

Die Ohnmacht überwinden

Menschen mit chronischen Depressionen wurden häufig in der Kindheit vernachlässigt und tun sich in zwischenmenschlichen Beziehungen schwer. Die Therapieforscher **Knut Schnell**, **Henrik Walter** und **Elisabeth Schramm** stellen ein Verfahren vor, das unter anderem die sozialen Fertigkeiten der Betroffenen trainiert: das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP).

VON KNUT SCHNELL, HENRIK WALTER UND ELISABETH SCHRAMM

AUF EINEN BLICK

Nachhilfe im Miteinander

1 Chronisch depressive Patienten fühlen sich im Kontakt mit anderen Menschen oft hilflos. Dieses Erleben wurzelt häufig in emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit oder Jugend.

2 »Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy« (CBASP) ist ein Verfahren zur Behandlung von Depressionen, das sich aus der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt hat.

3 Es trainiert soziale Fertigkeiten und verschafft den Betroffenen positive zwischenmenschliche Erfahrungen. Zu diesem Zweck gibt der Therapeut persönlich Rückmeldung dazu, welche Reaktionen das Verhalten des Patienten bei ihm auslöst.

Sandra M.* sitzt wieder einmal nachts vor dem Fernseher, weil sie nicht schlafen kann. In einer Talkshow schildert ein Psychiater typische Symptome einer Depression: Freudlosigkeit, Selbstzweifel, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen – die Krankheit lege sich wie ein bleierner, düsterer Schleier über das ganze Leben. Mit Schrecken erkennt Sandra sich selbst in dieser Beschreibung wieder.

Doch anders als die Mehrzahl der Betroffenen kann sie sich nicht daran erinnern, dass es ihr schon einmal wesentlich besser gegangen wäre. So lange sie zurückdenken kann, fühlt sich die 32-jährige wie abgeschnitten von der Welt, hat wenig Selbstvertrauen und blickt pessimistisch in die Zukunft. Sie leidet an einer chronischen depressiven Verstimmung – einer so genannten Dysthymie. Phasenweise kommt bei ihr zusätzlich zu der Grunderkrankung noch eine depressive Episode hinzu, in deren Verlauf sie ihren Appetit verliert und morgens nur mit großer Anstrengung aus dem Bett kommt.

Als Sandra M. einen Psychiater aufsucht, macht dieser ihr zunächst Hoffnung: Depressionen seien medikamentös und psychotherapeutisch gut behandelbar. Doch sie spricht weder auf das erste noch auf das zweite oder dritte Antidepressivum an. Der Arzt versucht, die Patientin durch Lob und Zuspruch zu motivieren, etwa Probleme am Arbeitsplatz gegenüber ihrem Chef anzusprechen. Aber sie schildert immer wieder, sie schaffe es nicht, die Anregungen umzusetzen. Der Arzt erscheint angesichts der erfolglosen Versuche zunehmend ratlos – und das entmutigt wiederum die Patientin.

Auch wenn die Medien zuweilen dieses Bild vermitteln: Depressionen treten keineswegs

nur in vorübergehenden Phasen auf. Unter episodischen Depressionen leiden je nach Schätzung etwa 15 bis 25 Prozent aller Menschen; allerdings kann eine Depression schon in der Kindheit oder Jugend beginnen und Jahrzehnte oder sogar ein Leben lang andauern. An einer solchen chronischen Depression leiden rund 2,5 Prozent der US-Bevölkerung, wie 2005 ein Forscherteam um den Mediziner Ronald C. Kessler von der Harvard University herausfand. Eine repräsentative Studie in Kanada kam mit 2,7 Prozent zu einem ähnlichen Ergebnis.

In der Kindheit stecken geblieben

Eine besondere Form der Psychotherapie behandelt diese hartnäckigen Verstimmungen: das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Der Psychologe James McCullough von der Virginia Commonwealth University in Richmond entwickelte das Verfahren schon Mitte der 1970er Jahre, aber erst seit dem Jahr 2000 liegt dazu auch ein praktischer Leitfaden für Psychotherapeuten vor.

Der Ansatz beruht auf einer Theorie des Schweizer Psychologen Jean Piaget (1896–1980), der zufolge die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten bei Kindern in Phasen verläuft. Patienten mit chronischer Depression, so McCullough, verharren oftmals in einem frühen Stadium der sozialen und interpersonellen Entwicklung – und zwar in der so genannten präoperatorischen Phase, die laut Piaget das zweite bis siebte Lebensjahr umfasst. In diesem Alter denken Kinder noch selbstzentriert, das heißt, sie können sich gedanklich und emotional noch nicht vollständig in die Perspektive eines anderen Menschen hineinversetzen. McCullough berich-

tete, dass seine chronisch depressiven Patienten wenig in der Lage sind, die Wirkung ihres eigenen Verhaltens auf andere Menschen einzuschätzen. Das verstärkte bei ihnen den Eindruck, andere nicht beeinflussen zu können und somit ihrer Umwelt hilflos ausgeliefert zu sein.

Dieser Entwicklungsstörung könnten Erfahrungen emotionaler Vernachlässigung, Miss-handlung oder auch sexuellen Missbrauchs zu Grunde liegen: Einige seien in der Kindheit körperlichen oder sexuellen Übergriffen ausgesetzt gewesen, und den meisten habe es zumindest an Zuwendung oder an verlässlichen Bezugspersonen gemangelt. Schätzungen zufolge blicken mindestens zwei von drei chronisch depressiven Patienten auf traumatisierende zwischenmenschliche Erfahrungen in der Kind-

heit zurück. Doch warum bereiten solche Erfahrungen den Boden für Depressionen?

Der Psychologe Martin Seligman von der University of Pennsylvania in Philadelphia ging dieser Frage schon in den 1970er Jahren nach. Er sperrte Hunde in Käfige und verabreichte ihnen Elektroschocks. Während ein Teil der Tiere der Situation hilflos ausgeliefert war, konnte eine andere Gruppe die Stromstöße mit etwas Geschick über einen Hebel selbst beenden. Im zweiten Teil des Experiments war es theoretisch allen Tieren möglich, über einen Gang in einen schützenden zweiten Käfig zu flüchten. Diesen neuen Ausweg fanden jedoch nur jene Hunde, die zuvor den Ausschalter betätigt hatten. Hatte sich ein Tier der Stromschläge anfangs hingegen nicht erwehren können, verlor es offenbar allen Mut

SCHATTEN DER KINDHEIT

Wer sich in jungen Jahren von den Eltern verlassen fühlte, glaubt als Erwachsener oft, wenig Einfluss auf seine Umwelt ausüben zu können.



Chronisch depressiven Probanden fiel es schwerer als gesunden Versuchspersonen, aus der mimischen Reaktion eines Gegenübers auf dessen Vertrauenswürdigkeit zu schließen

und ergab sich in der neuen Situation seinem Schicksal, ohne nach einem Ausweg zu suchen. Seligman sprach in diesem Fall von »erlernter Hilflosigkeit« – sie gilt inzwischen als eine der wesentlichen Ursachen von Depressionen.

Lässt sich das Modell auch auf zwischenmenschliche Interaktionen übertragen? Nehmen chronisch Depressive etwa gar nicht wahr, dass sie ihr Gegenüber beeinflussen können?

Diese Hypothese testeten wir in einer noch laufenden Untersuchung. Wir baten gesunde und chronisch depressive Probanden zu einem fiktiven Party-Smalltalk. Jeder Teilnehmer wählte zunächst aus vorgegebenen Sätzen einen aus, zum Beispiel eine Bemerkung über sonnige Wetteraussichten oder über eine drohende Inflation, und sollte nun vorhersagen, wie ein fiktives Gegenüber mimisch darauf reagieren würde – positiv oder negativ?

Dann legten wir unseren Versuchspersonen jeweils ein Foto vor, auf dem ein Mann entweder erfreut oder missmutig in die Kamera blickte. Zwei der insgesamt drei wechselnden (nur per Foto bekannten) »Gesprächspartner« zeigten stets adäquate Emotionen, zum Beispiel ein Lächeln bei guter Wettervorhersage. Einer jedoch hatte rein zufällig mal eine passende, mal eine unpassende Mimik.

Die ganze Prozedur wiederholten wir mit zwölf verschiedenen Sätzen. Zum Schluss sollten die Probanden ihre fiktiven Gegenüber beurteilen: Wie vertrauenswürdig erschienen ihnen Person 1, 2 und 3? Unsere noch unveröffentlichten Daten zeigen, dass es chronisch depressiven Patienten schwerer fiel, aus den mimischen Reaktionen auf die Vertrauenswürdigkeit zu schließen. Offenbar nahmen sie die so genannten Kontingenzen – also die Art, wie Reize und Reaktionen zusammenhingen – nicht so gut wahr wie gesunde Probanden. Anders ausgedrückt: Sie unterschieden nicht wie Gesunde zwischen Personen, auf die sie einen Einfluss hatten, und solchen, die unbeeinflussbar waren.

Der Therapeut als Sparringspartner

CBASP trainiert gezielt die Aufmerksamkeit für zwischenmenschliches Geschehen und soll den Patienten dazu verhelfen, ihren tatsächlichen Einfluss auf die Umwelt besser wahrzunehmen. Dafür bindet das Verfahren den Therapeuten auch als Mensch mit eigenen Gedanken und Gefühlen ein – anders als in der klassischen kognitiven Verhaltenstherapie. Diese will traditionell das Erleben außerhalb der therapeutischen Beziehung verändern, etwa Konflikte bei der Arbeit oder Erinnerungen an ein traumatisierendes Ereignis (siehe Grafik rechts). Doch der Patient überträgt seine frühen Lernerfahrungen in der Regel auf viele Menschen, unter Umständen auch auf den Therapeuten. Das CBASP-Konzept begreift und nutzt den Behandelnden daher selbst als Reiz, der bei seinen Patienten depressive Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen auslösen kann – mit dem Ziel, fehlangepasste Reaktionsmuster zu verändern.

Der Psychotherapeut lässt sich persönlich auf seine Patienten ein und meldet ihnen seine eigenen Reaktionen auf ihr Verhalten verbal zurück – in wohldosierter, kontrollierter Weise. Die Patienten lernen so, dass sie mit ablehnendem oder feindseligem Verhalten in der Regel Betroffenheit oder Ärger auslösen, dass sie für freundliches oder großzügiges Verhalten Sympathie oder Dankbarkeit ernten und dass sie mit offenen Fragen nach Unterstützung am ehesten die erwünschte Hilfe bekommen. Im Verlauf der Therapie erfährt der Patient damit ganz real, dass sich der Therapeut anders verhält als seine prägenden Bezugspersonen in der Kindheit.

Sandra M. etwa erinnert sich daran, dass sie die Reaktionen ihres Vaters selten hat vorhersehen oder gar steuern können. Hilfe oder Verständnis brachte er kaum jemals für sie auf.

Gängige Psychotherapieverfahren

Die Kognitive Verhaltenstherapie begreift psychische Störungen als fehlangepasste Denk- und Verhaltensmuster, die in ungünstigen Lernerfahrungen wurzeln. Der Patient analysiert, wie sein Fühlen, Denken und Handeln ineinandergreifen, und erprobt alternative Denk- und Verhaltensweisen.

Psychodynamische (oder tiefenpsychologische) Verfahren ergründen die unbewusste Basis seelischer Erkrankungen. Sie gelten als Ausdruck von Konflikten oder Traumata, die der Betroffene in der frühen Kindheit erlebt und nicht hinreichend verarbeitet hat. In der Therapie spürt der Patient diese Konflikte auf und setzt sich mit ihnen auseinander.

Die interpersonelle Psychotherapie (IPT) versteht psychische Störungen als Ausdruck problematischer Kommunikations- und Beziehungsmuster. Die Therapie konzentriert sich auf zwischenmenschliche Konflikte in der Gegenwart, die mit der aktuellen Erkrankung zusammenhängen.

Stützende Gespräche dienen als Kontrollbedingung für therapievergleichende Studien: Sie folgen keinem speziellen Prinzip oder Plan, sondern bieten dem Patienten lediglich ein Setting an, in dem sie regelmäßig über ihre Probleme sprechen können. Forscher vergleichen den Effekt dieser Gespräche mit dem tatsächlicher Behandlungsverfahren, um deren Wirkung auf die spezielle Methodik zurückführen zu können.

Wenn die Patientin nun während einer Sitzung glaubt, einen Fehler gemacht zu haben, vergleicht sie das Verhalten ihres Vaters mit dem des Therapeuten. Dieser unterstützt sie bei schwierigen Aufgaben, insbesondere dann, wenn sie ihn um Hilfe bittet. Anders als in der Kindheit erlebt sie heute, dass und wie sie das Verhalten ihrer Mitmenschen beeinflussen kann – und diese Erfahrung macht der Therapeut ihr ausdrücklich bewusst.

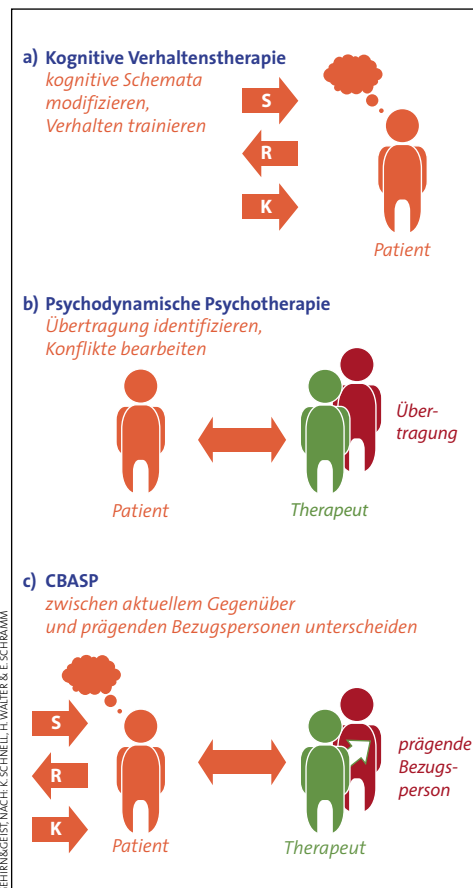
CBASP-Therapeuten sollten ihre eigenen Reaktionen auf Patienten aber noch aus einem anderen Grund aufmerksam beobachten. Wenn sich chronisch Depressive passiv oder überangepasst zeigen, lösen sie damit bei ihnen häufig das komplementäre Verhalten aus – nämlich dem Patienten die therapeutische Arbeit abzunehmen. Dieses Phänomen wird auch als »Dominanzfalle« bezeichnet: Der Patient kann in seiner passiv-distanzierten Rolle bleiben, und so hält das Verhalten des Therapeuten das Problem sogar aufrecht!

Wenn die Depression also trotz – oder gerade wegen – des Engagements des Therapeuten anhält, glaubt dieser schließlich, dem Betroffenen sei nicht zu helfen, und resigniert womöglich. Das bestätigt wiederum den Patienten in seinen Minderwertigkeitsgefühlen. Der Therapeut sollte deshalb vermeiden, reflexartig eine dominante, überaktive Rolle einzunehmen, und stattdessen dem Patienten Lernmöglichkeiten anbieten und ihn in seiner Eigenverantwortung fördern.

Gedankliche Fehlschlüsse prüfen

Ein weiterer Baustein von CBASP lehnt sich eng an die traditionelle kognitive Verhaltenstherapie an: die so genannte Situationsanalyse. Mit Hilfe dieser Technik untersucht der Patient, wie sein Denken, Fühlen und Handeln zusammenhängen und welche Konsequenzen daraus für ihn und seine Umwelt entstehen. Außerdem kann er etwaige gedankliche (Fehl-)Schlüsse – etwa: »Ich habe keinen Einfluss auf das Verhalten meiner Mitmenschen« – anhand realer Gegebenheiten überprüfen.

Sandra M. soll mit dieser Technik ihr eigenes Verhalten in sozialen Situationen analysieren: Wie verhält sie sich, was erwartet sie von ihrem Gegenüber, wie bewertet sie dessen Verhalten, und was kann sie realistischerweise auf welchen Wegen erreichen? Daran schließt ein schrittweises Training grundlegender sozialer Fertigkeiten an, etwa der Mimik, Gestik und Körperhaltung – eine Methode, die ebenfalls der verhaltenstherapeutischen Tradition entspringt.



Kombimethode

CBASP verbindet ausgewählte Methoden bewährter Verfahren: Die kognitive Verhaltenstherapie konzentriert sich in der Regel auf problembelastete Denk- und Verhaltensweisen außerhalb der Therapiesituation (a). Psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten hingegen gehen davon aus, dass der Patient zwischenmenschliche Konflikte auf Grund früher Lernerfahrungen auch auf seine Beziehung zum Behandelnden überträgt. Er projiziert dabei das Verhalten prägender früher Bezugspersonen auf den Therapeuten (b). CBASP kombiniert beide Ansätze und nutzt die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als Übungsfeld, in dem der Patient Unterschiede zwischen alten und neuen Erfahrungen erleben kann (c).
[S = sozialer Stimulus
R = Reaktion des Patienten
K = Konsequenz der Reaktion]

Ist das CBASP bei der Behandlung chronisch depressiver Patienten nun tatsächlich erfolgreicher als die herkömmliche kognitive Verhaltenstherapie? Das hat nach unserer Kenntnis bislang niemand im direkten Vergleich überprüft. Allerdings ist das Verfahren wohl grundsätzlich hilfreich, wie ein Team um den Psychiater Martin B. Keller von der Brown University in Providence (Rhode Island) im Jahr 2000 nachwies. Die Forscher werteten Daten von rund 500 chronisch depressiven Probanden zwischen 18 und 75 Jahren aus, die 12 Wochen lang in Behandlung waren. Hatten die Betroffenen entweder ein Antidepressivum erhalten oder an 12 bis 16 CBASP-Sitzungen teilgenommen, verringerten sich die Symptome bei mehr als jedem zweiten Patienten. Von einer kombinierten Behandlung profitierten sogar erstaunliche 85 Prozent der Probanden.

Zu einem weniger ermutigenden Ergebnis kam 2009 ein Team um den Psychiater James H. Kocsis von der Cornell University in New York. Die Forscher behandelten jeweils rund 200 chronisch depressive Patienten, die in den ersten drei Monaten kaum oder gar nicht auf Antidepressiva ansprachen (so genannte Non-Responder), weitere drei Monate zusätzlich mit

QUELLEN

Keller, M.B. et al.: A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, and their Combination for the Treatment of Chronic Depression. In: New England Journal Medicine 342, S. 1462–1470, 2000

Kocsis, J.H.: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy and Brief Supportive Psychotherapy for Augmentation of Antidepressant Nonresponse in Chronic Depression. In: Archives of General Psychiatry 66, S. 1178–1188, 2009

Schramm, E.: Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy Versus Interpersonal Psychotherapy for Early-Onset Chronic Depression: A Randomized Pilot Study. In: Journal of Affective Disorders 129, S. 109–116, 2011

LITERATURTIPP

McCullough, J.P.: Psychotherapie für chronische Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP. Elsevier, München 2006

Praktische Anleitung für Psychotherapeuten

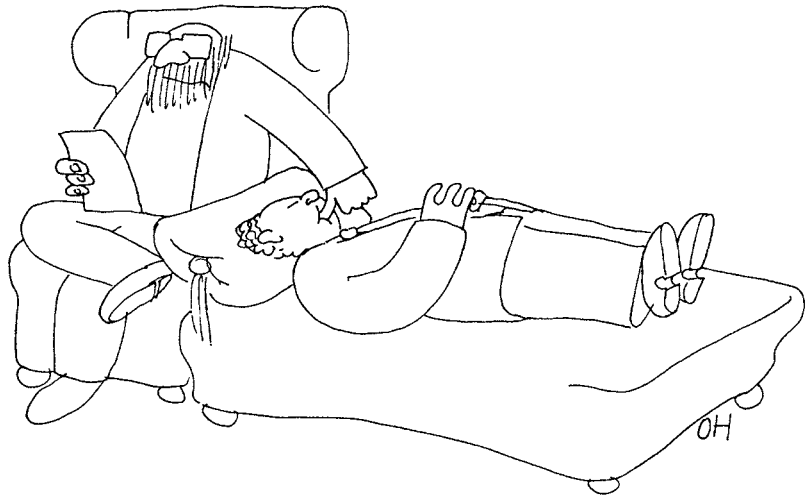
WEBLINKS

www.cbasp-network.org

Informationen zum Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

www.cbasp-multizenterstudie.de

Die Autoren suchen in acht deutschen Städten Probanden für ihre laufende Therapiestudie



CBASP oder mit stützenden Gesprächen (siehe den Kasten auf S. 46). Knapp 100 Kontrollprobanden erhielten ausschließlich Medikamente. Ergebnis: In allen drei Gruppen hatten nicht mehr als 40 Prozent der Non-Responder ihre Krankheit entweder vollständig überwunden oder ihre Symptome hatten sich deutlich reduziert.

Fokus auf spezielle Zielgruppe

Der relativ schwache Effekt des CBASP in der letztgenannten Studie könnte allerdings darauf zurückzuführen sein, dass rund zwölf Sitzungen über drei Monate deutlich zu wenige Behandlungsstunden für diese Art von Patienten sind – sie galten als besonders schwere Fälle, denn eine monatelange Medikation mit Antidepressiva hatte bei ihnen schon zuvor keine merkliche Besserung gebracht. Und noch eine weitere Erklärung ist denkbar: Die Forscher hatten bei der Auswertung nicht darauf geachtet, ob es sich um Patienten handelte, die in der Kindheit emotional vernachlässigt worden waren. Wirkt das Verfahren vielleicht vor allem bei Patienten mit solchen traumatischen Erfahrungen?

Diese Vermutung bestätigte 2003 eine detailliertere Analyse der Keller-Studie. Berücksichtigte man nur Patienten mit traumatischen Kindheitserfahrungen, so sprachen diese deutlich besser auf CBASP mit oder ohne begleitende Medikation an als auf alleinige Pharmakotherapie.

Auch eine Studie, die Elisabeth Schramm mit ihrem Team von der Universität Freiburg 2011 veröffentlichte, spricht für diese Erklärung. 80 Prozent ihrer 30 Probanden waren als Kinder von ihren Eltern emotional oder physisch vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden. Eine Behandlung mit CBASP half dreimal so vielen chronisch depressiven Patienten wie eine

interpersonelle Psychotherapie (IPT, siehe Kasten S. 46). Nach 22 Sitzungen, verteilt über 16 Wochen, lag bei 57 Prozent der CBASP-Probanden keine Depression mehr vor, während die IPT nur bei 20 Prozent der Teilnehmer anschlug. Ein Jahr nach Therapieende unterschieden sich die beiden Gruppen allerdings nicht mehr.

Wir vermuten daher, dass CBASP besonders gut bei depressiven Patienten wirkt, die in der Kindheit vernachlässigt, misshandelt oder missbraucht wurden. Liegt dem Verfahren vielleicht ein spezieller Wirkmechanismus zu Grunde, der das Defizit ausgleicht?

Derzeit untersuchen wir diese Frage mittels bildgebenden Verfahren. In einer laufenden Studie an acht deutschen Universitätskliniken testen wir zunächst die Wirksamkeit von CBASP bei chronisch depressiven Patienten (siehe Weblinks unten links). Um den Wirkmechanismus zu ergründen, untersuchen wir gleichzeitig an fünf Kliniken mittels funktioneller Magnetresonanztomografie, wie die Behandlung auf soziale Funktionen des Gehirns wirkt. Vorläufige Ergebnisse einer Pilotstudie mit 40 Patienten scheinen unsere Vermutung zu bestätigen. Sollten sich diese ersten Beobachtungen an einer größeren Stichprobe erhärten lassen, könnte man das Verfahren als eine Art Nachhilfeunterricht in zwischenmenschlicher Aufmerksamkeit betrachten. ~

Knut Schnell arbeitet als Oberarzt an der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg und leitet die Arbeitsgruppe psychiatrisch-translationale Therapieforchung. **Henrik Walter** ist Professor für psychiatrische Neurowissenschaft an der Charité Berlin. Die habilitierte Psychologin und Psychotherapeutin **Elisabeth Schramm** leitet die Sektion für Psychotherapie in der Psychiatrie am Universitätsklinikum Freiburg.