

James P. McCullough, Jr.

**Therapeutische Beziehung und die Behandlung
chronischer Depressionen**

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

James P. McCullough, Jr.

Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Aus dem Amerikanischen übersetzt von

Ulrich Schweiger

Valerija Sipos

Antje Demmert

Philipp Klein



Springer

Autor
James P. McCullough, Jr.
Department of Psychology
Virginia Commonwealth University
Richmond, VA 23284-2018
USA
jmccull@mail2.vcu.edu

Übersetzer
Prof. Dr. Ulrich Schweiger
Dr. Valerija Sipos
Dr. Antje Demmert
Dr. Philipp Klein
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

ISBN-13 978-3-642-19638-6 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Translation from the English language edition:
Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement by James P. McCullough
Copyright © 2006 James P. McCullough Jr.
Springer is a part of Springer Science+Business Media
All Rights Reserved

SpringerMedizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Barbara Karg, Heidelberg
Lektorat: Dr. Marion Sonnenmoser, Landau
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Einbandabbildungen: © Cupertino/shutterstock.com
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 80011580

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

Die Fachwelt hat erst in den letzten 10–15 Jahren erkannt, dass chronische Depression ein bedeutendes klinisches Problem ist. Dieses Versäumnis ist zum großem Teil darauf zurückzuführen, dass Therapeuten und Forscher dazu neigen, sich auf akute depressive Episoden zu konzentrieren auf Kosten einer eher chronisch verlaufenden, weniger deutlich ausgeprägten Symptomatik; zudem wurde die chronische Depression häufig als Persönlichkeitsstörung fehldiagnostiziert (und als solche unbehandelt gelassen).

Die chronische Depression ist jedoch ein bedeutendes klinisches und gesellschaftliches Gesundheitsproblem. In der aktuellen National Comorbidity Survey Replication lag die Lebenszeitprävalenz der Dysthymie, die nur eine der verschiedenen Formen der chronischen Depression ist, bei 3,4 % in einer landesweiten repräsentativen Gemeindestichprobe (Kessler et al., 2005). Ungefähr 30–40 % der Depressionen in klinischen Einrichtungen verlaufen chronisch; chronische Depressionen sind mit einer signifikanten Funktionseinschränkung, hohen Gesundheitsausgaben und unsäglichem persönlichen Leid assoziiert (Klein & Santiago, 2003).

Chronische Depressionen unterscheiden sich von der klassischeren, episodisch verlaufenden, depressiven Störung in mehreren Punkten. Beispielsweise entstehen chronische Depressionen eher vor dem Hintergrund einer schwierigen Kindheit und von Missbrauch, sind assoziiert mit höheren Raten an affektiven Störungen bei Verwandten ersten Grades und sind verknüpft mit größerer Persönlichkeitsdysfunktion und psychiatrischer Komorbidität (Klein & Santiago, 2003). Als vielleicht wichtigster Unterschied ist zu nennen, dass chronische Depressionen schlechter auf antidepressive Medikation und auf klassische antidepressive Psychotherapie ansprechen als nicht-chronische, depressive Störungen (Stewart et al., 1989; Thase et al., 1994).

In der Mitte der 70er Jahre war Jim McCullough Mitglied einer kleinen Gruppe klinischer Forscher, die die Bedeutung von chronischer Depression und die bislang unerfüllten Bedürfnisse der an ihr Erkrankten erkannten. Er führte mehrere wichtige Studien zum Verlauf und zu den psychosozialen Konsequenzen von chronischer Depression durch (z. B. McCullough et al., 1988). Zur gleichen Zeit widmete er seine klinische Arbeit chronisch depressiven Patienten und entwickelte einen neuen Behandlungsansatz, das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, oder CBASP (McCullough, 1984).

CBASP war der erste – und ist bislang der einzige – psychotherapeutische Ansatz speziell für die chronische Depression. Jim erkannte, dass emotionale Dysregulation, eine Geschichte voller Widrigkeiten und interpersonellen Problemen, selbstbezogenes Grübeln, ein Mangel an Selbstwirksamkeit sowie Pessimismus in Bezug auf Veränderungsmöglichkeiten bedeutende Probleme für die etablierten Therapien darstellten, und forderte daher einen stärker strukturierten, fertigungsorientierten und interpersonellen Ansatz. CBASP

legt den Schwerpunkt darauf, dass Patienten einen Zugang zu sozialer Problemlösung finden, der sie mit konkreten Fertigkeiten ausstattet, um die scheinbar überwältigenden interpersonellen Probleme in ihrem Alltag anzugehen. CBASP ist ein hochstrukturierter Ansatz auf der Grundlage spezifischer, problematischer und interpersoneller Situationen und konzentriert sich auf konkrete und erreichbare Ziele (McCullough, 2000).

Jim hat einen bemerkenswerten Einsatz bewiesen, um CBASP mithilfe von empirisch und methodisch strengen, klinischen Studien zu testen. Nach der Entwicklung und Verfeinerung seines Ansatz durch eine Reihe sorgfältiger Einzelfallstudien (McCullough, 1991) standen er und Dr. Martin Keller an der Spitze einer einflussreichen, multizentrischen, klinischen Studie, die zeigte, dass CBASP so effektiv wie antidepressive Medikation war. Zudem war die Kombination von CBASP und Pharmakotherapie bemerkenswert effektiv, mit wesentlich höheren Ansprechraten als in jeder früheren Studie zu chronischer Depression (Keller et al., 2000).

Jim hat CBASP kontinuierlich verbessert und getestet und zu seiner Verbreitung unter Psychotherapeuten beigetragen. Das vorliegende Buch entspringt Jims Zusammenarbeit mit einer engagierten Gruppe von CBASP-Therapeuten an diversen medizinischen Lehrinrichtungen und psychologischen Instituten im ganzen Land, die gegenwärtig an einer vom National Institute of Mental Health geförderten Studie über die Effektivität von CBASP bei chronisch depressiven Menschen, die nicht auf vorherige Versuche einer medikamentösen Behandlung ansprachen, teilnehmen.

Einer der Aspekte von CBASP, der es einzigartig unter den kognitiven Verhaltenstherapien macht, ist sein interpersoneller Schwerpunkt, besonders seine Betonung der Therapeut-Patient-Beziehung als ein therapeutisches Werkzeug. Das vorliegende Buch bespricht dieses Thema ausführlich und stellt Jims aktuelle Gedanken zur Rolle der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten vor. Jim untersucht aufmerksam, wie kontingente persönliche Reaktionen von Therapeuten, die ihre Reaktionen auf die Patienten explizit machen, als Rückmeldung, Validierung und Veränderungsmotivation genutzt werden können. Wie Jim ausführt, wurde dieses Thema in der gegenwärtigen Psychotherapieliteratur vernachlässigt. Es gibt jedoch ein wenig wissenschaftliche Literatur, die die Nützlichkeit von umsichtiger Selbstöffnung des Therapeuten unterstützt.

Jim ist ein fähiger und erfahrener Therapeut, ein respektierter Forscher, ein engagierter Lehrer, ein großzügiger Kollege und ein Vorkämpfer für Menschen, die an chronischer Depression leiden. Sein warmer, unterstützender und trotzdem gradliniger und direkter Stil ist in seinem Buch sehr klar zu erkennen. Dieses Buch führt Leser in die neuesten Entwicklungen des CBASP-Ansatzes ein und regt zum Nachdenken über die Natur der therapeutischen Beziehung, über die optimale Rolle und die angemessenen Grenzen persönlicher Beziehungsgestaltung und über Selbstöffnung in der Psychotherapie an.

Daniel N. Klein, PhD

Professor of Psychology
SUNY at Stony Brook

Vorwort

Ich habe dieses Buch, wie seinen Vorgänger *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (McCullough, 2000), während einer großen multizentrischen Studie mit chronisch depressiven ambulanten Patienten verfasst (Kocsis, 2002). Ich hatte in beiden Projekten die Funktion des CBASP-Psychotherapiekoordinators und supervidierte Therapeuten, die mir regelmäßig Videoaufnahmen von ihrer klinischen Arbeit schickten und an vier Telefonkonferenzen im Monat teilnahmen. Dabei besprachen wir mehrfach den Inhalt des vorherigen Buches und diskutierten darüber in Telefonkonferenzen und per E-Mail.

Ich schrieb dieses Buch aus mehreren Gründen. Erstens hatten unsere CBASP-Psychotherapeuten Pionierarbeit bei einer einzigartigen therapeutischen Intervention geleistet, die *disziplinierte persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung* genannt wird (McCullough, 2000), und mir wurde zunehmend bewusst, dass eine formale Beschreibung der Intervention notwendig war. Ein Aspekt dieser Intervention ist die kontingente persönliche Reaktion, die bei unangemessenem Verhalten in der Sitzung erfolgt. Diese Technik heißt *kontingente persönliche Reaktion (Contingent Personal Responsivity, CPR)*. Eine zweite Technik, die *interpersonelle Diskriminationsübung (Interpersonal Discrimination Exercise, IDE)* ist eine Technik, um frühe Traumata zu behandeln.

Der zweite Grund, aus dem ich dieses Buch schrieb, ist, dass mehrere unserer CBASP-Therapeuten von ihren Kollegen zur Ethik der persönlichen Beziehungsgestaltung befragt wurden. Daher war eine Begründung dieser Intervention eindeutig erforderlich.

Ich schrieb dieses Buch außerdem, um empirische Forschung über die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung anzuregen. Solange eine Tabuisierung jeglicher persönlicher Beziehungsgestaltung unter Kollegen vorherrscht – und dieses Tabu existiert seit über einem Jahrhundert –, wird jegliche wissenschaftliche Forschung zu nicht-neutralen Techniken verhindert. Ich habe im Anhang einen Abschnitt angefügt, in dem verschiedene Möglichkeiten der Operationalisierung der Techniken der persönlichen Beziehungsgestaltung sowie der Beurteilung ihrer Effektivität beschrieben werden. Zusätzlich schlage ich Möglichkeiten vor, um das CBASP-Modell in zukünftigen randomisierten Studien in Einzeltechniken zu unterteilen, um herauszufinden, ob die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung einen signifikanten Anteil an der Veränderung, zusätzlich zur Haupttechnik, der Situationsanalyse, erklärt.

Und schließlich habe ich das Buch geschrieben, damit Therapeuten, die CBASP erlernen wollen, verstehen können, was diese Ausbildung beinhaltet. Ich habe viele Erfahrungen bei der Ausbildung von altgedienten Psychotherapeuten in CBASP gesammelt. Einige Personen fühlen sich wohl mit dem allgemeinen Kontingenzmotiv, lehnen aber die nicht-neutrale Rolle des Therapeuten ab. An dieser Reaktion ist nichts falsch. Wenn

man jedoch schon vorher weiß, was die Ausbildung beinhaltet, spart das später absehbare Schwierigkeiten.

Warum plädiert CBASP für eine nicht-neutrale Rolle von Psychotherapeuten? Es gibt dafür zwei Gründe: (1) Die psychologischen Bedürfnisse des chronisch depressiven Patienten zwingen den Therapeuten, die herkömmliche neutrale Rolle hinter sich zu lassen und mit dem Patienten auf eine direkte und persönliche Art umzugehen. Für viele Patienten ist eine sichere und authentische menschliche Begegnung mit ihrem Therapeuten eine neuartige Erfahrung. (2) CBASP ist ein Behandlungsmodell, das prozedurales Lernen betont. Um dies umzusetzen, ist es erforderlich, dass der Therapeut ein *Modell* (Bandura 1977; Bandura & Walters, 1964) für angemessenes interpersonelles Verhalten darstellt. Zudem ist es erforderlich, dass er mithilfe von kontingenten persönlichen Reaktionen in der Sitzung die Konsequenzen für unangemessenes Verhalten *aufzeigt*. Und schließlich, dass er frühe Traumatisierung durch prägende Bezugspersonen *persönlich behandelt*. Das letzte Ziel ist erreicht, wenn Patienten in der Lage sind, erfolgreich zwischen dem Therapeuten und prägenden Bezugspersonen, die sie schlecht behandelt haben, zu unterscheiden.

Ich stehe dabei tief in der Schuld von einer Reihe von Personen, die sowohl direkt als auch indirekt zur Entstehung des Buches beigetragen haben. Die erste Person ist Dr. Kent G. Bailey, emeritierter Professor der Abteilung für Psychologie an der Virginia Commonwealth University. Kents nachdrückliche Ermutigung vor drei Jahren half mir, mich der Aufgabe zu stellen, dieses Buch zusammenzustellen. Er las einige meiner ersten Kapitel und machte hilfreiche Kommentare – immer zusammen mit kräftigen Worten der Ermutigung. Ich berichte über einen Teil seiner innovativen Arbeit und Forschung im hinteren Teil des zweiten Kapitels. Ich hoffe, ich bin seinen Ansichten gerecht geworden. Professor Bailey ist ein *Pionier* der therapeutischen Nicht-Neutralität in seiner Anwendung der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Eine weitere Kollegin, der ich sehr viel verdanke, ist Dr. Marilyn L. Spiro. Marilyn hat fünf Jahre mit mir zusammengearbeitet. Sie ist eine zertifizierte Therapeutin und Ausbilderin in CBASP und eine außergewöhnliche Psychotherapeutin, die seit über 25 Jahren eine erfolgreiche Privatpraxis in Richmond, Virginia, führt. Sie hat mir außerdem mehrere Jahre im Rahmen der NIMH-Studie (Kocsis, 2002) als Psychologin im Projekt geholfen. Marilyn und ich haben diverse Diskussionen über die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung geführt, und ihre Rückmeldungen und weisen Ratschläge waren sehr hilfreich.

Eine weitere starke Quelle persönlicher Unterstützung war Dr. Kim Penberthy, Assistant Professor in der Abteilung für Psychiatrie an der University of Virginia. Als zertifizierte Therapeutin und Ausbilderin in CBASP gibt mir Kim weiterhin wichtige persönliche Unterstützung und Zuspruch. Viel von Kims akademischer Arbeit beinhaltet Ausbildung und Supervision von psychiatrischen Assistenzärzten an der University of Virginia, die Psychotherapien mit CBASP durchführen.

Ich kann nicht genug über Barbara L. Baker sagen, die die beste Organisatorin ist, die ich kenne. Ich bin normalerweise ein sehr planloser Mensch, wenn es um Verwaltung und Management geht. In den letzten Jahren konnte Barbara die negativen Konsequenzen neutralisieren, die aus meinen fehlenden Managementfähigkeiten entstehen, und sie hat mir indirekt die Zeit gegeben, diesen Text zu schreiben und fertig zu stellen.

Viele der Doktoranden an der Virginia Commonwealth University haben bedeutend zu meinen Bemühungen beigetragen. Duane P. Gray, Patrick J. Jehle, Joanna S. Kinman, Carla A. Mazefsky, Mary Kathleen McDonald, Bridget L. »Pixie« Perry, Katherine L. Schaefer und G. Todd Vance nahmen sich alle Zeit, meine Fragen zu ihren Reaktionen auf die Ausbildung und Supervision, in der sie lernten, die persönliche Beziehungsgestaltung anzuwenden, zu beantworten. Ihre Fragebogendaten beschreibe ich, zusammen mit den Antworten anderer, in Kapitel 4. Carla A. Mazefsky, eine meiner angehenden Therapeutinnen, behandelte ein 16-jähriges chronisch depressives Mädchen und veröffentlichte den ersten erfolgreichen Fallbericht zur Anwendung von CBASP bei einem jugendlichen Patienten (DiSalvo & McCullough, 2002). Zur gleichen Zeit veröffentlichte eine zweite angehende Therapeutin einen weiteren Fallbericht über die erfolgreiche Anwendung von CBASP bei einem erwachsenen Patienten (Jehle & McCullough, 2002). Die oben genannten Therapeuten, von denen viele inzwischen ihre Ausbildung abgeschlossen und promoviert haben, haben auch noch weitere Beiträge geleistet. Durch ihre Videoaufnahmen und ihre Beiträge in Einzel- und Gruppensupervisionen lernte ich zum Beispiel, dass es wichtig ist, die Patienten im Vorfeld verbal auf die persönliche Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten »vorzubereiten«. Ausführliche Diskussionen während der Ausbildungssupervisionen und der Teambesprechungen machten dies sowie weitere Probleme der persönlichen Beziehungsgestaltung noch stärker deutlich. Zusätzliche Beiträge kamen von G. Todd Vance und Katherine L. Schaefer. Ihre individuellen Antworten auf meine Fragen zu persönlicher Beziehungsgestaltung im Promotions-Vorexamen des klinischen Programms der Virginia Commonwealth University im Frühjahr 2005 gaben mir wesentliche Anregungen für den Forschungsteil im Anhang. Eine weitere angehende Therapeutin, mit der ich gearbeitet habe, Jennifer J. Runnals, half wesentlich mit, indem sie ihr grafisches Können am Computer nutzte, um die meisten der Abbildungen zu zeichnen, die im Text enthalten sind. Jen hat ebenfalls eine CBASP-Ausbildung durchlaufen und wendet die Techniken zur persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung leichtgängig und effektiv an.

Noch einmal möchte ich meinen Respekt und meinen tiefen Dank und meine Anerkennung meinen CBASP-Psychotherapeutenkollegen aussprechen, die in einer weiteren großen CBASP-Studie »an vorderster Front« mit chronisch depressiven Patienten im ambulanten Bereich gerungen haben. Sie haben mir vermittelt, dass, egal wie ausgefeilt mein Therapiemodell ausfällt, es immer *Spezialfälle* geben wird, die Probleme darstellen, mit denen keiner gerechnet hat. Sie haben mich auch auf die vielen Konsequenzen der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung aufmerksam gemacht, indem sie aufrichtig auf meine Vorschläge reagiert und sie dann ausprobiert haben –

manchmal mit, manchmal ohne Erfolg. Unabhängig davon besprachen wir die Reaktionen der Patienten bzw. ihr Ausbleiben und versuchten, dies zu verstehen. Dieses Buch hat teilweise während dieser endlosen Besprechungen Gestalt angenommen. Ich wusste nicht, wie es wäre, ein Buch zu schreiben ohne diese ständige Rückmeldung während des Schreibprozesses und ohne eine unterstützende, kollegiale Gemeinschaft von Freunden, die kontinuierlich das Material diskutieren.

Meine Kollegen in der aktuellen CBASP-Studie sind Barbara E. Pritchard und Lucy E. Wilson von der Universität Arizona, Stephen Bishop und D. Matthew Evans von der Brown Universität, Baruch Fishman, Susan Evans und Patty E. Matz vom Weill Cornell Medical College, G. Gregory Eaves und Welby L. Pinney von der Universität Texas (Southwestern Medical Center in Dallas), Barbara O. Rothbaum und Jill D. Rosenberg von der Emory Universität, Sander J. Kornblith und Elizabeth M. Pacoe von der Universität Pittsburgh, Bruce A. Arnow und Lisa I. Post von der Stanford Universität sowie Diana Vivian und Darla J. Broberg von der State University New York in Stony Brook.

Sicher nicht zuletzt ist Janice A. Blalock zu nennen, die CBASP bei chronisch depressiven Patienten in zahlreichen Studien zur Beendigung des Rauchens am M.D. Anderson Cancer Center in Houston, Texas, anwendet.

Ich möchte zudem besondere Wertschätzung gegenüber zwei Kollegen aussprechen, Bruce A. Arnow von der Stanford Universität und Daniel N. Klein von SUNY in Stony Brook (ein wichtiger Forscher im Rahmen unserer aktuellen NIMH-Studie und ein enger persönlicher Freund und Kollege), die beide das Material im Anhang begutachtet haben und viele hilfreiche und aufschlussreiche Vorschläge lieferten. Ich möchte jedoch deutlich machen, dass der Inhalt des Anhangs ausschließlich von mir stammt und dass ich die komplette Verantwortung für jegliche Einschränkung trage, die in diesen Forschungsvorschlägen enthalten sind.

Schließlich erwähne ich mit Dank die Person, die mir viele Dinge übers Schreiben beigebracht hat – Margaret O. Ryan. Margaret ist eine freiberufliche Lektorin, die in Los Angeles lebt. Sie hat zu dem Buch einen wichtigen Beitrag geleistet, wie auch zu anderen Projekten. Wie ich schon früher gesagt habe, kennt Margaret das CBASP-Modell besser als ich, so dass ich genau zuhören, wenn sie mir Rückmeldung gibt. Wenn ich zu langatmig werde, kürzt sie; wenn ich nicht genug sage, bittet sie mich, ausführlicher zu werden; wenn ich meinen Standpunkt nicht deutlich genug mache, benutzt sie Ausrufungszeichen; und wenn der Text abschweift oder nicht flüssig ist, ruft sie mich zur Aufgabe zurück. Sie bleibt für mich eine Lektorin *par excellence*.

James P. McCullough, Jr.
Richmond, Virginia

Der refraktäre kognitiv-emotionale Zustand und das Verhalten des chronisch depressiven Erwachsenen sind eine Art Panzerung. Sie zu durchbrechen ist sinnbildlich vergleichbar mit der Aufgabe, mit einem Vorschlaghammer durch eine Steinwand zu brechen. Zunächst trifft man die Wand immer wieder an der gleichen Stelle und bemerkt wenige oder gar keine Effekte. Dann, beinahe unmerklich, erscheint ein feiner Haarriss. Durch kontinuierliches Schlagen vergrößert sich der Riss langsam, bis schließlich die Mauer bricht und zusammenfällt.

Vorwort der Übersetzer

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist eine der wichtigen innovativen Entwicklungen innerhalb der modernen Verhaltenstherapie. Gemeinsames Element dieser Entwicklung, die häufig unter dem Etikett »Dritte Welle« rezipiert wird, ist die Abkehr von einer abstrakten Auseinandersetzung mit Inhalten von sog. dysfunktionalen Kognitionen. Stattdessen setzen sich diese neuen Methoden mit den Fertigkeitendefiziten spezifischer Patientengruppen im interpersonellen, emotionalen und metakognitiven Bereich auseinander. Psychotherapie widmet sich an dieser Stelle vermehrt prozeduralen und emotionalen Lernprozessen.

CBASP beinhaltet drei Therapietechniken: die Situationsanalyse, die Interpersonelle Diskriminationsanalyse und sog. Consequation-Strategien. Letzteres beschreibt eine Gruppe von Techniken, die es dem Therapeuten ermöglichen, interpersonelles Problemverhalten des Patienten unmittelbar in der Sitzung zu bearbeiten. Die Situationsanalyse wurde ausführlich in dem im Jahr 2000 erschienenen Buch dargestellt (die deutsche Übersetzung erschien 2006). Das vorliegende Werk setzt den Schwerpunkt bei der Interpersonellen Diskriminationsanalyse, den Consequation-Strategien und den hierfür erforderlichen besonderen Aspekten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Es ist ein sehr persönlich geschriebenes Buch, das von der jahrzehntelangen Erfahrung im Umgang mit chronisch depressiven Patienten und von der Auseinandersetzung mit traditionellen Formen der Beziehungsgestaltung innerhalb der Psychotherapie lebt.

Im Mittelpunkt stehen die Lernprozesse des Patienten: Welche Voraussetzungen und Einschränkungen bringen Patienten mit chronischer Depression mit? Welche Möglichkeiten hat der Therapeut, diese Lernprozesse zu steuern und zu unterstützen? Welche Rolle spielt dabei das interpersonelle Verhalten des Therapeuten?

Die Übertragung eines Therapiemanuals in eine andere Sprache und eine andere Beziehungs- und Therapiekultur stellt die Übersetzer immer wieder vor Herausforderungen, die nicht perfekt lösbar sind. Deshalb hier noch einige erläuternde Anmerkungen:

Soweit im nachfolgenden Text personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, werden diese Formen verallgemeinernd verwendet und beziehen sich auf beide Geschlechter (generisches Maskulinum). Dies gilt besonders für die Verwendung des Begriffs »Patient«. Aus Gründen der sprachlicher Einfachheit und Lesbarkeit sprechen wir von »Patient« und »Therapeut«, wohl wissend, dass beide Geschlechter gemeint sein können. Insgesamt betreffen die in diesem Buch behandelten Störungen Frauen und Männer in ähnlicher Weise.

Den Begriff »disciplined personal involvement«, manchmal als »persönliches Sich-Einlassen« übersetzt, haben wir »persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung« genannt. Bei der Lektüre dieses Buches wird dem Leser deutlich werden, dass es hier um eine hochprofessionelle Form von Beziehungsgestaltung geht, die den Therapeuten und seine persönliche Innenwelt, sein Denken, seine Emotionen und seine Reaktionen auf das Verhalten des Patienten mit einschließt.

»Acquisition learning«, ein auch in der englischen Sprache seltener Begriff aus der Lerntheorie, haben wir mit »prozedurales Lernen« übersetzt.

Für den Begriff »stimulus value« haben wir den Begriff »interpersonelle Persönlichkeit« gewählt, da dies bereits bei der deutschen Übersetzung des Impact Message Inventory so erfolgte. Diese Übersetzung ist allerdings weniger plastisch als das amerikanische Original, das direkt zu der Frage führt: Welche Qualität haben ich oder der Patient als Stimulus im interpersonellen Bedingungsgefüge?

Im Buch taucht immer wieder der Begriff »Kontingenz« auf, beispielsweise wenn die Offenlegung der Auswirkungen des Patientenverhaltens auf den Therapeuten beschrieben wird. Diese wird im CBASP als »kontingente persönliche Reaktion« (»contingent personal responsivity«) bezeichnet. Diese Bezeichnung klingt im Deutschen zunächst ungewohnt. Wir haben uns dennoch entschieden, »contingent« nicht mit »konsequent« zu übersetzen. Denn die Begriffe »Kontingenz« und »Konsequenz« sind in ihrer Bedeutung zwar ähnlich, jedoch unserer Meinung nach nicht austauschbar. Im Sinne des operanten Lernens ist eine Konsequenz eine Folge des gezeigten Verhaltens in der Umwelt (Hautzinger, 2007). Kontingenz hingegen beschreibt die Regelmäßigkeit der Verknüpfung eines Verhaltenselements mit seiner Konsequenz (Maercker, 2008).

Zur Verdeutlichung ist es hilfreich, zu betrachten, in welchen Zusammenhängen die Begriffe »Konsequenz« und »Kontingenz« in der verhaltenstherapeutischen Literatur verwendet werden. Zwei Beispiele illustrieren, wie der Begriff »Konsequenzen« im Zusammenhang mit spontan auftretenden Folgen von Patientenverhalten verwendet wird: die Verhaltensgleichung nach Kanfer und Saslow (1969) und das ABC-Modell von Ellis (1969). In der Verhaltensgleichung werden Konsequenzen im Kontext eines bestimmten Zielverhaltens und seiner situativen und biologischen Determinanten (sog. vorausgehende Bedingungen) untersucht. Die Konsequenzen sind hierbei die aktuelle, verhaltensbezogene Qualität der Verhaltensfolge (Hautzinger, 2007). Im ABC-Modell der rational-emotiven Therapie nach Ellis (1969) werden Konsequenzen betrachtet als Folgen bestimmter irrationaler subjektiver Einstellungen zu bestimmten auslösenden Ereignissen (»ABC«: Auslöser, Bewertung und emotionale Konsequenz; Hautzinger, 2007).

Der Begriff »Kontingenz« wird hingegen vor allem zur Beschreibung von gezieltem Therapeutenverhalten verwendet, welches eine Verhaltensänderung des Patienten zum Ziel hat. Ein bekanntes Beispiel ist der Einsatz von Kontingenzmanagementstra-

tegien wie beispielsweise der »Token Economy« (Ayllon & Azrin, 1968). Kontingenzmanagement ist definiert als »die systematische Darbietung bzw. Entfernung positiver bzw. aversiver Stimuli« (Hautzinger, 2007). Kontingenzverträge beinhalten eine genaue Spezifikation des Zielverhaltens und eine genaue Festlegung der Verstärker, die dafür verabreicht werden (Hautzinger, 2007). Dabei wird gefordert, dass die Verstärkungen kontingent sind, d. h. für die betroffene Person sollte der Zusammenhang mit dem zu verstärkendem Verhalten eindeutig erkennbar sein (Maercker, 2008). Es sollte z. B. nicht einmal gelobt und ein anderes Mal für dasselbe Verhalten bestraft werden. Genau dieser bewusste Einsatz der therapeutischen Reaktion ist auch für das CBASP charakteristisch. So wird unserer Ansicht nach deutlich, dass die Übersetzung der »contingent personal responsivity« mit dem Begriff »kontingente persönlicher Reaktion« das im CBASP beabsichtigte Therapeutenverhalten besser beschreibt, auch wenn der Begriff etwas sperriger ist.

Unser persönlicher Lesehinweis gilt den zahlreichen einprägsamen Fallbeispielen, die zeigen wie die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung praktisch umgesetzt wird. Die Fallbeispiele finden Leserinnen und Leser in hervorgehobenen Boxen. Wenn Sie einen Vorgeschmack des Besonderen der Vorgehensweise haben wollen oder überprüfen wollen, ob dieses Buch Ihnen neue Informationen und Erfahrungen bringen wird, werden Sie hier sofort fündig.

Wir haben bei der Übersetzung des Buches viel Freude gehabt und hoffen, dass Sie von diesem Buch profitieren. Es ist keine leichte Kost, es ist provozierend und anregend und wird beim fachkundigen Leser mit Sicherheit zu einer neuen Auseinandersetzung mit eigenen Gewohnheiten und Überzeugungen führen.

Ulrich Schweiger

Valerija Sipos

Antje Demmert

Jan Philipp Klein

Lübeck im September 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung	1
1.1	Beispiele für die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung	2
1.2	Persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Patient mit chronischer Depression	4
1.2.1	Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung neu überdenken.	4
1.2.2	Kann eine persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung allgemein empfohlen werden?	6
1.2.3	Das Tabu bezüglich der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung	6
1.3	Verwendung des Begriffs »Patient«	6
1.4	Wissenschaftliche Literatur zur Selbstöffnung	7
1.5	Ziele dieses Buches	9
I	Das Verbot der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Bedürfnisse des chronisch depressiven Patienten	11
2	Die Geschichte des Verbots der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung	13
2.1	Sigmund Freud (1856–1939)	14
2.2	Carl R. Rogers (1902–1987)	16
2.2.1	Das Selbst	17
2.2.2	Der Therapeut nach Rogers: Eine warme Projektionsfläche	18
2.2.3	Das Vermächtnis Rogers in der klinischen Psychologie	20
2.3	Die Tradition der Erforschung der therapeutischen Beziehung (1936 bis heute)	23
2.4	Die interpersonelle Psychotherapie von Kiesler	26
2.4.1	Die Theorie der Metakommunikation	27
2.4.2	Kiesler Idee der Komplementarität	28
2.4.3	Die Technik der Metakommunikation	29
2.4.4	Schlussfolgerung	30
2.5	Pioniere der persönlichen Beziehungsgestaltung in der Therapie: Garry Prouty und Kent G. Bailey	31
2.5.1	Die Prä-Therapie von Garry Prouty	31
2.5.2	Die Verwandtschafts-Psychotherapie von Kent G. Bailey	33
2.6	Zusammenfassung	35
3	Die Behandlung des chronisch depressiven Patienten	39
3.1	Die Überschätzung der Möglichkeiten des Patienten mit chronischer Depression	40
3.2	Die Psychopathologie des Patienten mit chronischer Depression	42
3.2.1	Präoperatorisches Funktionsniveau	42
3.2.2	Die Ätiologie von chronischer Depression mit frühem und mit spätem Beginn	44

3.3	Die zwischenmenschliche Isolation von chronisch depressiven Patienten	46
3.3.1	Die Anwendung der Interpersonellen Diskriminationsübung	48
3.4	Zusammenfassung	53
II	Pädagogik des Trainings der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung	55
4	Das Training der persönlichen Gestaltung der therapeutischen Beziehung...	57
4.1	Die theoretischen Grundlagen der Ausbildung in CBASP	58
4.2	Persönliche Bedenken und Fragen von Therapeuten in der CBASP-Ausbildung	61
4.3	Reaktionen von Therapeuten auf die persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung	66
4.4	Schlussfolgerungen	76
III	Pädagogik der Behandlung durch persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung	79
5	Herstellen einer kontingenten Umwelt durch kontingente persönliche Reaktionen	81
5.1	Eigenschaften der Therapeutenrolle	83
5.2	Beispielsituationen kontingenter persönlicher Reaktionen	86
5.2.1	Einführung	86
5.2.2	Der leere Tank	87
5.2.3	Der Wurm	90
5.2.4	Die Versagerin	93
5.2.5	Schluss damit!	96
5.2.6	Der Clown	99
5.2.7	Die Verführerin	102
5.2.8	Ein hoffnungsloser Fall	106
5.2.9	Die Missbrauchte	109
5.2.10	Zeit zu Feiern!	112
5.2.11	Verdammt noch mal, setzen Sie sich mit mir auseinander!	115
5.3	Fazit	117
6	Die Heilung des interpersonellen Traumas mithilfe der Interpersonellen Diskriminationsübung	119
6.1	Modelle normaler und präoperatorischer kognitiv-emotionaler Funktionsweisen	121
6.2	Sitzungen 1 und 2 der Therapie mit CBASP	125
6.3	Das Konstrukt der Übertragungshypothese in CBASP	127
6.4	Die IDE: Unterscheidung zwischen unheilsamen und heilsamen emotionalen Erfahrungen	128
6.5	IDE-Transskripte: Demonstration der Methode	130
6.6	Schlussfolgerung	134
6.7	Nachwort	134

Anhang: Die Erforschung der Wirkungsweise von CBASP	151
Literatur	163
Stichwortverzeichnis	173