten mit supportiver Psychotherapie verglichen wird. Kürzlich veröffentlichte Daten weisen darüber hinaus darauf hin, dass CBASP auch im stationären Setting erfolgreich implementiert werden kann (Brakemeier et al., 2011). Dabei hat es sich als hilfreich erwiesen, das gesamte Team in der diszipliniert persönlichen Beziehungsgestaltung zu schulen und die Übung der Situationsanalyse auch im Rahmen einer Gruppentherapie anzubieten. Zusammenfassend wirkt CBASP offenbar am besten bei Patienten, die sich eine psychotherapeutische Behandlung wünschen und ausreichend lange behandelt werden.

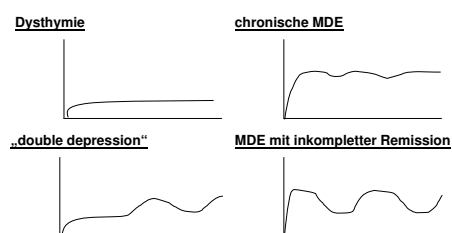


Abbildung 1: Verlaufsformen der chronischen Depression

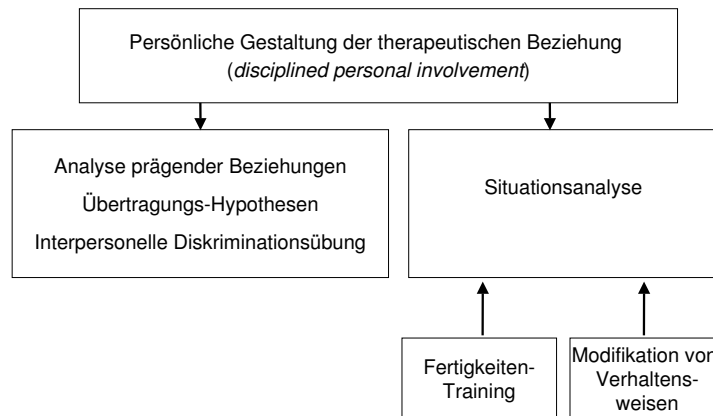


Abbildung 2: Therapiebestandteile in der Verhaltenstherapie chronischer Depression

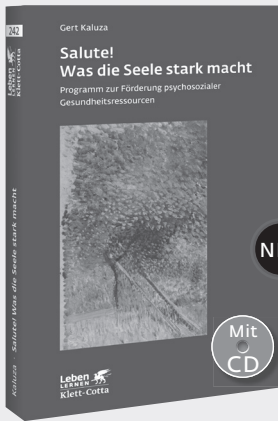
■ Literatur

- American Psychiatric Association (2010). D 03 Chronic Depressive Disorder (Dysthymia) URL: www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=46#
- American Psychiatric Association & DSM-IV (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association.
- Anderson, R.L., Klein, D.N., Riso, L.P., Ouimette, P.C., Lizardi, H. & Schwartz, J.E. (1996). The subaffective-character spectrum subtyping distinction in primary early-onset dysthymia: a clinical and family study. *Journal of Affective Disorders*, 38, 13-22.
- Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Brakemeier, E.L., Engel, V., Schramm, E., Zobel, I., Schmidt, T., Hautzinger, M., Berger, M. & Normann, C. (2011). Feasibility and Outcome of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for Chronically Depressed Inpatients: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 191-194.
- Caspar, F. (2002). Das Impact Message Inventory von Kiesler. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauss (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 214-216). Göttingen: Hogrefe.
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J. & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Constantino, M.J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D.C., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O., Thase, M.E., Arnow, B.A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 45, 491-506.
- Cuijpers, P., 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.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 53, 649-659.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A. & Corey-Lisle, P.K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1465-1475.
- Hayden, E.P. & Klein, D.N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1864-1870.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B. & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Howland, R.H. (1993). Chronic depression. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 633-639.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Mueller, T.I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R.M., & Shea, T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49, 809-816.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H., & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kennedy, N., Abbott, R. & Paykel, E.S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort. *Psychological Medicine*, 33, 827-838.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klein, D.N., Norden, K.A., Ferro, T., Leader, J.B., Kasch, K.L., Klein, L.M., Schwartz, J.E. & Aronson, T.A. (1998). Thirty-month naturalistic follow-up study of early-onset dysthymic disorder: course, diagnostic stability, and prediction of outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 338-348.

- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S. & Leader, J.B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 931-939.
- Klein, D.N., Shankman, S.A. & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 872-880.
- Klein, D.N. & Santiago, N.J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 807-816.
- Klein, J., Heekeren, H.R., Bayartz, L., Scheibe, C., & Colla, M. (2009). „Die Emotionen unter Kontrolle bringen: Neurofunktionelle Befunde zur Emotionsverarbeitung bei chronischer Depression“. DGPPN-Kongress Berlin.
- Kocsis, J.H., Leon, A.C., Markowitz, J.C., Manber, R., Arnow, B., Klein, D.N. & Thase, M.E. (2009a). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 354-361.
- Kocsis, J.H., Gelenberg, A.J., Rothbaum, B.O., Klein, D.N., Trivedi, M.H., Manber, R., Keller, M.B., Leon, A.C., Wisniewski, S.R., Arnow, B.A., Markowitz, J.C. & Thase, M.E. (2009b). 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.
- Korkeila, K., Korkeila, J., Vahtera, J., Kivimäki, M., Kivela, S.L., Sillanmaki, L. & Koskenvuo, M. (2005). Childhood adversities, adult risk factors and depressiveness: a population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 700-706.
- Kühnen, T., Knappke, F., Friedrich, S., Klein, J.P., Kahl, K., Sipos, V. & Schweiger, U. (2011). Chronic depression: Development and Evaluation of the Lübeck Questionnaire for recording Preoperational Thinking (LQPT). Ref Type: Unpublished Work
- Longmore, R.J. & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Manber, R., Arnow, B., Blasey, C., Vivian, D., McCullough, J.P., Blalock, J.A., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Riso, L.P., Rothbaum, B., Rush, A.J., Thase, M.E., & Keller, M.B. (2003). Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. *Psychol. Med*, 33, 693-702.
- McCullough, J.P. (2000). Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP): New York: The Guilford Press.
- McCullough, J.P., Jr., Klein, D.N., Borian, F.E., Howland, R.H., Riso, L.P., Keller, M.B. & Banks, P.L. (2003). Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2. *J. Abnorm. Psychol*, 112, 614-622.
- McCullough, J.P., Jr., Klein, D.N., Keller, M.B., Holzer, C.E., III, Davis, S.M., Kornstein, S.G., Howland, R.H., Thase, M.E. & Harrison, W.M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): validity of the distinction. *Journal of Abnorm. Psychol*, 109, 419-427.
- McCullough, J.P. Jr., Lord, B.D., Conley, K.A. & Martin, A.M. (2010). A method for conducting intensive psychological studies with early-onset chronically depressed patients. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 317-337.
- McCullough, J.P. (2006). Treating chronic depression with disciplined personal involvement. Heidelberg: Springer.
- McCullough, J.P. (2007). Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). München: CIP-Medien.
- McCullough, J.P., Schweiger, U., Sipos, V., Klein, J.P. & Demmert, A. (2011). Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen. Heidelberg: Springer.
- Melartin, T.K., Rytsala, H.J., Leskela, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsa, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 126-134.
- Mueller, T.I., Keller, M.B., Leon, A.C., Solomon, D.A., Shea, M.T., Coryell, W. & Endicott, J. (1996). Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 794-799.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., Klein, D.N., Rush, A.J., Schatzberg, A.F., Ninan, P.T., McCullough, J.P., Jr., Weiss, P.M., Dunner, D.L., Rothbaum, B.O., Kornstein, S., Keitne, G. & 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 United States of America*, 100, 14293-14296.
- Ramklint, M. & Ekselius, L. (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 35-42.
- Schatzberg, A.F., Rush, A.J., Arnow, B.A., Banks, P.L., Blalock, J.A., Borian, F.E., Howland, R., Klein, D.N., Kocsis, J.H., Kornstein, S.G., Manber, R., Markowitz, J.C., Miller, I., Ninan, P.T., Rothbaum, B.O., Thase, M.E., Trivedi, M.H. & 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., Zobel, I., Dykieriek, P., Kech, S., Brakemeier, E.L., Kulz, 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 (1-3), 109-16.
- Scott, J. (1996). Cognitive therapy of affective disorders: a review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 1-11.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 87-98.
- Thase, M.E., Reynolds, C.F., Frank, E., & Simons, A.D. (1994). Response to cognitive-behavioral therapy in chronic depression. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3, 204-214.
- Wilbertz, G., Brakemeier, E.L., Zobel, I., Härter, M. & Schramm, E. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 262-9.

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Jan Philipp Klein
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Universität Lübeck
 Ratzeburger Allee 160 | 23538 Lübeck
 philipp.klein@psychiatrie.uk-sh.de



Gert Kaluza
Salute! Was die Seele stark macht
 Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen
 221 Seiten, broschiert, mit CD
 € 26,95 (D). ISBN 978-3-608-89114-0

Stark belastete Menschen lernen hier, Selbstfürsorge zu entwickeln, Selbstwirksamkeit zu erleben, den Wert sozialer Beziehungen zu erkennen und die Sinnhaftigkeit im eigenen Tun wieder zu entdecken.



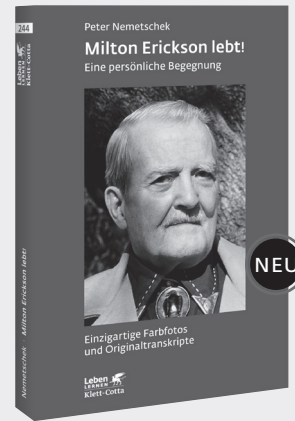
Ralf F. Tauber, Carola Nisch
Depressive Störungen erfolgreich behandeln
 Praxishandbuch zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen
 334 Seiten, broschiert
 € 28,95 (D). ISBN 978-3-608-89113-3

Dieses Praxishandbuch bietet eine differenzierte Beschreibung der Störung, nennt alle therapeutisch zur Verfügung stehenden Behandlungsansätze und beleuchtet die Erfolg versprechenden Techniken.



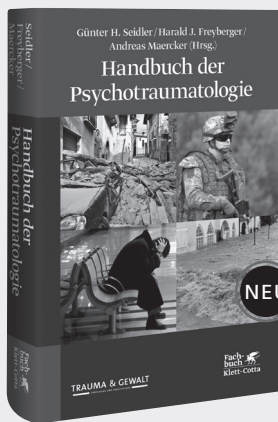
Eva Dieckmann
Die narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie behandeln
 168 Seiten, broschiert
 € 22,95 (D). ISBN 978-3-608-89116-4

Eva Dieckmann zeigt allen PsychotherapeutInnen und VerhaltenstherapeutInnen in behandlungspraktischen Kapiteln und an vielen Beispielen, wie die korrigierende Beziehungserfahrung ins Werk gesetzt wird.



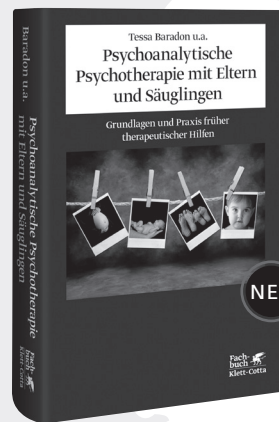
Peter Nemetschek
Milton Erickson lebt!
 Eine persönliche Begegnung. Einzigartige Fotos und Originaltranskripte
 252 Seiten, broschiert, großes Sonderformat mit ca. 80 zum Teil farbigen Fotos
 € 29,95 (D). ISBN 978-3-608-89115-7

Peter Nemetscheks Buch zeigt weltweit die einzigen Aufnahmen, die Erickson bei der Arbeit zeigen! Mit bisher unveröffentlichten Fotos und Originalmitschriften.



Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger, Andreas Maercker (Hrsg.)
Handbuch der Psychotraumatologie
 750 Seiten, gebunden
 € 89,95 (D). ISBN 978-3-608-94665-9

Dieses Standardwerk führender TraumaexpertInnen behandelt systematisch alle Fragen der Psychotraumatologie und liefert das Grundwissen für alle, die mit traumatisierten Menschen arbeiten.



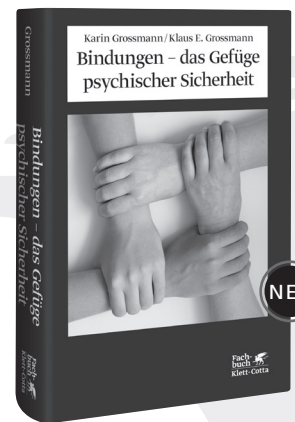
Tessa Baradon u.a.
Psychoanalytische Psychotherapie mit Eltern und Säuglingen
 Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfen
 Aus dem Englischen von Maren Klostermann. 280 Seiten, gebunden
 € 32,95 (D). ISBN 978-3-608-94668-0

Das Buch gibt einen systematischen Einblick in ein psychoanalytisch-bindungstheoretisch fundiertes Modell der Eltern-Säuglings-Psychotherapie.



Eva Rass
Bindung und Sicherheit im Lebenslauf
 Psychodynamische Entwicklungspsychologie
 Mit einem Geleitwort von Anna und Paul Ornstein
 176 Seiten, gebunden
 € 24,95 (D). ISBN 978-3-608-94686-4

Eva Rass beschreibt die Entwicklung der menschlichen Psyche von der Schwangerschaft bis ins hohe Alter.



Karin Grossmann / Klaus E. Grossmann
Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit
 5., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage 2011, ca. 740 Seiten, gebunden, mit 140 Tabellen und Abbildungen
 € 54,95 (D). ISBN 978-3-608-94720-5

Völlig überarbeitete und aktualisierte Neuauflage, mit den neuesten Erkenntnissen aus den Neurowissenschaften und der Psychophysiologie.