

COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS SYSTEM OF PSYCHOTHERAPY (CBASP):

EINE EINFÜHRUNG

MATTHIAS BACKENSTRAB

Institut für Klinische Psychologie, Klinikum Stuttgart,
und Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) wurde als ein integratives Therapiemodell zur Behandlung chronisch verlaufender Depressionsformen entwickelt. Im vorliegenden Beitrag wird das interaktionelle Störungsmodell, auf dem CBASP aufbaut, mit der Beschreibung zweier Kernprobleme chronisch Depressiver vorgestellt und auf die empirische Befundlage zu den Störungsannahmen eingegangen. Es folgt eine Zusammenstellung der Therapieelemente von CBASP, wie sie in einer manualisierten Einzeltherapie in der Regel zur Anwendung kommen. Informationen zur empirischen Evidenz und Leitlinienempfehlungen ergänzen den Beitrag. Abschließend gibt ein Ausblick Hinweise auf zu erwartenden Entwicklungen.

SCHLÜSSELWÖRTER: CBASP, chronische Depression, persistierende depressive Störung, Wirksamkeit

COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS SYSTEM OF PSYCHOTHERAPY (CBASP): AN INTRODUCTION

ABSTRACT: The Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) was developed as an integrative therapy model for the treatment of chronic forms of depression. In this paper, the interactional disorder model on which CBASP is based on is presented with a description of two core problems of chronically depressed patients. The empirical findings on the disorder assumptions are presented. The following is a compilation of the therapy elements of CBASP as they are typically applied in manualized individual therapy. Information on empirical evidence and guideline recommendations complement the article. Finally, an outlook gives indications of developments to be expected.

KEYWORDS: CBASP, chronic depression, persistent depressive disorder, effectiveness

1 EINLEITUNG

Chronische Depressionsformen, die mit der Einführung des DSM-5 (APA, 2013) auch als persistierende depressive Störung (im englischen Original „Persistent Depressive Disorder“, PDD) bezeichnet und zusammengefasst werden, gelten als besonders beeinträchtigend für die Betroffenen.

Populationsbasierte Prävalenzstudien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, irgendwann im Verlauf des Lebens an einer Dysthymie – einer der Verlaufstypen der PDD, die auch in der ICD-10 aufgeführt ist – zu erkranken, grob geschätzt zwischen zwei und fünf Prozent liegt (Murphy & Byrne, 2012). Eine genaue Schätzung der Erkrankungshäufigkeiten ist dadurch erschwert, dass viele Betroffene, die unter dieser leichteren Form der PDD leiden, im Verlauf zusätzlich an einer schwereren depressiven Episode erkranken. So ermittelten Klein, Shankman & Rose (2006), dass knapp 80 Prozent dysthymer PatientInnen im Verlauf ihres Lebens eine Major Depression entwickeln. Nach Jacobi und KollegInnen (2014) liegt die Wahrscheinlichkeit, in den letzten zwölf Monaten an einer Dysthymie erkrankt gewesen zu sein, in Deutschland bei zwei Prozent. Damit sind geschätzte eine Million BundesbürgerInnen alleine von der leichteren Form der chronischen Depression betroffen. Die Lebenszeitprävalenz, an irgendeiner Unterform der PDD zu erkranken, liegt zusammengenommen zwischen ein und sechs Prozent (Schramm, Klein, Elsaesser, Furukawa & Domschke, 2020).

Speziell für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Depression hat McCullough (2000; deutsch: Schramm, Schweiger, Hohagen & Berger, 2006) beginnend in den 1970er Jahren das Cognitive Behavioral Analysis of Psychothe-

rapy, kurz CBASP, entwickelt. CBASP integriert verhaltenstherapeutische, psychodynamische und interpersonelle Therapiekonzepte.

Im Folgenden wird zunächst das CBASP-Störungsmodell gemeinsam mit der aktuellen Studienlage zur Überprüfung der theoretischen Annahmen dargestellt. Danach folgt eine kurze Beschreibung der wichtigsten CBASP-Elemente, wie sie in einer Einzeltherapie zur Anwendung kommen. Die Ausführungen können quasi als ein Glossar der wichtigsten CBASP-Begriffe zum besseren Verständnis der übrigen Beiträge dieses Themenheftes verstanden werden. Im dann folgenden Abschnitt wird auf die Evidenzbasierung von CBASP und auf Leitlinienempfehlungen eingegangen. Ein kurzer Ausblick schließt den Beitrag.

2 INTERPERSONELLES STÖRUNGSMODELL DER PERSISTIERENDEN DEPRESSIVEN STÖRUNG

McCullough (1984) hat die Entstehung und Aufrechterhaltung der PDD von Beginn seiner Entwicklung von CBASP an in einen interaktionellen Kontext gestellt. Er nimmt an, dass bei der chronischen Depression die zwischenmenschlichen Interaktionen sowie wechselseitige Beeinflussung Betroffener und anderer Personen durch zwei Kernprobleme dysfunktional beeinflusst sind (McCullough, Schramm & Penberthy, 2015).

2.1 INTERPERSONELLES ANGST-VERMEIDUNGS-MUSTER

Kernproblem 1 formuliert die Annahme, dass chronisch Depressive aufgrund ihrer interpersonellen Grundängste ein anhal-

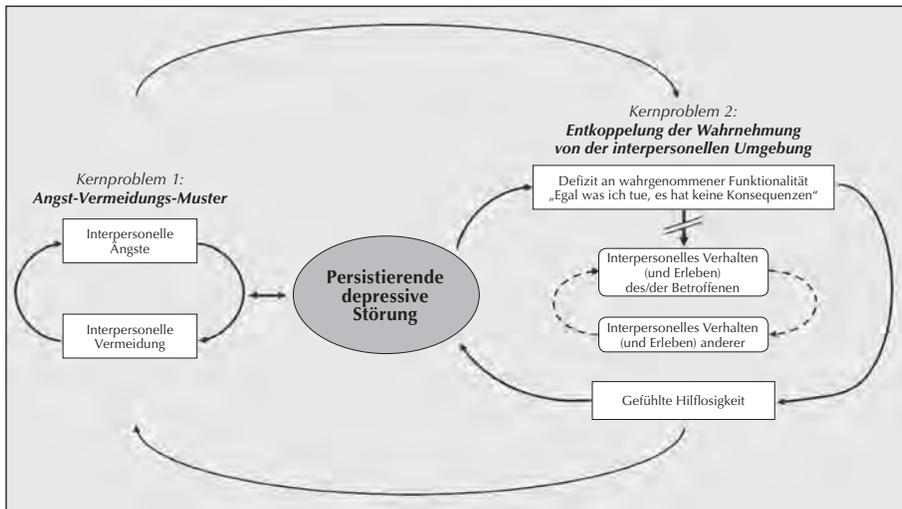


Abbildung 1: Schematische Darstellung des CBASP-Störungsmodells mit den zwei Kernproblemen chronisch depressiver Personen (Erläuterungen im Text)

tend interpersonelles Vermeidungsmuster zeigen. Dieses interpersonelle Angst-Vermeidungs-Muster (siehe Abbildung 1, linke Seite) spiegelt sich häufig in zwischenmenschlichem Verhalten wider, das sich als feindselig-submissiv (im Kontakt nicht spürbar, zurückgezogen und passiv), feindselig (attackierend und distanziert) und/oder feindselig-dominant (herabwürdigend und abwerten) beschreiben lässt. Es hat häufig die Folge, dass sich die jeweils mit der depressiven Person interagierende Person abwendet und zurückzieht. Die chronisch Depressive wiederum zieht sich selbst immer mehr aus ihrem sozialen Umfeld zurück, was häufig zu einer geringen Grundrate an sozialen Beziehungen im Verlauf des Lebens führt. Positiv erlebte und verstärkende soziale Interaktionen bleiben aus, was zur Aufrechterhaltung der chronischen Depression beiträgt, die wiederum auf die interpersonellen Grundängste und das Vermeidungsverhalten aufrechterhaltend rückwirkt.

In Übereinstimmung mit dieser Annahme berichten Klein, Stahl und KollegInnen (2020), dass chronisch Depressive signifikant mehr interpersonelle Ängste angeben als nicht-chronisch, unipolar Depressive und beide Patientengruppen mehr interpersonelle Ängste aufweisen als gesunde Personen. In einer Studie von Brockmeyer, Kulesa, Hautzinger, Bents & Backenstrass (2015) zeigen chronisch Depressive im Vergleich zu episodisch Depressiven und Gesunden mehr kognitive, behaviorale und soziale Vermeidung. Zudem geben PatientInnen mit PDD im Vergleich zu Gesunden ein erhöhtes Maß an Bindungsangst und Bindungsvermeidung an (Sabaß et al., 2022). Auch die Ergebnisse der Meta-Analyse von Bird, Tarsia & Schwannauer (2018) stehen in Einklang mit der Formulierung des ersten Kernproblems chronisch depressiver Patienten im CBASP. Die Autoren ermitteln große Effektstärken für einen feindselig-unterwürfigen und unterwürfigen Interaktionsstil bei chronisch Depressiven im Vergleich zu nicht-chronisch Depressiven und eine

mittlere Effektstärke für einen feindseligen Interaktionsstil. Reinhard und KollegInnen (2022) zeigen, dass PatientInnen mit einer PDD im Vergleich zu gesunden Personen ein signifikant kleineres soziales Netz aufweisen und sich deutlich einsamer fühlen.

2.2

WAHRNEHMUNGSENTKOPPLUNG VON DER INTERPERSONELLEN UMGEBUNG

Das zweite Kernproblem besteht in der Formulierung von McCullough und Kolleginnen (2015) in der Entkopplung der Wahrnehmung der oder des Betroffenen von seiner sozialen Umwelt und deren Folgen (Abbildung 1, rechte Seite). Mit dem Begriff der Wahrnehmungsentkopplung (im Original „perceptual disconnection“) wird beschrieben, dass chronisch Depressive sich nicht gewahr sind, dass interpersonelles Verhalten Konsequenzen auf Seiten der jeweiligen InteraktionspartnerIn hat. In Abbildung 1 ist die Annahme, dass Menschen, die miteinander interagieren, sich wechselseitig beeinflussen (z. B. Kiesler, 1996), mit Hilfe des inneren Kreismodells dargestellt. Mit dem Konzept der Wahrnehmungsentkopplung wird nun angenommen, dass chronisch Depressive sich dieser wechselseitigen Beeinflussung nicht gewahr sind (in Abbildung 1 sind die Pfeile im Inneren deshalb gestrichelt gezeichnet und der Pfeil von oben zu der wechselseitigen Beeinflussung durchgestrichen) und damit die interpersonellen Konsequenzen des von der chronisch depressiven Person gezeigten Verhaltens zu keiner eigenen Verhaltensänderung führen. Weder positive noch negative Reaktionen der interagierenden Person wirken verhaltensändernd auf die depressive Person zurück. Quasi losgelöst von den Verhaltenskonsequenzen erlebt sich die oder der chronisch

Depressive im zwischenmenschlichen Bereich als ineffektiv, alles bleibt so, wie es schon immer war. Die so erlebte Hilflosigkeit führt in die chronische Depression und hält diese aufrecht. Die Depression wiederum trägt zur Aufrechterhaltung der Wahrnehmungsentkopplung bei, so dass soziale Interaktionen nicht korrigierend verarbeitet werden bzw. modifizierend auf das Erleben des oder der Betroffenen wirken können.

In Bezug auf die Frage, inwieweit die beiden Kernprobleme interagieren oder sich wechselseitig aufrechterhalten, hat McCullough keine expliziten Annahmen formuliert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass eine Vermeidung sozialer Interaktionen (Kernproblem 1) zu einer Aufrechterhaltung der Wahrnehmungsentkopplung (Kernproblem 2) beiträgt und die Wahrnehmungsentkopplung soziale Interaktionen sehr viel unsicherer und angstbesetzter erleben lässt, so dass eine Vermeidung solcher Situationen wahrscheinlicher wird.

2.3

PRÄOPERATORISCHES DENKEN IM INTERPERSONELLEN KONTEXT

McCullough (2000) beschreibt in Ergänzung zu den beiden Kernproblemen chronisch Depressive deren Psychopathologie in Analogie zu der präoperationalen Phase der Entwicklungstheorie von Piaget: Chronisch Depressive denken wie Kinder im ca. dritten bis siebten Lebensjahr global und prälogisch. Sie lassen sich nicht durch die Argumentation und logische Denkweise anderer beeinflussen. Sowohl Kinder in der präoperationalen Phase als auch chronisch Depressive sind in ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung ichzentriert. Die Kommunikation ist häufig monologisierend. Chronisch Depressive sind nicht zu authentischer Empathie fähig. Die Vergleichbarkeit des Denkens

und Verhaltens hat McCullough jedoch nicht generell gesehen, sondern auf den interpersonellen Bereich bei chronisch Depressiven eingeschränkt. Lediglich im zwischenmenschlichen Bereich zeigen chronisch Depressive eine Unfähigkeit, operativ, d. h. instrumentell in Ziel-Mittel-Relationen zu denken (vgl. auch Caspar, Walter & Schnell, 2013).

Empirische Bestätigung findet diese Beschreibung der Psychopathologie in Studien von Kühnen und KollegInnen (2011) und Klein, Grasshoff und KollegInnen (2020): Chronisch Depressive zeigen in einem Fragebogen im Vergleich zu episodisch depressiv Erkrankten und gesunden Personen signifikant ungünstigere Werte im Sinne einer stärkeren Ausprägung präoperatorischen Denkens. Klein, Grasshoff und KollegInnen (2020) zeigen darüber hinaus, dass sich der präoperatorische Denkstil störungsspezifisch bei Depressiven, jedoch nicht bei PatientInnen mit einer Panik- oder einer Schmerzstörung im Vergleich zu gesunden Personen nachweisen lässt.

Werden die angenommenen Empathiedefizite chronisch Depressiver fragebogenbasiert oder unter Verwendung eines Theory-of-Mind-(ToM)-Paradigmas untersucht, ergeben sich uneinheitliche Ergebnisse, insbesondere dann, wenn in den ToM-Analysen allgemeine neurokognitive Defizite herausgerechnet werden (siehe im Überblick bei Backenstraß, 2021). Die Ergebnisse von Guhn, Merkel und KollegInnen (2022) können möglicherweise die uneinheitlichen Befunde auflösen: Chronisch Depressive zeigen lediglich unter Stress im Vergleich zu Gesunden eine signifikant reduzierte Empathie. Unter der Bedingung, dass sie keinen erhöhten Stress empfinden, ergibt sich auch kein Empathiedefizit.

Brockmeyer, Zimmermann und KollegInnen (2015) haben die angenommene Tendenz zur Ichzentriertheit chronisch

Depressiver anhand des Konstruktes der selbstfokussierten Aufmerksamkeit operationalisiert. Sie haben anhand von Textanalysen und dem Auszählen von Personalpronomen während einer autobiografischen Erinnerungsaufgabe untersucht, ob chronisch depressive Personen häufiger Wörter wie Ich, Mich und Mir verwenden. Es zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Depressionsgruppen (chronisch vs. nicht-chronisch) im Sinne der Annahme.

2.4

FRÜHE TRAUMATISIERUNG ALS ZENTRALER ÄTIOLOGIEFAKTOR

McCullough hat die Beschreibung der Kernprobleme und Psychopathologie chronisch Depressiver mit der Ätiologieannahme verknüpft, dass die Betroffenen vor dem Hintergrund anhaltender Traumatisierungen wie z. B. emotionaler Missbrauch oder emotionale Vernachlässigung – quasi als Überlebensstrategie – die interpersonellen Eigenarten entwickelt haben (McCullough et al., 2015). Vor allem von PatientInnen mit PDD mit frühem Krankheitsbeginn werden entsprechend dieser Annahme Traumatisierungen in Kindes- und Jugendalter berichtet. Frühen traumatisierenden Erfahrungen im sozialen Kontext wird damit eine maßgebliche ätiologische Bedeutung beigemessen, ohne dass jedoch andere Faktoren wie z. B. hereditäre oder neurobiologische Einflüsse ausgeschlossen werden.

Unter den Begriffen Childhood Maltreatment und Adverse Childhood Experiences werden negative Kindheits-erfahrungen wie z. B. psychische und physische Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und Missbrauch sowie elterliche Antipathie und Feindseligkeit zusammengefasst (z. B. Wiers-

ma & van Schaik, 2013). Die Forschung zeigt nun, dass bei PatientInnen mit einer aktuellen Major Depression frühe interpersonelle Traumatisierungen mit einem signifikant erhöhten Risiko zur Entwicklung einer chronischen Depression einhergehen (Wiersma et al., 2009). Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der Meta-Analyse von Nelson, Klumpp, Doebler & Ehring (2017): Frühe Traumatisierungen erhöhen deutlich das Risiko, an einer Depression zu erkranken, wobei emotionalem Missbrauch als eine Form der Traumatisierung die größte Bedeutung zukommt. Frühe Traumatisierungen gehen zudem mit einem ca. vier Jahre früheren Erkrankungsalter einher. Und schließlich ist die Wahrscheinlichkeit eines chronischen Depressionsverlaufs doppelt so hoch, wenn die Befragten von frühen Traumatisierungen berichten.

Die Rate an moderaten bis schweren frühen Traumatisierungen liegt bei chronisch Depressiven bei 70 bis zu 80 Prozent (letztere Rate vor allem bei stationär behandelten chronisch depressiven PatientInnen, z. B. Brakemeier et al., 2018). Bei PDD-Betroffenen wird zudem der Zusammenhang von früher Traumatisierung und der erlebten Einsamkeit über die Bindungsvermeidung (im Sinne des Kernproblems 1) vermittelt (Sabaß et al., 2022).

2.5

CHRONISCHE DEPRESSION MIT SPÄTEM ERKRANKUNGSBEGINN

McCullough (2000) geht in seinem ursprünglich formulierten CBASP-Therapiemodell davon aus, dass auch PatientInnen, die nach dem 21. Lebensjahr an einer Depression erkranken und deren Depression dann chronifiziert (gegebenfalls auch ohne frühe Traumatisierungen erlebt zu haben), bedingt durch die lang anhaltende depressive Symptomatik das oben beschriebene Angst-Ver-

meidungs-Muster und insbesondere eine Wahrnehmungsentkopplung entwickeln können. In aktuelleren Publikationen (z. B. McCullough et al., 2015) fokussiert sich CBASP jedoch immer stärker auf die Behandlung von PDD-Betroffenen, die von frühen Traumatisierungen berichten und deren Psychopathologie sich mit dem dargestellten Störungsmodell inklusive der Bedeutung früher Traumatisierungen verstehen lässt.

2.6

FAZIT

ZUM CBASP-STÖRUNGSMODELL

McCullough hat ein schwerpunktmäßig interpersonelles Störungsmodell der PDD entwickelt, das klinisch hoch plausibel erscheint und in weiten Teilen empirisch gestützt wird. Vor dem Hintergrund früher traumatischer Erfahrungen haben Betroffene einen Interaktionsstil entwickelt, anhand dessen sie den negativen Einfluss prägender Bezugspersonen bewältigen, was dann aber in depressives Erleben führt. Anhaltend interpersonelle Grundängste, Vermeidung, Wahrnehmungsentkopplung und soziale Kompetenzdefizite entwickeln sich im Zuge der negativen Erfahrungen und halten die Depression aufrecht.

In Ergänzung zur wissenschaftlichen Beschreibung des Störungsmodells hat McCullough (z. B. McCullough et al., 2015) zur besseren Verständigung mit den Betroffenen das Bild eines Menschen entwickelt, der wie hinter einer Mauer lebt. Genauer: chronisch Depressive erleben sich im zwischenmenschlichen Bereich wie hinter einer Mauer lebend. Sie haben den Eindruck, dass sie andere Personen nicht erreichen, nicht wirklich beeinflussen können. Zugleich können die Personen des sozialen Umfeldes (u. a. auch die TherapeutIn zu Beginn der Behandlung) die chronisch depressive Person „hinter

der Mauer“ nicht wirklich erreichen bzw. zu einer Veränderung des Denkens und/oder Verhaltens bewegen. Metaphorisch gesprochen, besteht somit das therapeutische Ziel im CBASP, die Mauer Stein für Stein abzutragen oder zu durchlöchern und chronisch Depressiven erfahrbar zu machen, dass sie interpersonell Einfluss nehmen können, um ihre eigenen Ziele zu erreichen.

3 CBASP-ELEMENTE IN DER EINZELTHERAPIE

Die manualisierte CBASP-Einzeltherapie (McCullough, 2000) folgt einem in weiten Teilen strukturierten Ablauf (siehe auch Backenstraß, 2021). In folgender Aufzählung sind die zentralen, einzeltherapeutischen Interventionselemente des CBASP gelistet, die danach kurz erläutert werden (eine ausführliche Darstellung des stationären CBASP-Konzepts ist in diesem Heft bei Zehender und Thiel zu finden; eine gruppentherapeutische Adaption bei Fangmeier, ebenfalls in diesem Heft):

1. Liste der prägenden Bezugspersonen (LpB),
2. Übertragungshypothese (ÜH),
3. Situationsanalyse (SA),
4. Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ),
5. Kontingente Persönliche Reaktion (KPR).

3.1 LISTE PRÄGENDER BEZUGSPERSONEN (LpB)

Die Erhebung der Liste der prägenden Bezugspersonen, die direkt nach einer diagnostischen Abklärung und einer kurzen Erläuterung zum CBASP (vgl. Klein, Backenstraß & Schramm, 2022) folgt, hat das Ziel, die Prägungen der PatientIn durch ihre Bezugspersonen strukturiert

und fokussiert zu erheben, um mit den gewonnenen Informationen eine Hypothese zu den zentralen Beziehungserwartungen formulieren zu können. Als prägend gelten alle Bezugspersonen, mit denen die Betroffene tiefgreifende Beziehungserfahrungen gemacht hat. Das sind i. d. R. die Eltern, es können darüber hinaus Geschwister, Großeltern, Lehrer, Schulkameraden bzw. Personen aus der Peer-Group sein. Es werden in einem relativ schematisierten Ablauf die einzelnen Personen im Hinblick auf deren Prägung der chronisch Depressiven besprochen (Klein et al., 2022). Am Ende steht für jede Bezugsperson eine Prägung, die im direkten Gespräch mit der PatientIn im CBASP häufig auch Stempel genannt wird. Es hat sich klinisch als sinnvoll erwiesen, nicht mehr als sechs bis sieben Personen im Sinne einer prägenden Bezugsperson gemeinsam mit der PatientIn zu analysieren. Bei Fangmeier (in diesem Heft) und auch bei Zehender und Thiel (in diesem Heft) sind Beispiele für konkrete, fallbezogene Prägungen aufgeführt.

3.2 ÜBERTRAGUNGSHYPOTHESE (ÜH)

McCullough (2000) hat mit dem Übertragungsbegriff ein wichtiges Konzept psychodynamischer Therapieformen in CBASP eingeführt. Die Konzeptualisierung, Verwendung und Berücksichtigung der Übertragung unterscheidet sich jedoch im CBASP von psychoanalytischen Ansätzen. Im CBASP erfragt die TherapeutIn proaktiv und zielgerichtet Informationen zu früheren Beziehungserfahrungen (im Rahmen der Liste der prägenden Bezugspersonen) und formuliert danach Vermutungen zum Übertragungserleben in der Übertragungshypothese. Die Übertragungshypothese wird somit nach der Erhebung der Liste der prägenden Bezugspersonen und damit

relativ früh im therapeutischen Prozess formuliert. Zudem wird versucht, die PatientIn bei der Hypothesenbildung und -formulierung angesichts der erarbeiteten Prägnanzen mit einzubinden. Die zentrale Beziehungserwartung (Übertragungshypothese) sollte in einer einzigen Formulierung festgehalten werden (nicht mehrere Übertragungshypothesen). Dabei kann auf die von McCullough (2000) beschriebenen Übertragungsbereiche (Fehler machen, Nähe zulassen, negative Affekte äußern und Bedürfnisse äußern) als thematische Orientierung zurückgegriffen werden (Klein et al., 2022). Beispiele für formulierte Übertragungshypothesen finden sich bei Guhn, Köhler & Sterzer (in diesem Heft), Fangmeier (in diesem Heft) und Zehender & Thiel (in diesem Heft).

3.3

SITUATIONSANALYSE (SA)

Die Situationsanalyse ist das zentrale Therapie-Element im CBASP. Mit ihr werden Situationen und Begegnungen, die eine chronisch depressive Person mit einem anderen Menschen außerhalb der therapeutischen Beziehung erlebt, analysiert. Es wird dabei das Ziel verfolgt, dass die chronisch depressive Person lernt, zu erkennen, welche konkreten Konsequenzen das von ihr in einer Situation gezeigte interpersonelle Verhalten hat. Zudem soll die PatientIn Fertigkeiten erlernen, die ihr dabei helfen, ihre beabsichtigten Ergebnisse zu erreichen. In der CBASP-Einzeltherapie wird nach der Formulierung der Übertragungshypothese mit der Bearbeitung von Situationsanalysen begonnen bzw. das Schema an einem konkreten Beispiel der PatientIn eingeführt.

Tabelle 1: *Schematische Darstellung einer Situationsanalyse*

Erhebungs- (oder auch Explorations-)phase	
Schritte	Typische Fragen zur Anleitung
1. Beschreibung der Situation	Was ist passiert? Beschreiben Sie bitte die Situation mit einem klaren Beginn und Ende.
2. Interpretationen	Wie haben Sie die Situation interpretiert/aufgefasst/gelesen?
3. Verhalten	Was haben Sie in der Situation getan, wie haben Sie sich verhalten?
4. Tatsächliches Ergebnis (TE)	Wie ist die Situation für Sie ausgegangen?
5. Erwünschtes Ergebnis (EE)	Welchen Ausgang hätten Sie sich gewünscht?
6. Vergleich des TE mit dem EE	Haben Sie erreicht, was Sie wollten? Warum nicht?
Lösungsphase	
1. Revision Interpretationen	Ist meine Interpretation in der Situation verankert? Trägt die Interpretation dazu bei, mein erwünschtes Ergebnis zu erreichen?
2. Veränderung Verhalten	Mit welchem Verhalten könnten Sie Ihr erwünschtes Ergebnis eher erreichen? Wäre Blickkontakt günstiger? Welche Mimik und Gestik wären hilfreich?
3. Zusammenfassung des Gelernten	Fassen Sie bitte zusammen, was Sie bei dieser Situationsanalyse gelernt haben!
4. Generalisierung und Übertragung auf den Alltag	Was habe ich Neues gelernt? Was war wichtig? In welchen Situationen werde ich das anwenden können?

Die Situationsanalyse besteht aus einer Erhebungsphase (oder auch Explorationsphase genannt) und einer Lösungsphase. Beide Phasen sind wiederum in mehrere Schritte untergliedert. In Tabelle 1 sind die jeweiligen Schritte der beiden Phasen gelistet und durch typische Fragen, die von der TherapeutIn zur Durchführung der Situationsanalyse gestellt werden, erläutert.

Ausführliche Beschreibungen des Vorgehens bei der Durchführung einer Situationsanalyse mit Beispielen finden sich bei McCullough (2000) und Backenstraß (2021). Eine kürzere Darstellung des Vorgehens mit Arbeitsmaterialien findet sich bei Klein und KollegInnen (2022). Bei Grosse-Wentrup und Kollegen (in diesem Heft) wird ausführlich eine Adaptation des Vorgehens zur Analyse digitaler Kommunikation via Messenger-Systeme beschrieben.

3.4

INTERPERSONELLE DISKRIMINATIONSÜBUNG (IDÜ)

Der Gestaltung der therapeutischen Beziehung kommt im CBASP eine zentrale Rolle zu. McCullough (2000, 2012) hat die besondere Beziehungsgestaltung unter dem Begriff des „Disciplined Personal Involvement“ (DPI) zusammengefasst. In der deutschsprachigen Übersetzung der Buchveröffentlichung zur ausführlichen Beschreibung der Beziehungsgestaltung im CBASP (McCullough, 2012) wird hierfür der umfassendere Terminus „diszipliniert persönliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung“ gewählt. Mit „persönlich“ wird begrifflich darauf hingewiesen, dass die TherapeutIn im Rahmen der beiden CBASP-Elemente „Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ)“ und „Kontingente Persönliche Reaktion (KPR)“ ihr eigenes Verhalten und ihr Erleben zum Gegenstand des therapeuti-

schen Gesprächs macht. Sie verfolgt mit entsprechenden Selbstöffnungen immer das Ziel, der PatientIn die interpersonellen Konsequenzen ihres Verhaltens im Hier-und-Jetzt zu verdeutlichen, damit sie lernen kann, kausale Schlussfolgerungen zwischen eigenem Verhalten und der Reaktion interagierender Personen – hier der TherapeutIn – zu ziehen. Während mit der Situationsanalyse somit soziale Interaktionen außerhalb der Therapie im Detail analysiert werden, damit die chronisch depressive Person lernen kann, ihre Wahrnehmungsentkopplung zu reduzieren, setzen die IDÜ und KPR innerhalb der therapeutischen Beziehung an.

Mit der IDÜ wird nun zusätzlich das Ziel verfolgt, dass die PatientIn lernt, zwischen ihrer TherapeutIn und den früheren, sie verletzenden, prägenden Personen zu unterscheiden. Diese Unterscheidung stellt für die PatientIn bei der Besprechung emotional wenig bedeutsamer Themen in aller Regel keine Schwierigkeit dar. Kommt es im Verlauf der CBASP-Behandlung jedoch zu sog. emotionalen Brennpunkten (also zur Aktivierung von Themen, wie sie oben bei der Formulierung der Übertragungshypothese spezifiziert wurden), erwartet die PatientIn vor dem Hintergrund ihrer prägenden Beziehungserfahrungen, dass die TherapeutIn sich ähnlich wie die sie prägende Bezugsperson verhält. Die IDÜ setzt deshalb auf Seiten der TherapeutIn das Wissen voraus, das mit der Liste der prägenden Bezugspersonen gesammelt und in der Übertragungshypothese verdichtet wird. Sollte beispielweise eine PatientIn, die im Übertragungsbereich „Fehler, Versagen“ besonders geprägt ist, einen Termin verpassen oder die Aufgaben zwischen den Therapiesitzungen versehentlich vergessen haben, wird sie möglicherweise erwarten, dass die TherapeutIn – ähnlich wie z. B. die sie prägende Mutter – ärgerlich und strafend

reagiert und deshalb die Behandlung beendet. Die TherapeutIn greift eine solche Situation mit der Einleitung einer IDÜ auf. Im Zuge der Übung leitet sie ihre PatientIn an, zwischen dem erwarteten Verhalten der prägenden Bezugsperson und ihrem eigenen, dem der TherapeutIn, gezeigten Verhalten zu unterscheiden. In Klein und KollegInnen (2022) ist ein formalisiertes Ablaufschema mit weiteren Hinweisen zum konkreten Vorgehen publiziert.

3.5 KONTINGENT PERSÖNLICHE REAKTION (KPR)

Während die IDÜ durch einen klar strukturierten Ablauf gekennzeichnet ist, indem das Vorgehen in einzelnen Schritten weitgehend festgelegt ist, handelt es sich bei der KPR im Kern um eine weniger eindeutig strukturierte Therapiestrategie. Um die Grundidee dieses Therapieelements besser verdeutlichen zu können, hat McCullough (2012) deshalb anhand mehrerer ausführlicher Beispiele, in der er Therapieausschnitte präsentiert und kommentiert, einen angemessenen Einsatz der KPR veranschaulicht.

Ausgangspunkt für eine KPR ist interpersonelles Verhalten der PatientIn in der laufenden Therapie, das darauf schließen lässt, dass der PatientIn die interpersonellen Konsequenzen ihres Verhaltens nicht gegenwärtig sind. So kann sie die Konsequenz ihres immer wiederkehrenden Verhaltens – z. B. durch negative Bewertungen der Behandlung mit Aussagen wie „es hilft mir ja sowieso nichts“ oder „bei mir ist alles vergeblich“ oder „Sie können mir auch nicht helfen“ –, nämlich eine zunehmende Frustration der TherapeutIn, völlig übersehen bzw. nicht wahrnehmen. Bei der KPR spricht die TherapeutIn in dem Moment, in dem ihre PatientIn erneut eine solche Aussage tätigt, ihre

Frustration als Folge des Verhaltens der PatientIn an. Die KPR ist somit im ersten Schritt nichts anderes als eine Selbstöffnung der TherapeutIn mit dem Ziel, die PatientIn mit ihrer personalen Umwelt – also hier der TherapeutIn – in Verbindung zu bringen, ihr zu helfen, die zwischenmenschlichen Folgen des eigenen Verhaltens zu erkennen. In dem der Selbstöffnung folgenden therapeutischen Dialog versucht die TherapeutIn deshalb, mit der PatientIn herauszuarbeiten, dass das in der persönlichen Mitteilung geäußerte Gefühl Folge bzw. Konsequenz des Verhaltens der PatientIn ist. Die PatientIn kann nun für sich überprüfen, ob sie diese Konsequenz anstrebt bzw. angestrebt hatte. Im nächsten Schritt kann dann erarbeitet werden, durch welches (funktionalere) zwischenmenschliche Verhalten die PatientIn ihr eigentliches Ziel erreichen kann.

3.6 KIESLER-KREIS

Den sog. Kiesler-Kreis habe ich absichtlich oben bei der Auflistung der CBASP-Therapieelemente, wie sie entsprechend dem Therapiemanual von McCullough (2000) in der Behandlung eingesetzt werden, unberücksichtigt gelassen, obwohl zwischenzeitlich gerade die Anwendung des Kiesler-Kreises häufig mit CBASP gleichgesetzt wird. Tatsächlich aber sieht McCullough die direkte Verwendung des von Donald J. Kiesler (z. B. 1996) entwickelten Circumplexmodells zur Erfassung und Darstellung interpersonellen Verhaltens nicht vor. Vielmehr schlägt McCullough zum Zwecke der Therapieplanung die Verwendung des Impact Message Inventory (IMI; Kiesler & Schmidt, 1993; deutsch: Caspar, Berger, Fingerle & Werner, 2016) vor. Das Ergebnis des Fragebogens wird auf dem Kiesler-Kreis dargestellt, womit die TherapeutIn bereits nach

wenigen Therapiesitzungen einen Anhalt dafür hat, welchen Stimuluscharakter sie der jeweiligen PatientIn zuschreibt. Mit Stimuluscharakter übersetzt McCullough (2000) das Konzept der Impact Messages aus der Interpersonellen Theorie von Kiesler (1996) in verhaltenstherapeutische Sprache und ermöglicht es der TherapeutIn somit, in der Therapieplanung zu berücksichtigen, ob sie ihre PatientIn z. B. als ausgesprochen feindselig-unterwürfig erlebt. Vor dem Hintergrund der Komplementaritätsannahme der Interpersonellen Theorie sollte die TherapeutIn berücksichtigen, dass feindselig-unterwürfiges Verhalten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einem feindselig-dominanten Verhalten der InteraktionspartnerIn, also hier der TherapeutIn, führt.

Tielking, Sürig, Glanert, Borgwardt & Klein (in diesem Heft) haben untersucht, inwieweit dem von einer TherapeutIn eingeschätzten Stimuluscharakter (anhand des IMI) einer PatientIn prädiktiver Wert für den Erfolg einer CBASP- bzw. Metakognitiven Therapie zukommt, und untermauern damit die Bedeutung der Einschätzung des Stimuluscharakters der PatientInnen und deren Repräsentation auf dem Kiesler-Kreis.

Im Rahmen der Entwicklung eines CBASP-Gruppentherapie-Angebots (Schramm, Brakemeier & Fangmeier, 2012) und einer stationären CBASP-Konzeption (Brakemeier, Guhn & Normann, 2021; Zehender & Thiel, in diesem Heft) hat zwischenzeitlich die systematische Einbeziehung des Kiesler-Kreises in das therapeutische Vorgehen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Einerseits wird er häufig bei der Durchführung einer Situationsanalyse zur Einordnung des jeweiligen interpersonellen Verhaltens herangezogen. Andererseits ist vor allem für die Anwendung im Gruppenformat ein eigenes Kiesler-Kreis-Training entstanden (Guhn, Köhler & Brakemeier, 2019).

4

EMPIRISCHE EVIDENZ
UND LEITLINIEN-EMPFEHLUNGEN

CBASP wurde in den etwas mehr als letzten zwanzig Jahren im Hinblick auf seine Wirksamkeit in mehreren empirischen Studien getestet. Es liegen aktuell bereits zehn randomisiert-kontrollierte und mehrere Beobachtungsstudien vor (siehe im Überblick Backenstraß, 2021). Dabei ist CBASP mit der Wirksamkeit antidepressiver Medikation und verschiedenen Psychotherapiemodellen wie z. B. der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) oder der Supportiven Psychotherapie (SP) sowie „Care as usual“ (Behandlung in der Regelversorgung) verglichen worden. Entsprechend dem von McCullough (2000) formulierten Indikationsbereich für CBASP wurden nahezu alle Studien mit PatientInnen, die an einer chronischen Depression litten, durchgeführt.

Es zeigte sich, dass CBASP in Kombination mit antidepressiver Medikation wirksamer ist, als wenn eine der beiden Behandlungsoptionen alleine zur Anwendung gebracht wird. Im Vergleich zu anderen Psychotherapieansätzen zeigt sich in keiner der bisher durchgeführten Studien eine Unterlegenheit von CBASP, wenn ausschließlich chronisch depressive Patienten behandelt werden. Im Gegenteil erweist sich CBASP als mindestens gleich wirksam oder wirksamer (Backenstraß, 2021). Neben den Befunden der Einzelstudien weisen auch vorliegende Meta-Analysen (z. B. Negt et al., 2016) und eine sog. Netzwerk-Meta-Regressionsanalyse (Furukawa et al., 2018) auf die Wirksamkeit von CBASP hin.

In Bezug zur Frage nach der Aufrechterhaltung der durch CBASP erreichten Therapieerfolge lässt sich vor dem Hintergrund nur weniger Studien vorläufig feststellen, dass im Vergleich zur Routineversorgung die mit CBASP behan-

delten PatientInnen den etwas besseren Langzeitverlauf aufweisen. Ohne weitere CBASP-Therapiesitzungen zur Sicherung der Therapieerfolge (durchaus in etwas größeren Zeitabständen) scheint CBASP jedoch nach ca. einem Jahr nach Beendigung der Therapie seine Überlegenheit gegenüber anderen Therapieformen wie z. B. IPT oder SPT zu verlieren (Schramm et al., 2019; im Überblick Backenstraß, 2021)

Vor dem Hintergrund der skizzierten Befundlage wird CBASP als Behandlungsoption für die persistierende depressive Störung in den Empfehlungen der European Psychiatric Association und den britischen NICE-Guidelines aufgeführt. In der aktuell gültigen, nationalen S3-Leitlinie für die Unipolare Depression wird die vorhandene Evidenz von CBASP jedoch als zu schwach für Schlussfolgerungen eingeschätzt und – vor dem Hintergrund der „mangelnden flächendeckenden Verfügbarkeit“ (BÄK, KBV & AWMF, 2022, S. 157) – von einer speziellen Empfehlung abgesehen, was durchaus kritisch gesehen werden kann (vgl. Rief et al., 2022).

5 ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

CBASP ist ein integratives Psychotherapieverfahren zur Behandlung der persistierenden depressiven Störung, das auf einem ausgearbeiteten und in weiten Teilen empirisch validierten Störungsmodell basiert. Neben der manualisierten CBASP-Einzeltherapie liegen Konzeptweiterungen für den stationären Bereich und für eine gruppentherapeutische Anwendung vor (Fangmeier, in diesem Heft; Zehender & Thiel, in diesem Heft). Anwendungen des Therapiemodells bieten sich nach klinischer Erfahrung auch bei

zur chronischen Depression komorbiden Störungen an (z. B. Backenstraß & Röttgers, 2013; Guhn et al., in diesem Heft). Erfolgversprechende Anpassungen des therapeutischen Vorgehens werden z. B. für den Kontext messengerbasierter Textnachrichten vorgelegt (Grosse-Wentrup et al., in diesem Heft). Während CBASP von McCullough schwerpunktmäßig für chronisch depressive Erwachsene entwickelt wurde, haben nun Dippel, Christiansen & Brakemeier (in diesem Heft) eine Modifikation des Ansatzes zur Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher entwickelt.

Das vorliegende Themenheft bietet somit einen sehr guten Überblick über aktuelle Entwicklungen von CBASP und dessen Anwendung in unterschiedlichen klinischen Settings.

LITERATUR

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Backenstraß, M. (2021). *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Backenstraß, M. & Röttgers, H.-O. (2013). CBASP bei Zwangsstörung und komorbider chronischer Depression. In: M. Belz, F. Caspar & E. Schramm (Hrsg.). *Therapieren mit CBASP* (S. 143–159). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Bird, T., Tarsia, M. & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 93–101.
- Brakemeier, E.-L., Dobias, J., Hertel, J., Bohus, M., Limberger, M.F., Schramm, E. et al. (2018). Childhood maltreatment in women with borderline personality disorder,

- chronic depression, and episodic depression, and in healthy controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 49–51.
- Brakemeier, E.-L., Guhn, A. & Normann, C. (2021). *Praxisbuch CBASP: Behandlung chronischer Depression und Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Brockmeyer, T., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H. & Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Journal of Affective Disorders*, 175, 418–423.
- Brockmeyer, T., Zimmermann, J., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., ... & Backenstrass, M. (2015). Me, myself, and I: Self-referent word use as an indicator of self-focused attention in relation to depression and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 6, 1564.
- BÄK, KBV & AWMF. (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.1*. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H. & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI: Das Impact Message Inventory nach Kiesler und seine Circumplexstruktur. *Psychotherapie im Dialog*, e1-e10.
- Caspar, F., Walter, H. & Schnell, K. (2013). Entwicklungspsychologische Grundlagen von CBASP. In M. Belz, F. Caspar & E. Schramm (Hrsg.), *Therapien mit CBASP* (S. 25–34). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Weitz, E. S., Cipriani, A., Keller, M. B., Kocsis, J. H. et al. (2018). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: Personalizing the treatment choice using individual participant data network metaregression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 140–153.
- Guhn, A., Köhler, S. & Brakemeier, E.-L. (2019). *Kiesler-Kreis-Training. Manual zur Behandlung interpersoneller Probleme*. Weinheim: Beltz.
- Guhn, A., Merkel, L., Heim, C., Klawitter, H., Teich, P., Betzler, F. et al. (2022). Impaired empathic functioning in chronic depression: Behavioral evidence for the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) model. *Journal of Psychiatric Research*, 152, 79–85.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kiesler, D. J. & Schmidt, J. A. (1993). *The impact message inventory: form IIA octant scale version*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- 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, J. P., Backenstrass, M. & Schramm, E. (2022). *Therapie-Tools CBASP: Psychotherapie chronischer Depression* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Klein, J. P., Grasshoff, L., Hermanns, R., Haeger, S., Sondermann, S., Kühnen, T. et al. (2020). Präoperatorisches Denken bei verschiedenen psychischen Störungen: Zwei Querschnittsstudien zum besseren Verständnis des CBASP. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 191–199.
- Klein, J. P., Stahl, J., Hüppe, M., McCullough, J. P., Schramm, E., Ortel, D. et al. (2020). Do

- interpersonal fears mediate the association between childhood maltreatment and interpersonal skills deficits? A matched cross-sectional analysis. *Psychotherapy Research*, 30, 267–278.
- Kühnen, T., Knappke, F., Otto, T., Friedrich, S., Klein, J. P., Kahl, K. G., Hüppe, M. et al. (2011). Chronic depression: Development and evaluation of the Luebeck Questionnaire for recording preoperational thinking (LQPT). *BMC Psychiatry*, 11, 199.
- McCullough, J. P. (1984). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy: An interactional treatment approach for dysthymic disorder. *Psychiatry*, 47, 234–250.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford.
- McCullough, J. P. (2012). *Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen*. Heidelberg: Springer.
- McCullough, J. P., Schramm, E. & Penberthy, J. K. (2015). *CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder*. New York: Routledge.
- Murphy, J. A. & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139, 172–180.
- Negt, P., Brakemeier, E.-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S. & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6, e00486.
- Nelson, J., Klumppend, A., Doeblner, P. & Ehrling, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210, 96–104.
- Reinhard, M. A., Popov, N., Rek, S. V., Nenov-Matt, T., Barton, B. B., Jobst, A. et al. (2022). Loneliness is associated with maladaptive schema modes in patients with persistent depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 56–60.
- Rief, W., Brakemeier, E.-L., Kaiser, T., Kircher, T., Lieb, K., Margraf, J. et al. (2022). Die NVL Depression benötigt mutigere und differenziertere Aussagen zur Psychotherapie. *Nervenarzt*, 93, 31–35.
- Sabaß, L., Buchenrieder, N., Rek, S. V., Nenov-Matt, T., Lange, J., Barton, B. B. et al. (2022). Attachment mediates the link between childhood maltreatment and loneliness in persistent depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 312, 61–68.
- Schramm, E., Brakemeier, E.-L. & Fangmeier, R. (2012). *CBASP in der Gruppe: Das Kurzmanual*. Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A. & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry*, 7, 801–812.
- Schramm, E., Kriston, L., Elsaesser, M., Fangmeier, T., Meister, R., Bausch, P. et al. (2019). Two-year follow-up after treatment with the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus supportive psychotherapy for early-onset chronic depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88, 154–164.
- Schramm, E., Schweiger, U., Hohagen, F. & Berger, M. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T. & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 983–989.

Wiersma, J. E. & van Schaik, D. J. F. (2013).
Die Rolle früher Traumatisierungen beim
CBASP. In M. Belz, F. Caspar & E. Schramm
(Hrsg.), *Therapieren mit CBASP* (S. 79-87).
München: Elsevier, Urban & Fischer.



PROF. DR. MATTHIAS BACKENSTRASS
KLINIKUM STUTTGART
INSTITUT FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE –
ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT
KRANKENHAUS BAD CANNSTATT
PRIESSNITZWEG 24
D-70374 STUTTGART
E-MAIL:
m.backenstrass@klinikum-stuttgart.de
backenstrass@pabst-publishers.com