

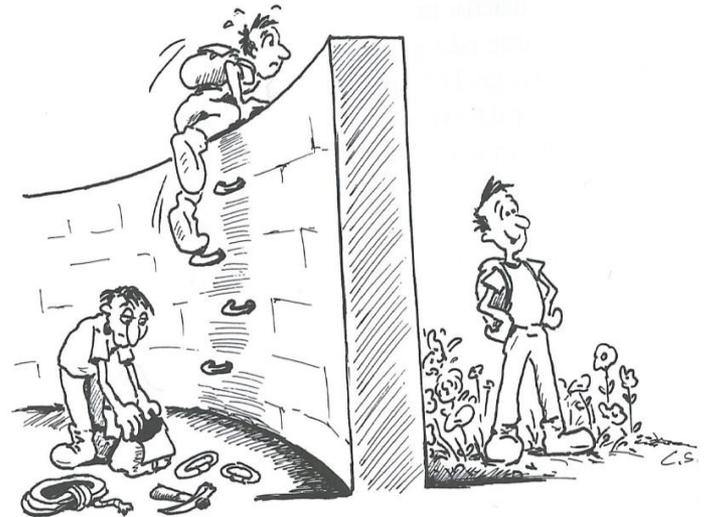
„Psychotherapie bei älteren Menschen mit chronischen Depressionen: die CBASP-Gruppe“.

6.11.2019 Symposium

„Aktuelle Entwicklungen bei der Psychotherapie von Angststörungen und Depressionen“

Somnia Klinik Hürth

Dr. Brigitte Konradt, LVR-Kliniken Bonn



Quelle: Brakemeier & Buchholz: Die Mauer überwinden, 2012.

„Nicht geschimpft ist genug gelobt!“

Bollmann S, Brakemeier EL. (2017). „Nicht geschimpft ist genug gelobt!“. Stationäre Psychotherapie mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) bei einer 81-jährigen chronisch depressiven Patientin. Psychotherapie im Alter 14(1) 65-82

Psychotherapie bei älteren Menschen mit chronischen Depressionen: die CBASP-Gruppe

1. Die spezifische Psychopathologie der chronischen Depression des Alters/altersspezifische Befunde
2. Der CBASP-Ansatz: was verbirgt sich dahinter?
3. Die wichtigsten Techniken im Überblick und deren Anpassung bei älteren Patienten
4. Die besondere Beziehungsgestaltung
5. Beispiel: Gruppe Gerontopsychiatrisches Zentrum LVR-Klinik Bonn

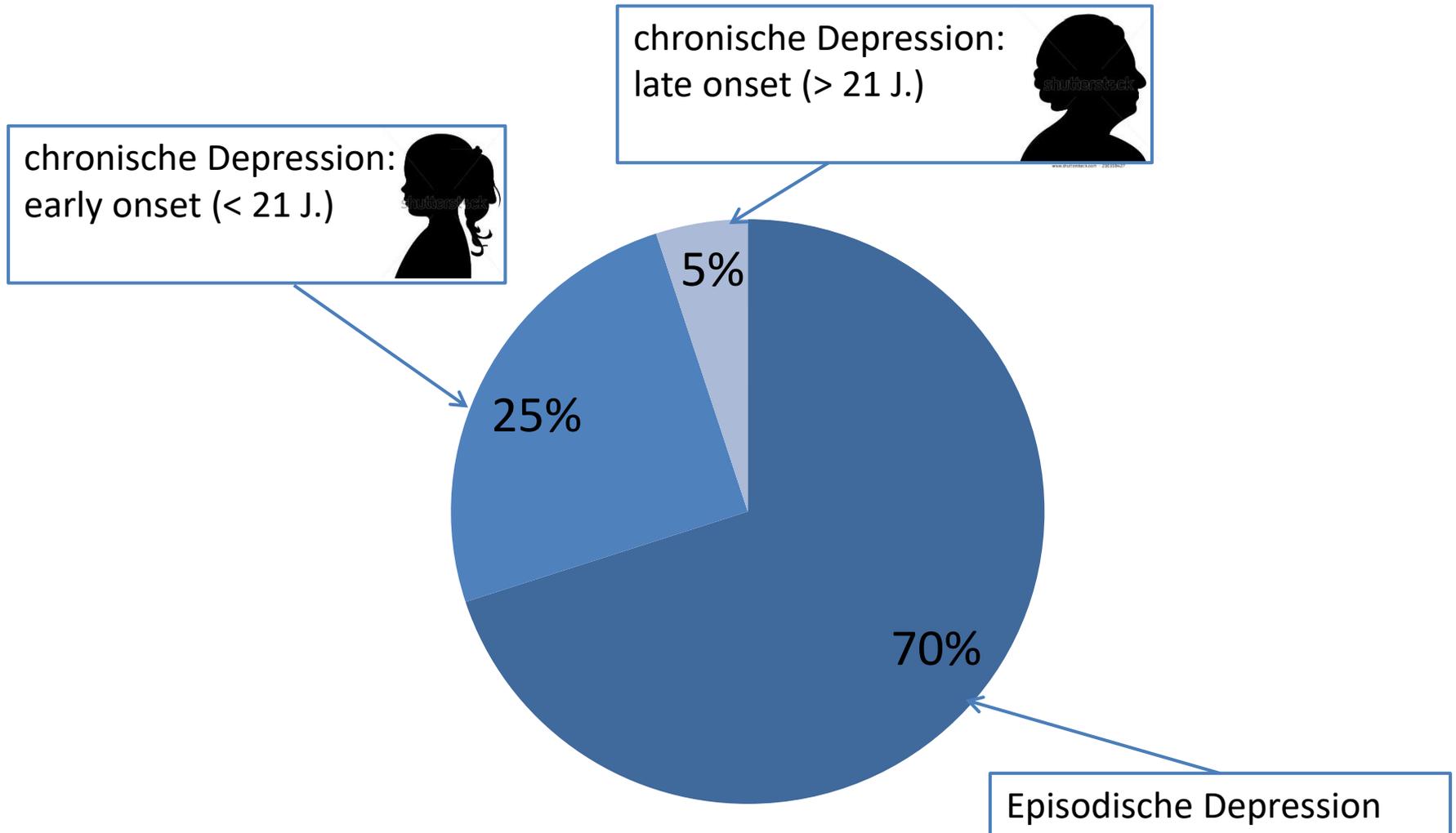


Beispiel Frau D., CBASP-Gruppe 2019



- 84 Jahre alt, verwitwet, 3 Kinder, keine Enkel
- Vater erst in Kriegsgefangenschaft. Geistig abwesend, ruhig, aber warmherzig zu ihr. Als sie 10 ist, verstirbt er, die einzig positive Person in ihrem Leben, plötzlich.
- Die Mutter, immer beschäftigt, hart, sagt nur: „*Das Leben muss weitergehen.*“
- Seitdem nicht mehr normal oder glücklich gefühlt
- Sehr schwere Geburt der zweiten Tochter, benötigte 1 Jahr intensive Pflege, gleichzeitig war sie berufstätig
- Ihr Mann sei emotional distanziert, wenig unterstützend gewesen. Mit den Sorgen und der Kindererziehung allein.
- Sie beschreibt sich als melancholisch, zweiflerisch und introvertiert
- Viele Behandlungen seit sie in den 40ern ist

Persistierende Depressionen



Persistierende Depressionen

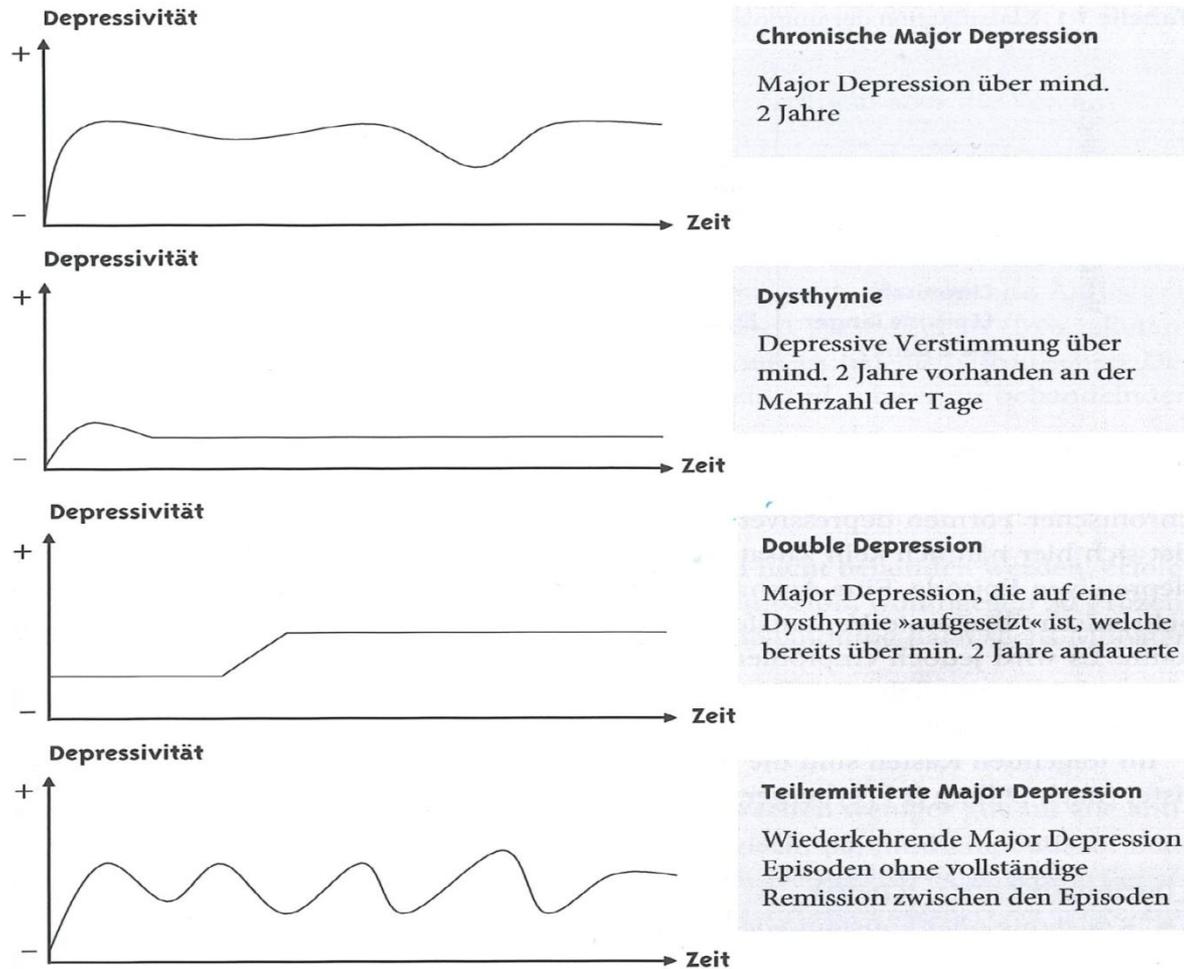


Abbildung 1.1 Verlauf der vier verschiedenen Formen chronischer Depressionen (nach Dunner, 2001)

Chronische Depression

- „Im Grunde fühle ich mich so depressiv, seitdem ich denken kann.“
- „Ich habe schon so viele Medikamente und Therapien ausprobiert, nichts hat bisher geholfen“
- **„Das Gefühl der inneren Leere ist eine Form der chronischen Depression, so als trauere man ständig um den Verlust des eigenen, wahren Selbst.“**

(John Bradshaw, „Das Kind in uns“, zit. nach Brakemeier & Normann, 2012)

S.27 Zitat

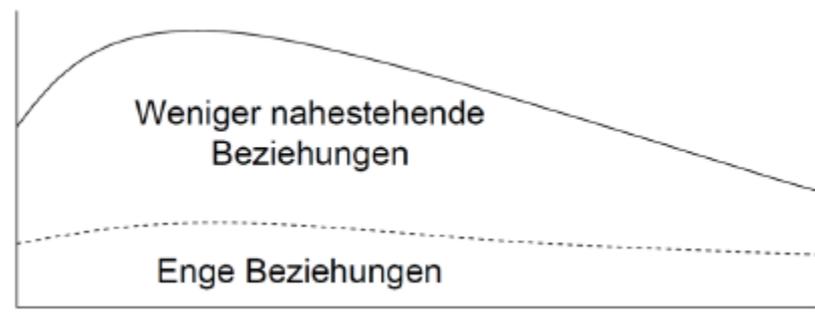
Risikofaktoren bei Älteren (Gallagher et al. 2013):

- Weibliches Geschlecht
- Bestehende sowie sich verschlechternde funktionelle Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Körperliche Symptome
- Vergangene depressive Episoden
- Zunehmende Schwere der depressiven Symptomatik
- vergleichsweise früher Beginn der Erkrankung (<50 Jahre)
- Finanzielle Belastungen
- Isolation



Chronische Depression im Alter

- Ältere Menschen haben mehr Schwierigkeiten mit „Theory of Mind“ Aufgaben als jüngere (Henry et al. 2013) = Perspektivwechsel fällt im Alter schwerer
- Hinweise für die Zunahme unsicher-vermeidender Bindung im Alter (Asche et al. 2013; Magai et al. 2000)
- Die Größe sozialer Netzwerke nimmt ab (English & Carstensen 2014)

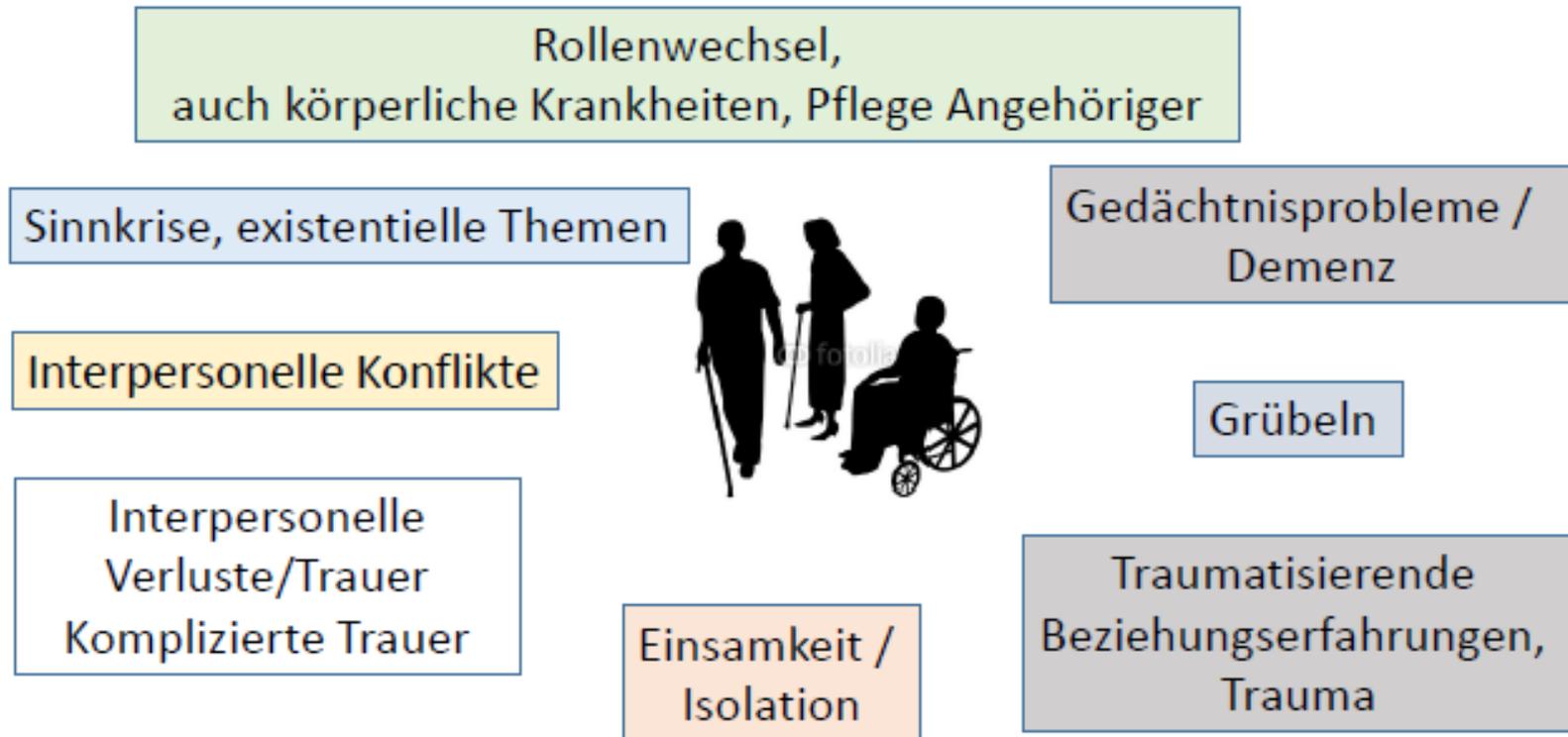


Chronische Depression im Alter

- Holvast (2015): Einteilung nach Anzahl der Sozialkontakte und emotional empfundener **Einsamkeit**
 - Schwere Form von Einsamkeit korreliert mit signifikant schlechterer Prognose des Krankheitsverlaufs
 - Negativer Zusammenhang zwischen Einsamkeit und dem Schweregrad der depressiven Symptomatik
- **Vermeidung und Verdrängung** tragen dann zur Entstehung von Depressionen, Angststörungen und funktionellen Körperbeschwerden bei (Peters 2015)

Frau D. vermied seit einem Sturz mit blauen Flecken im Gesicht, ihre Wohnung zu verlassen. Sozialer Rückzug.

Typische Probleme älterer depressiver Patienten



Bollmann, 2019, Netzwerktreffen Göttingen

Anknüpfungspunkte Therapie

- **Exploration früherer Beziehungserfahrungen** und Tendenz sich mehr mit der **Rückschau auf das eigene Leben** zu befassen
- Training zur **Perspektivübernahme** bei nachlassender affektiv-kognitiver Komplexität im höheren Alter
- **Einsicht als Wirkfaktor** durch Verknüpfung früherer interpersoneller Erfahrungen mit heutigen interpersonellen Schwierigkeiten
- Durch die **Verbesserung interpersoneller Beziehungen** kann die Selbstwirksamkeitserwartung älterer Patienten gesteigert werden
- Gefühlen von **Isolation und Einsamkeit** kann aktiv begegnet werden.

CBASP!

→ Strukturierte Behandlungselemente für optimalen Lerntransfer

Was ist CBASP?

- **Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy**
- Wurde von James P. McCullough entwickelt
- „Dieser setzt **frühe negative Beziehungserfahrungen** mit **heutigen interpersonellen Problemen** in Zusammenhang und beginnt ein **konsequentes Umlernen**.“
(Wambach & Schramm, 2016)



<https://psychology.vcu.edu/people/faculty/mccullough.html>

Was ist CBASP?

- **C**ognitive **B**ehavioral **A**nalysis **S**ystem of **P**sychotherapy
- ... für Patienten mit frühen schwierigen Beziehungserfahrungen, langen Erkrankungsgeschichten, frustrierten Behandlungsversuchen (**Therapieresistenz**), chronischer Suizidalität, hoher Komorbidität (Brakemeier et al. 2015)



Eigenes Foto, 2008, Workshop Richmond

Entstehung chronischer Depressionen

- CBASP-Hypothese: Chronische Depression ist eine Entwicklungsstörung
- Studie Brakemeier et al. in Vorbereitung: 81,9% früh traumatisiert
- Menschen mit chronischer Depression überwinden die Stufe des „präoperatorischen Denkens“ nach Piaget nicht



Brakemeier & Normann, 2012

Grundidee von CBASP

- McCullough: zwei Quellen der Beeinträchtigung adaptiver kognitiv-emotionaler Verarbeitung



Nichterreichen eines an sich normalen Entwicklungsstand (**Early-Onset**)



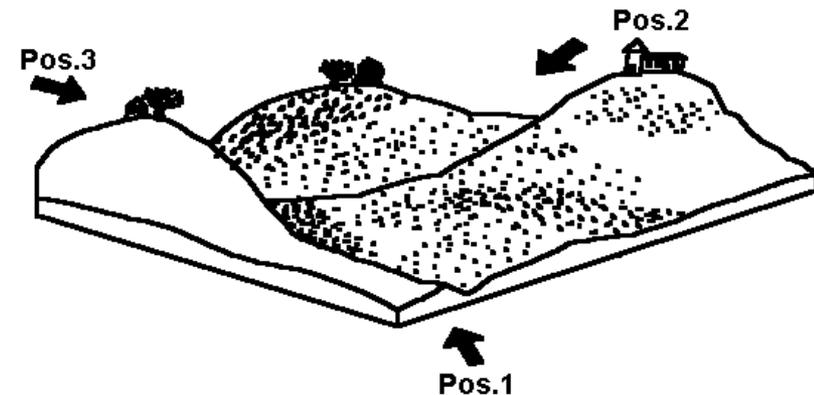
Nach zunächst normaler Entwicklung, führen nicht zu bewältigende emotionale Belastungen zu „paralogischem Denken“ und einer funktionellen Regression (**Late-Onset**)

Die Entwicklungsstufen nach Piaget (1971)

Stufe der kognitiven Entwicklung	Alter	Beschreibung
Sensumotorisch	0-2	Mit Sinnen die Umwelt erforschen
präoperational	2-7	Symbolisches Denken, Egozentrismus
Konkret operational	7-11	Strukturiertes Denken, formal-logisch
Formal operational	Ab 11	Komplexes, abstrakt-logisches Denken

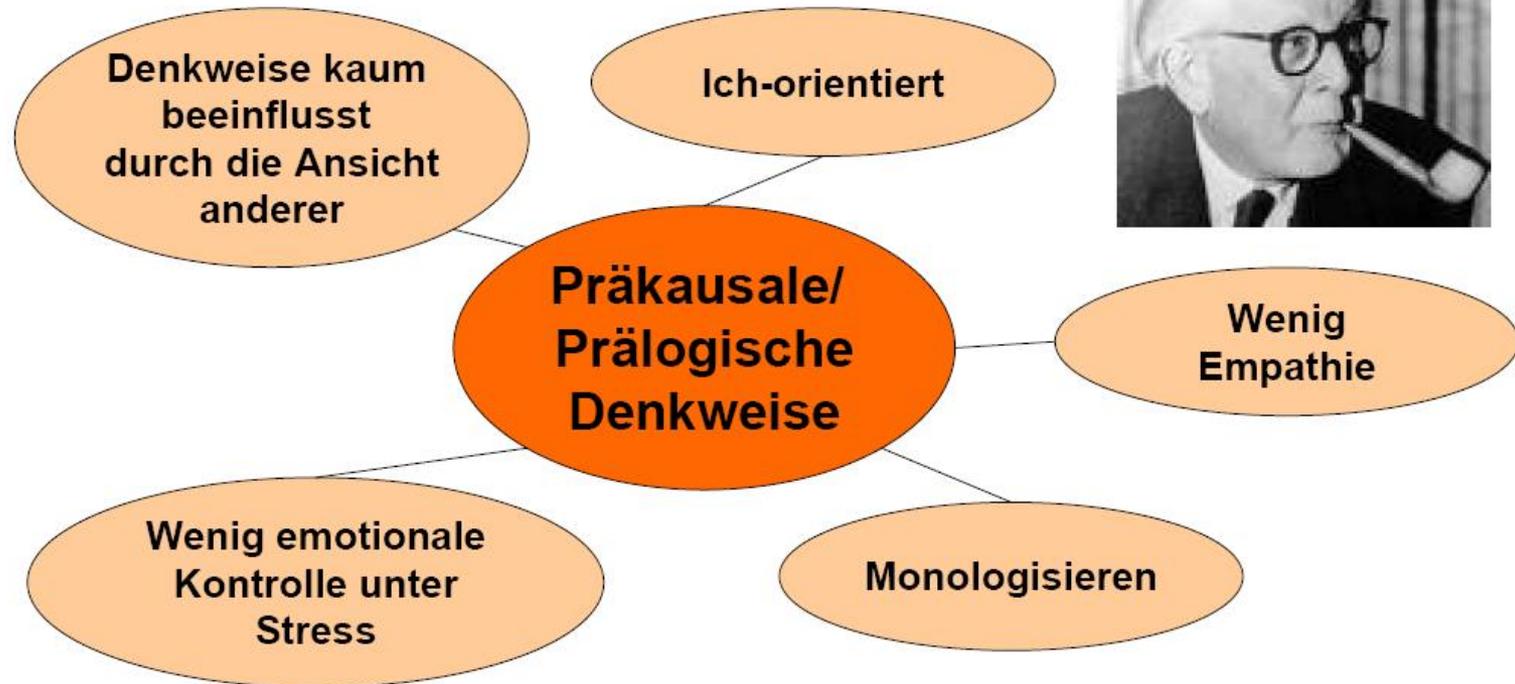
Egozentrismus ≠ Egoismus

- „Das egozentrische Kind betrachtet seinen eigenen Blickpunkt als den einzigen möglichen. Es ist unfähig, sich in die Stellung eines anderen zu versetzen, denn es ist ihm nicht gegenwärtig, dass die andere Person eine Sichtweise hat. (Mietzel, 1998 a, 84 f)
- Beispiel:
 - Peter, hast du einen Bruder?
 - Ja.
 - Wie heißt denn Dein Bruder?
 - Hans.
 - Hat Hans auch einen Bruder?
 - Nein.Mönks & Knoers (1996, 157)



3-Berge-Versuch:
Perspektivenübernahme gelingt nicht

Präoperationales Denken sensu Piaget



Graphik aus E. Schramm (2008): Antrittsvorlesung

Prälogisches Denken

- **Patientin:** Der Fotograf hat von mir beim Ehemaligentreff kein Foto gemacht, aber von Susanne, Jan und Philipp. Er mag mich nicht.
- **Therapeut:** Haben Sie ihn darum gebeten, ein Foto von Ihnen zu machen?
- **Patientin:** Es hätte keine Rolle gespielt, er hätte es sowieso nicht gemacht, weil er mich nicht mag.
- **Therapeut:** Was haben Sie für Hinweise für diese Annahme? Woher wissen Sie, dass er Sie nicht mag?
- **Patientin:** Ich habe ihn nie gefragt. Das muss ich nicht. Ich weiß einfach, dass er mich nicht mag.

Beispiel übersetzt aus McCullough, Workshop-Unterlagen, 2008



Wenig Empathie

- **Therapeut:** Ich fühle mich heute sehr schlecht. Ich habe Kopfschmerzen, wenn ich also so aussehe, als fühlte ich mich nicht gut – dann, weil es so ist!
- **Patientin:** Mein Mann nervt mich schon seit zwei Tagen! Er hasst mich.

- **Therapeut:** Entschuldigen Sie die Verspätung, ich hatte einen Notfall, den musste ich zunächst versorgen.
- **Patientin:** Das macht nichts. Ich wette, Sie wollen ohnehin lieber bei jedem anderen als bei mir sein.

Beispiel übersetzt aus McCullough, Workshop-Unterlagen, 2008

Monologe

- **Patient:** Niemand mag mich, nichts funktioniert jemals bei mir. Mein ganzes Leben ist eine Geschichte von einem Versagen nach dem anderen. Ich werde auch in dieser Therapie versagen, wie überall anders auch. Ich wette, Sie sind es schon jetzt leid, mich zu sehen und sind genervt von den Terminen mit mir. Ich bin nichts, ich bin ein geborener Verlierer, es ist grad egal, was ich mache....
- **Therapeutin:** Whoa, mal langsam, so schnell komme ich gar nicht mit.
- **Patient:** Ich habe gestern mit einem Verkäufer über ein Stück Fleisch gestritten, das ich letzte Woche gekauft habe, er war der Meinung, dass ich unrecht habe und das Fleisch gar nicht bei ihm gekauft habe. Da kaufe ich nie wieder ein, ich mach nichts richtig.....Ich hab seinen Tag ruiniert und ihn frustriert. Sie müssen glauben, ich bin dumm. Alles was ich mache, geht schief. Meine Mutter hatte recht: sie hat mir immer gesagt, „du machst alle Beziehungen kaputt – alle um dich rum fühlen sich schlecht“

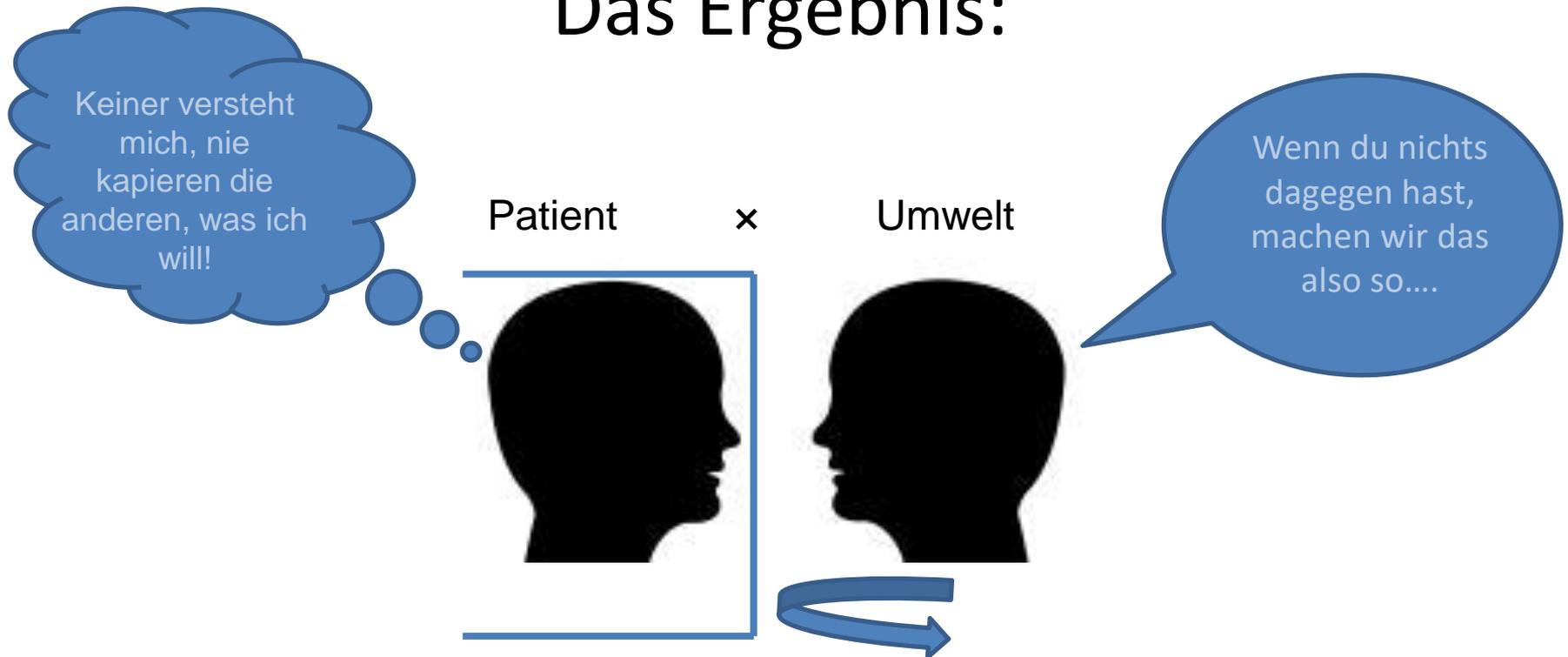
Beispiel übersetzt aus McCullough, Workshop-Unterlagen, 2008

Bei Älteren: Bagatellisierungstendenzen

- Bagatellisierungsskala des CTQ: bei 69% der Patienten Hinweise für eine verzerrte Darstellung (Bollmann, Netzwerktreffen 2019)
- Tendenz, die frühen traumatischen Erfahrungen herunterzuspielen bei 17.2% der Älteren, aber nur bei 4,7 % der Jüngeren (Grassi-Oliveira et al. 2014)
- Kohorteneffekte (siehe Brakemeier et al. 2015):
„Mir ging es gut! Strenge Erziehung war damals üblich!“ „ Mein Vater hat mich im Gegensatz zu anderen nie geschlagen und ich hatte immer zu essen.“

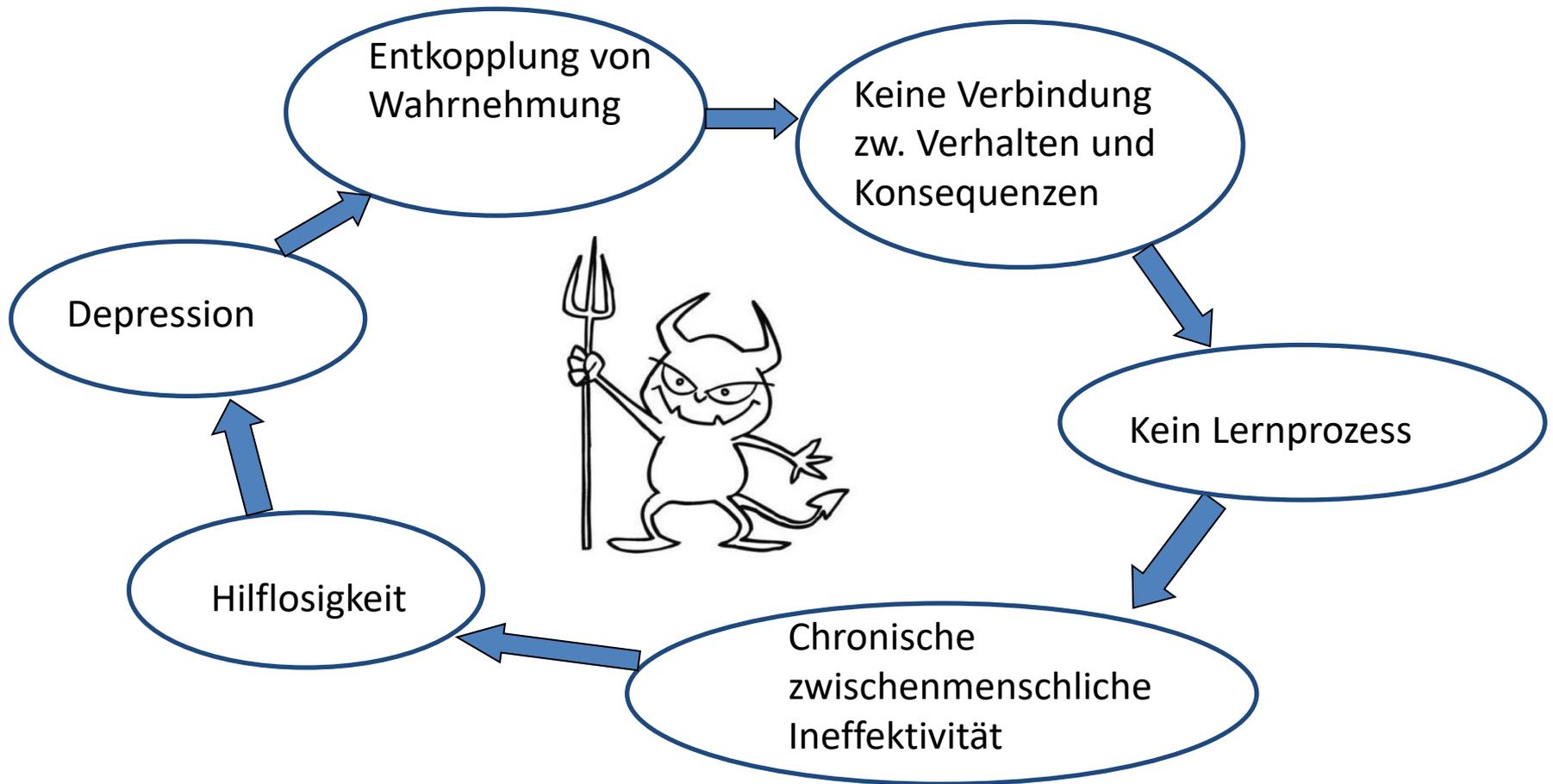
Frau D.: „Meine Mutter hatte keine Zeit für unseren ‚Quatsch‘. Sie musste sich ja um alles kümmern.“

Das Ergebnis:



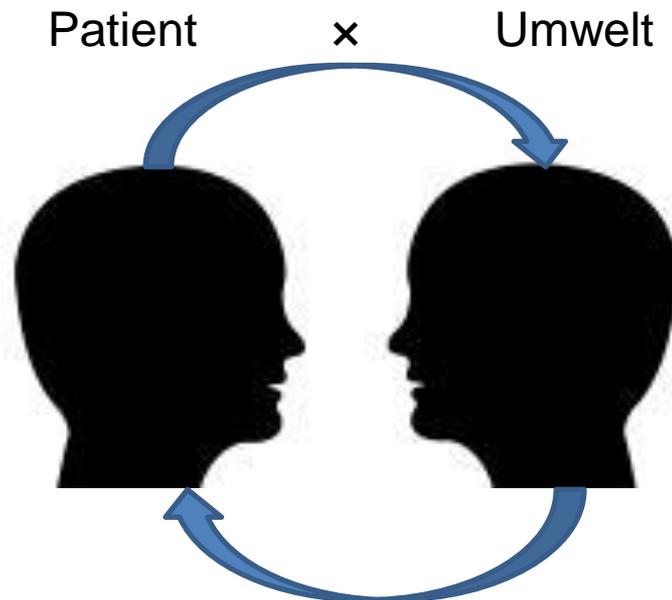
- Wahrnehmung chronisch Depressiver ist von Umwelt entkoppelt → interpersonelle Lernprozesse blockiert
- Präoperatorisches Funktionieren verursacht dysfunktionale kognitive und Verhaltensmuster → gewünschtes interpersonelles Ergebnis wird nicht erreicht.

Der Teufelskreis entsteht



Therapieziele von CBASP

1. Konsequenzen des eigenen Verhaltens erkennen
2. Entwicklung von authentischer Empathie
3. soziale Problemlöse- und Bewältigungsstrategien im Alltag anwenden
4. interpersoneller Heilungsprozess bzgl. früher Traumata



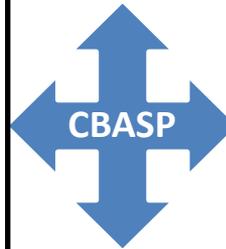
Aufbau und Nutzung der therapeutischen Beziehung durch
das **disziplinierte persönliche Einlassen**

*Reduktion der wahrgenommenen Hilflosigkeit, des
depressiven Affekts und Verbesserung der Empathie*

Prägende Bezugspersonen und
Übertragungshypothesen:

*Verständnis darüber, wie die
heutigen Probleme mit frühen
Beziehungserfahrungen in
Zusammenhang stehen*

**Interpersonelle
Diskriminationsübung (IDÜ):**
*Reduktion der wahrgenommenen
Hilflosigkeit*



Situationsanalyse (SA) mit Training,
Rollenspielen.

*eigenes Verhalten in Bezug auf
erreichbare Ziele besser steuern, in
Kontakt zu anderen treten können*

Kieslerkreis:

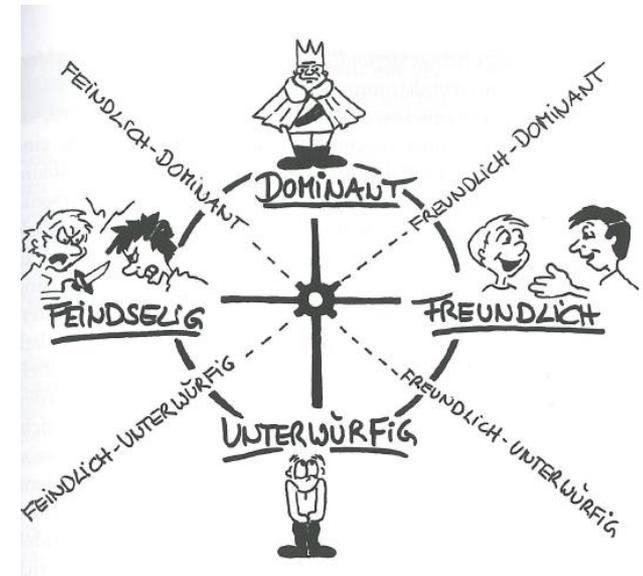
*Wechselwirkungen von Verhalten zwischen
zwei Menschen verstehen, Empathie*

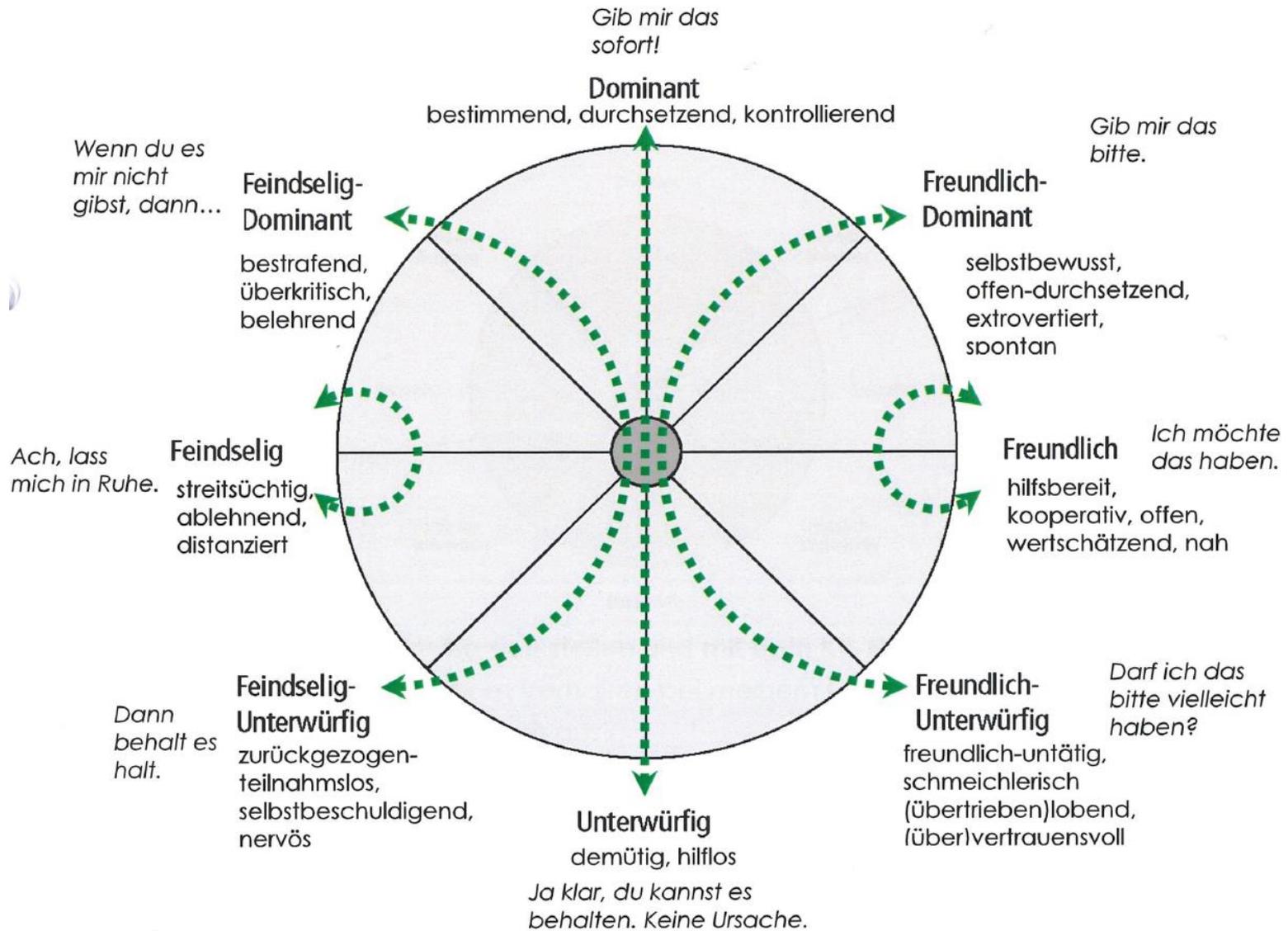
Der Stimuluscharakter (Kieslers Interpersonaler Kreis)

- Eigener Beziehungsstil und die daraus folgenden Konsequenzen
- Bsp.: Unterwürfiges Verhalten verleitet zur dominanten Reaktion

Was ist mein eigener **Stimuluscharakter und Beziehungsstil**:

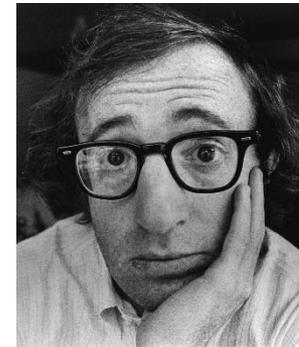
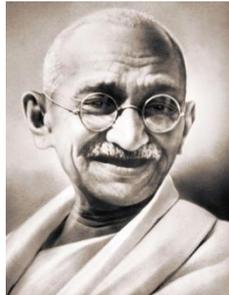
- Was löse ich beim Gegenüber aus?
- Was löst der andere bei mir aus?
- Was möchte ich beim Gegenüber bewirken?
- **Aktion führt zu Reaktion!**





Übungen zum Kieslerkreis

- Bekannte Personen auf den Polen „freundlich -feindselig“ benennen lassen oder zuordnen lassen (z.B. Prominente, Bekannte, Klinikpersonal etc.)



- Im Rollenspiel Situationen nachspielen, wobei entweder beide Rollenspieler sehr freundlich oder sehr distanziert/unfreundlich zueinander sind
- Laufsteg mit verschiedenen Gangarten
- Z.B. Bäcker, Oberarztvisite, Verlegung Therapiestunde, ...



Also: jeder Mensch hat einen Beziehungsstil, der Auswirkungen auf das Verhalten anderer Personen ihm gegenüber hat!

Im Rahmen der CBASP-Therapie sollen Verhaltensweisen gefunden und eingeübt werden, die sich eher im freundlich-dominant bis freundlich-unterwürfigen Bereich befinden.

Die Geschichte prägender Personen (Significant other history)

- negative Beziehungserfahrungen aus der Vergangenheit werden auf Menschen der Gegenwart übertragen
- Erwartung, dass wir als Therapeuten sie zurückweisen, bestrafen, vernachlässigen oder verlassen....
- Prägende Personen: Menschen, die einen Einfluss darauf haben, wer wir jetzt sind und wie wir die Welt sehen
- Wie war es, mit den prägenden Personen zusammen aufzuwachsen oder mit ihnen zusammen zu sein?
- Dies erlaubt uns, den „**emotionalen Stempel**“ zu finden, den wir heute tragen aufgrund des Einflusses all dieser prägenden Menschen

Die Prägung

- Wie war es mit X aufzuwachsen?
- Welchen Stempel hat sie hinterlassen, so dass Sie heute so sind, wie Sie sind?

Wir möchten Information zu folgenden Übertragungsbereichen:

Übertragungsbereich	Übertragungshypothese
Nähe und Intimität	<i>Wenn ich meiner Therapeutin nahe komme, dann wird sie....</i>
Emotionale Bedürfnisse	<i>Wenn ich meiner Therapeutin gegenüber Bedürfnisse äußere, dann wird sie...</i>
Negative Affekte	<i>Wenn ich ihr gegenüber negative Gefühle zeige, dann wird sie...</i>
Fehler machen/Scheitern	<i>Wenn ich während der Therapie Fehler mache, dann wird sie...</i>

Die Liste von Frau D. (84)

- Mutter und Vater
- Lehrerin
- Ehemann
- Tochter 1



Aus Brakemeier und Buchholz, 2012

Die Mutter



- **Wie war es mit Ihrer Mutter aufzuwachsen?**

Mutter war streng und „hart im Nehmen“, hat viel gearbeitet, hat nie Hilfe angenommen, war nervlich angespannt. Sie wurde schnell laut:

„Wann schafft ihr das endlich, das alleine hinzukriegen?“

Als ich 15 war, sagte sie *„Es wird Zeit, dass du aus der Hütte rauskommst.“*

Als Älteste musste ich viel Verantwortung tragen, viele *„Freiheiten erkämpfen“*. Das ist oft gescheitert.

Die Schlussfolgerung war, dass ich mich nie traute, etwas zu sagen; das Gefühl, es sei besser, alles schnell alleine zu erledigen, bevor neuer Ärger kommt.

Die Mutter



ClipartOf.com/33724

- **Welchen Einfluss hat Ihre Mutter auf ihr Leben heute? Was für ein Mensch sind Sie heute durch diesen Einfluss?**

ICH BIN HEUTE Eigenbrötlerin, da es einfacher ist, alles selber zu erledigen, da gibt es weniger Ärger. Keine Hilfe annehmen können oder zu erwarten. Gelernt, selber „hart im Nehmen“ zu sein: keine Gefühle zu zeigen und alles alleine durchzustehen. Meine Kinder finden mich zu „**autark**“.

- **Welche Prägung ist durch Ihre Mutter entstanden?**

Ich bin auf mich alleine gestellt und kann Hilfe nicht annehmen.

Liste bedeutsamer Personen

- **Mutter**
 - Weil ich zu Hause nie Wärme und Hilfe durch meine Mutter erfahren habe, bin ich auf mich alleine gestellt und kann Hilfe nicht annehmen.
 - **Stempel:** „Ich kann Hilfe nicht annehmen, weiß nicht, wie sich Nähe anfühlt.“
- **Vater**
 - Hat mit mir gescherzt, war herzlich, aber selten präsent. Dann früh und unerwartet verstorben.
 - **Stempel:** wenn ich jemandem nahe komme, verlässt er mich.
- **Ehemann**
 - Weil mein Ehemann sich für nichts in der Familie verantwortlich fühlte, habe ich die Verantwortung für „alles“ übernommen. Ich habe zurückgestanden. Er ist dominant und ich lasse mich von ihm unterbuttern.
 - **Stempel:** „Ich vermeide dominante Männer, sie verletzen mich.“
- **Tochter**
 - Weil meine älteste Tochter mir vorwirft, ich habe sie vernachlässigt, fühle ich mich schuldig. Ich habe mich so bemüht, es allen recht zu machen. Nichts mache ich gut genug.
 - **Stempel:** „Egal wie sehr ich mich bemühe, es ist nie gut genug.“

Übertragungshypothesen: Was wird von mir als Therapeutin erwartet?

- Wenn ich meine Bedürfnisse äußere:
wird sie diese ignorieren.
- Wenn ich meiner Therapeutin nahe komme:
wird sie mich im Stich lassen.
- Wenn ich während der Therapie einen Fehler mache:
wird sie mir Vorwürfe machen.
- Wenn ich negative Gefühle äußere:
wird sie mich nicht respektieren.

Aufbau und Nutzung der therapeutischen Beziehung durch
das **disziplinierte persönliche Einlassen**

*Reduktion der wahrgenommenen Hilflosigkeit, des
depressiven Affekts und Verbesserung der Empathie*

Prägende Bezugspersonen und
Übertragungshypothesen:

*Verständnis darüber, wie die
heutigen Probleme mit frühen
Beziehungserfahrungen in
Zusammenhang stehen*

**Interpersonelle
Diskriminationsübung (IDÜ):**
*Reduktion der wahrgenommenen
Hilflosigkeit*



Situationsanalyse (SA) mit Training,
Rollenspielen.

*eigenes Verhalten in Bezug auf
erreichbare Ziele besser steuern, in
Kontakt zu anderen treten können*

Kieslerkreis:

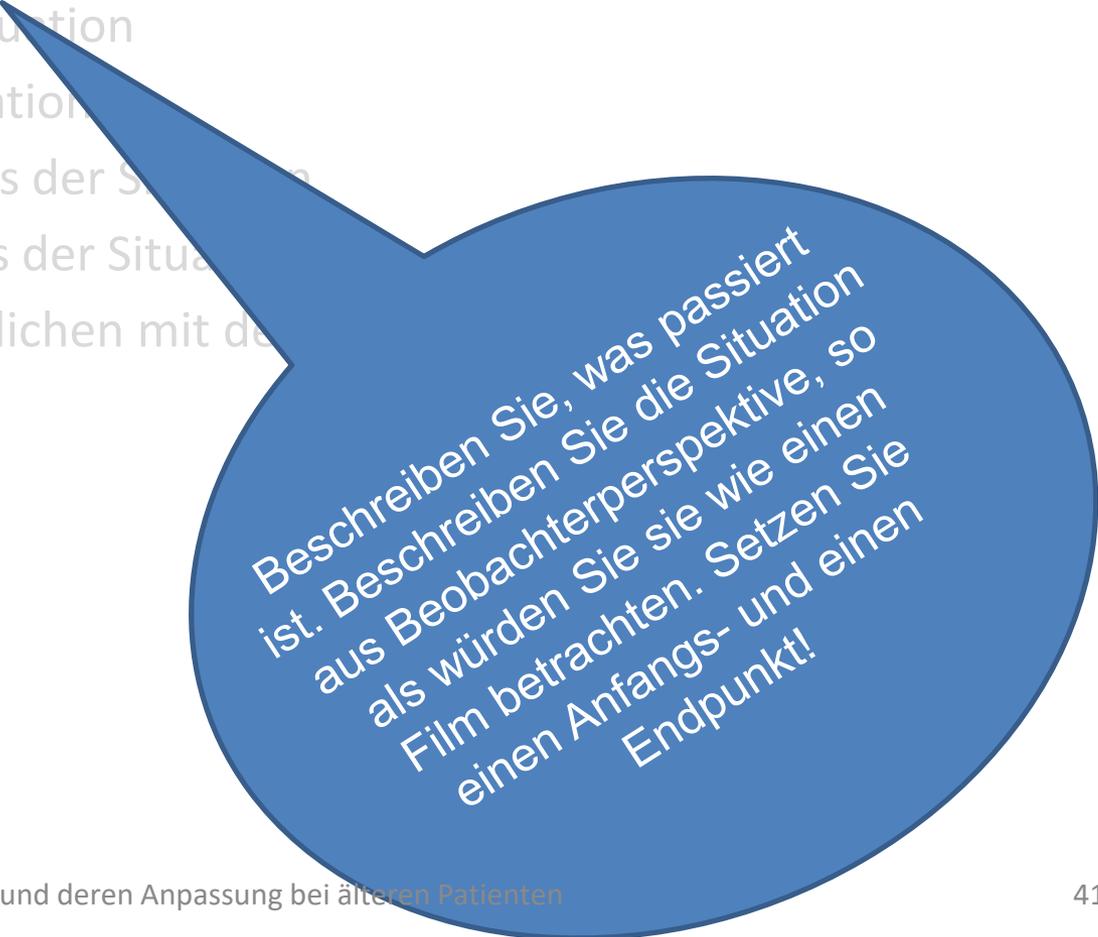
*Wechselwirkungen von Verhalten zwischen
zwei Menschen verstehen, Empathie*

Die Situationsanalyse

- Pat. lernt, eine kausale Beziehung zwischen seinen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herzustellen.
- Verwendung des Kiesler-Kreises (Modell eigenen Wirkung auf andere)
- anschließendes **Verhaltenstraining** (Rollenspiele)
- strukturierte Problemlöseaufgabe unter Verwendung gegenwartsbezogene Situationen (Wurzel: Kanfer & Saslow, Vh-Analyse)
- Kurze Sequenzen von 5 Minuten, in deren Mittelpunkt eine Kommunikation steht
- **Situation-Reaktion-Konsequenz-Technik**

Die Situationsanalyse: Die 6 Schritte der Erhebungsphase

1. Situationsbeschreibung
2. Interpretation der Situation
3. Verhalten in der Situation
4. Tatsächliches Ergebnis der Situation
5. Erwünschtes Ergebnis der Situation
6. Vergleich des tatsächlichen mit dem erwünschten Ergebnis



Beschreiben Sie, was passiert ist. Beschreiben Sie die Situation aus Beobachterperspektive, so als würden Sie sie wie einen Film betrachten. Setzen Sie einen Anfangs- und einen Endpunkt!

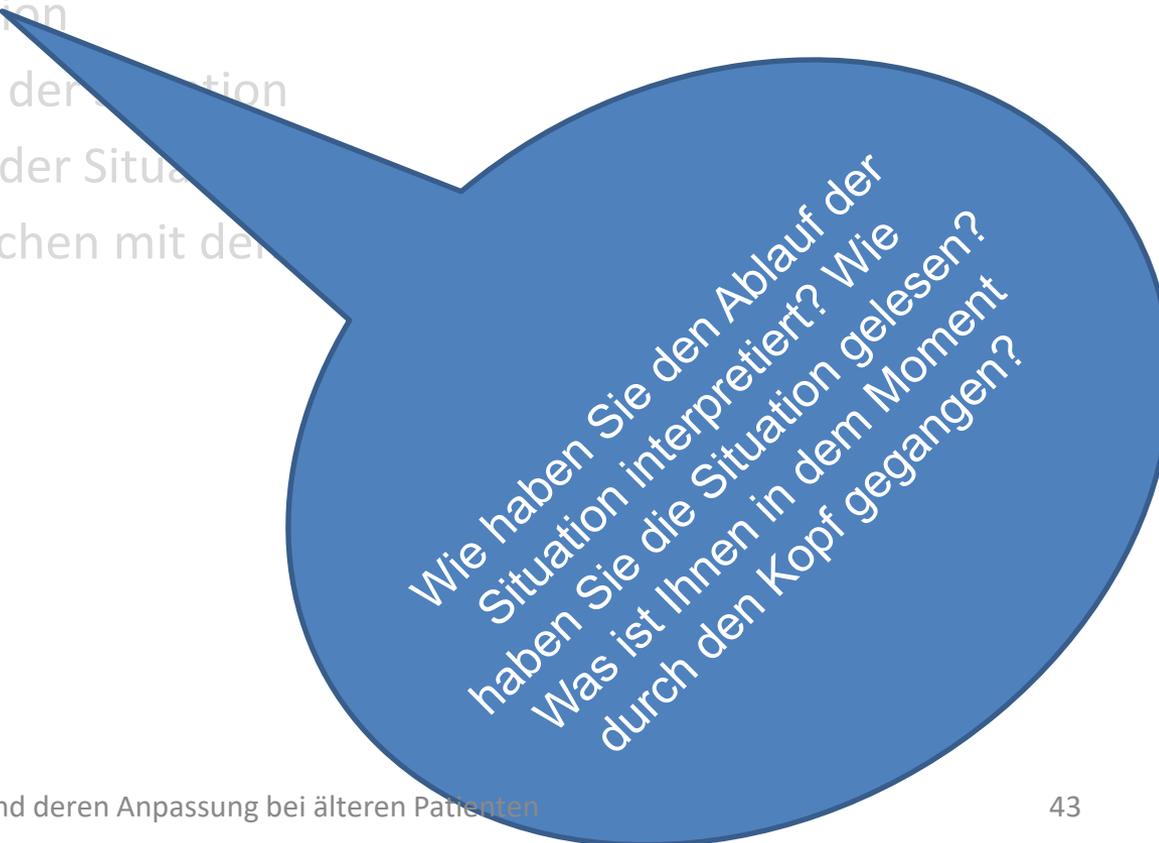
Die Situationsanalyse: Situationsbeschreibung

Ich habe im Supermarkt die falsche Packung Pasta gekauft. Meine Ehefrau beschwert sich und sagt: „*Kannst du auch nie etwas richtig machen? Wir gehen jetzt zurück und du tauschst die Packung um!*“ Ich sage nichts, sie zieht sich an und geht mit der Pasta zum Auto, ich setz mich rein und fahre mit.



Die Situationsanalyse: Die 6 Schritte der Erhebungsphase

1. Situationsbeschreibung
2. Interpretation der Situation
3. Verhalten in der Situation
4. Tatsächliches Ergebnis der Situation
5. Erwünschtes Ergebnis der Situation
6. Vergleich des tatsächlichen mit dem erwünschten Ergebnis



Wie haben Sie den Ablauf der Situation interpretiert? Wie haben Sie die Situation gelesen? Was ist Ihnen in dem Moment durch den Kopf gegangen?

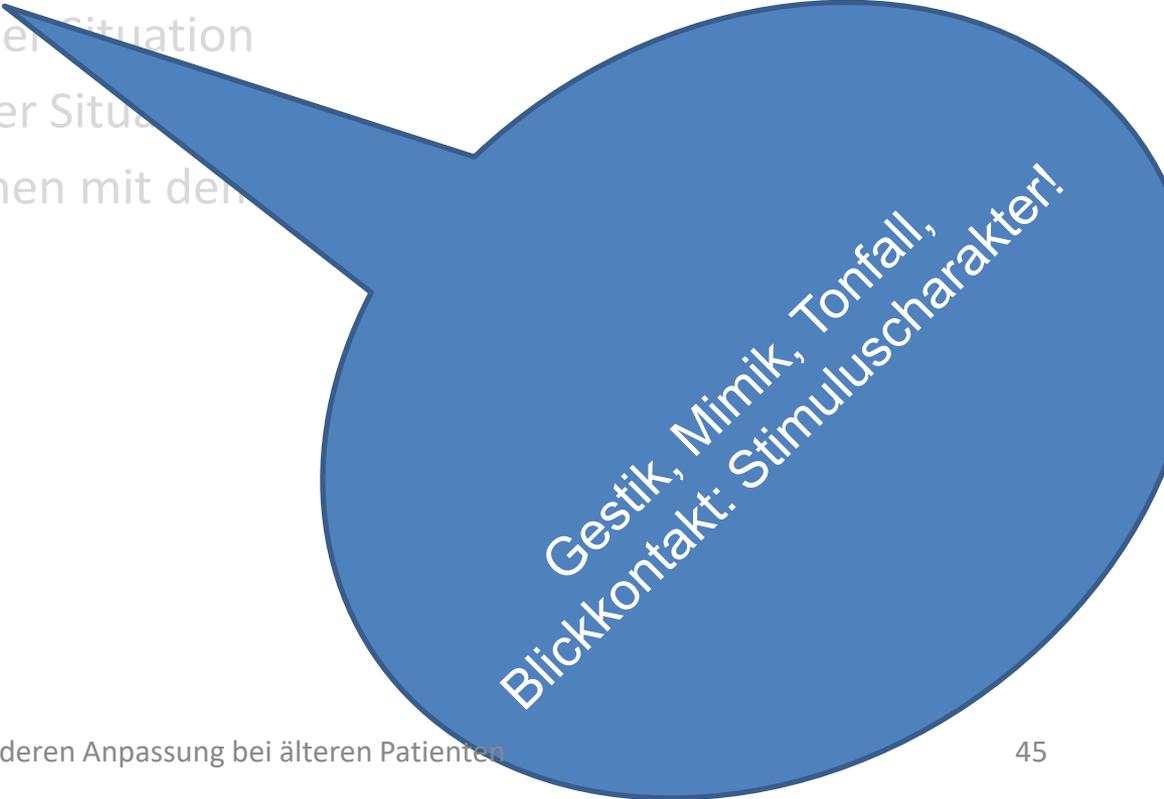
Die Situationsanalyse: Interpretation

Was ging mir durch den Kopf:

- Ich mache immer alles falsch.
- Ich kann ihr nie etwas recht machen.
- Ich bin ein Versager, das ist so demütigend.
- Ich will nicht zurück.

Die Situationsanalyse: Die 6 Schritte der Erhebungsphase

1. Situationsbeschreibung
2. Interpretation der Situation
3. **Verhalten in der Situation**
4. Tatsächliches Ergebnis der Situation
5. Erwünschtes Ergebnis der Situation
6. Vergleich des tatsächlichen mit dem erwünschten

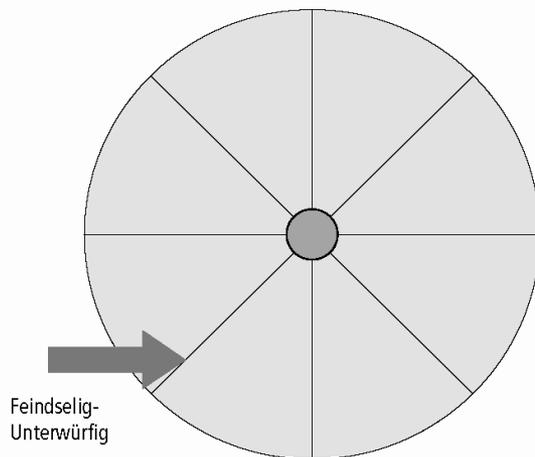


Gestik, Mimik, Tonfall,
Blickkontakt: Stimuluscharakter!

Die Situationsanalyse: Verhalten

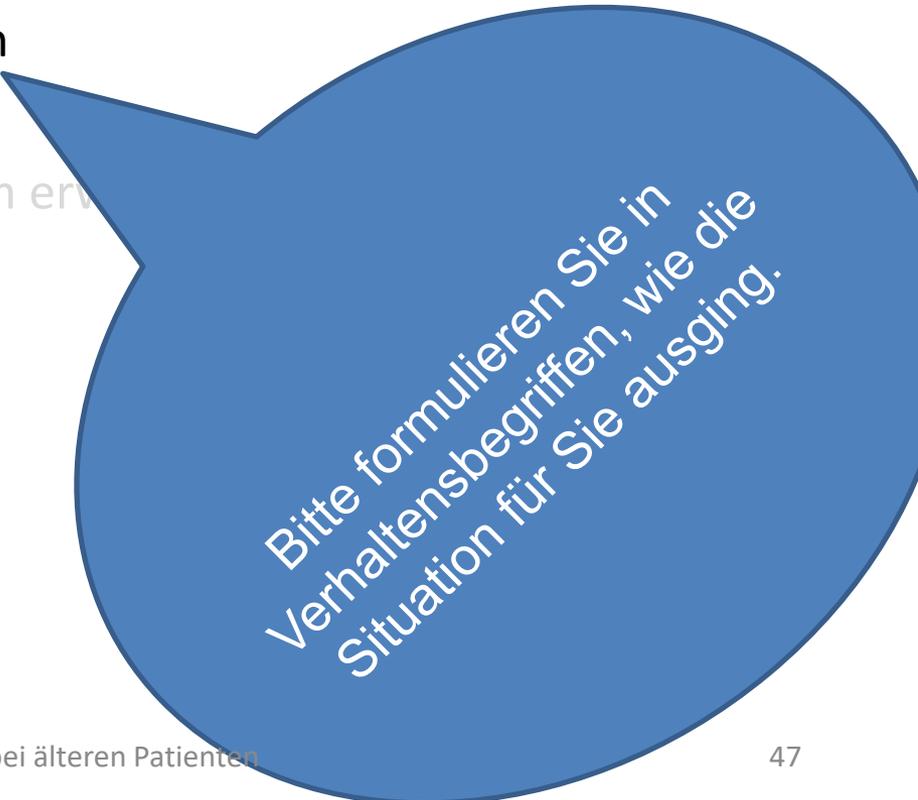
„Ich sage nichts, ich gucke auf den Boden, vermeide es in ihre Richtung zu schauen. Ich gehe ihr nach, setze mich auf den Beifahrersitz und schaue aus dem Auto.“

Beobachtbares Verhalten eingeordnet auf dem Kiesler-Kreismodell:



Die Situationsanalyse: Die 6 Schritte der Erhebungsphase

1. Situationsbeschreibung
2. Interpretation der Situation
3. Verhalten in der Situation
- 4. Tatsächliches Ergebnis der Situation**
5. Erwünschtes Ergebnis der Situation
6. Vergleich des tatsächlichen mit dem erwünschten Ergebnis



Bitte formulieren Sie in
Verhaltensbegriffen, wie die
Situation für Sie ausging.

Die Situationsanalyse: Tatsächliches Ergebnis

„Ich fahre mit, um die Packung umzutauschen.“

Die Situationsanalyse: Die 6 Schritte der Erhebungsphase

1. Situationsbeschreibung
2. Interpretation der Situation
3. Verhalten in der Situation
4. Tatsächliches Ergebnis der Situation
5. **Erwünschtes Ergebnis der Situation**
6. Vergleich des tatsächlichen mit dem erwünschten Ergebnis



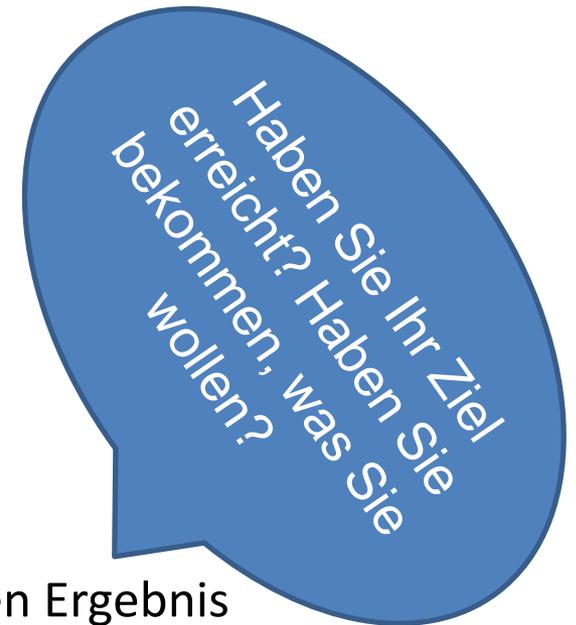
Die Situationsanalyse: Erwünschtes Ergebnis (DO = Desired outcome)

Zuerst: „Ich wollte, dass Sie einsieht, dass Sie überreagiert!“

Dann: „Ich sage ihr, dass das überhaupt nicht schlimm ist und ich nicht mitfahren werde.“

Die Situationsanalyse: Die 6 Schritte der Erhebungsphase

1. Situationsbeschreibung
2. Interpretation der Situation
3. Verhalten in der Situation
4. Tatsächliches Ergebnis der Situation
5. Erwünschtes Ergebnis der Situation
6. Vergleich des tatsächlichen mit dem erwünschten Ergebnis



Die Situationsanalyse: Vergleich tatsächliches und erwünschtes Ergebnis

Habe ich bekommen, was ich wollte?

Tatsächliches Ergebnis: Ich sage nichts und fahre mit.



Erwünschtes Ergebnis: Ich sage, es ist nicht so schlimm und fahre nicht mit.

Nein!

Warum nicht?

Die Situationsanalyse: Die 4 Schritte der Lösungsphase

Schritt 1: Revision irrelevanter und unzutreffender Interpretationen

Schritt 2: Veränderung des Verhaltens

Schritt 3: Zusammenfassung der Lernprozesse

Schritt 4: Verallgemeinerung und Übertragung



Überprüfen Sie, ob die Interpretationen und Gedanken in der Situation verankert sind.
Sind ihre Gedanken relevant und gegenwärtig?
Formulieren Sie eine Verhaltensinterpretation (Einen Schlachtruf, eine Parole!)

Die Situationsanalyse: Revision irrelevanter Interpretationen

Sind die Interpretationen/Gedanken in der Situation verankert? Haben Sie dazu beigetragen, dass ich mein erwünschtes Ergebnis erreiche?

- „Ich kann ihr nie etwas recht machen.“ „Ich bin ein Versager, das ist so demütigend.“ Die Interpretationen sind **irrelevant**, da selbstbeschuldigend und **NICHT in der Situation verankert**.
- „Ich will nicht zurück.“ Die Interpretation gibt das Geschehen wieder. Sie ist in der Situation verankert, aber **nicht zielführend**.

Die Situationsanalyse: Revision irrelevanter Interpretationen

Alternativgedanken, „**Schlachtruf**“ (McCullough, 2000)

- „Ich will nicht zurück.“ Die Interpretation gibt das Geschehen wieder. Sie ist in der Situation verankert, aber **nicht zielführend**.
- Ich finde das peinlich, das sage ich ihr.
- Ich sage ihr, dass ich nicht mit möchte.
- Handlungsbezogen, in eigenem Einflussbereich, realistisch für Patienten aktuell umsetzbar

Die Situationsanalyse: Die 4 Schritte der Lösungsphase

Schritt 1: Revision irrelevanter und unzutreffender Interessen

Schritt 2: Veränderung des Verhaltens

Schritt 3: Zusammenfassung der Lernprozesse

Schritt 4: Verallgemeinerung und Übertragung



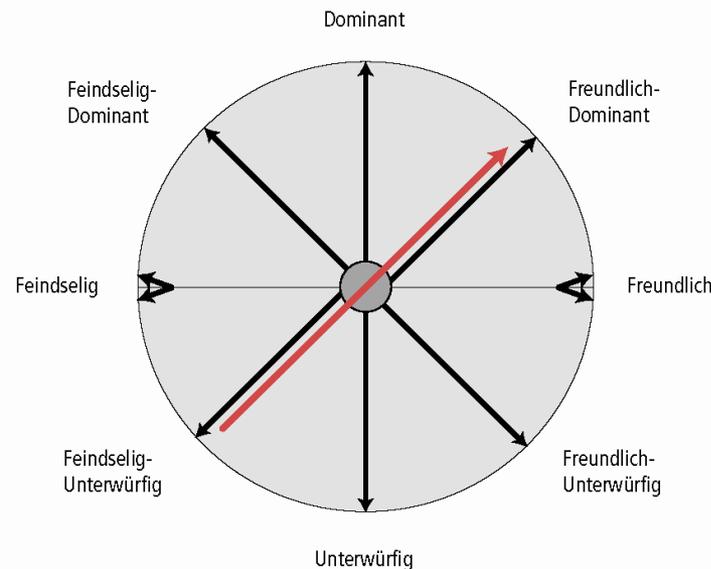
Welches Verhalten könnten Sie zeigen, damit Sie Ihr erwünschtes Ergebnis erreichen?

Die Situationsanalyse: Veränderung des Verhaltens

Wie hätte ich mich anders verhalten können?

Ruhig antworten: „das ist nicht so schlimm, wir werden diese Pasta irgendwann anders kochen. Ich möchte nicht mitfahren – es wäre mir peinlich.“

**Änderung des
Stimuluscharakter?**



Die Situationsanalyse: Zusammenfassung der Lernprozesse in dieser SA

„Ich muss meinen eigenen Standpunkt vertreten und mich durchsetzen.“

Die Situationsanalyse: Verallgemeinerung des Gelernten auf den Alltag

„Ich versuche immer anderen zu gefallen und nicht anzuecken. Deshalb sage ich oft nichts. Ich muss lernen, dass ich mich klar äußere und sage, was mir wichtig ist.“

Aufbau und Nutzung der therapeutischen Beziehung durch
das **disziplinierte persönliche Einlassen**

*Reduktion der wahrgenommenen Hilflosigkeit, des
depressiven Affekts und Verbesserung der Empathie*

Prägende Bezugspersonen und
Übertragungshypothesen:

*Verständnis darüber, wie die
heutigen Probleme mit frühen
Beziehungserfahrungen in
Zusammenhang stehen*

**Interpersonelle
Diskriminationsübung (IDÜ):**
*Reduktion der wahrgenommenen
Hilflosigkeit*



Situationsanalyse (SA) mit Training,
Rollenspielen.

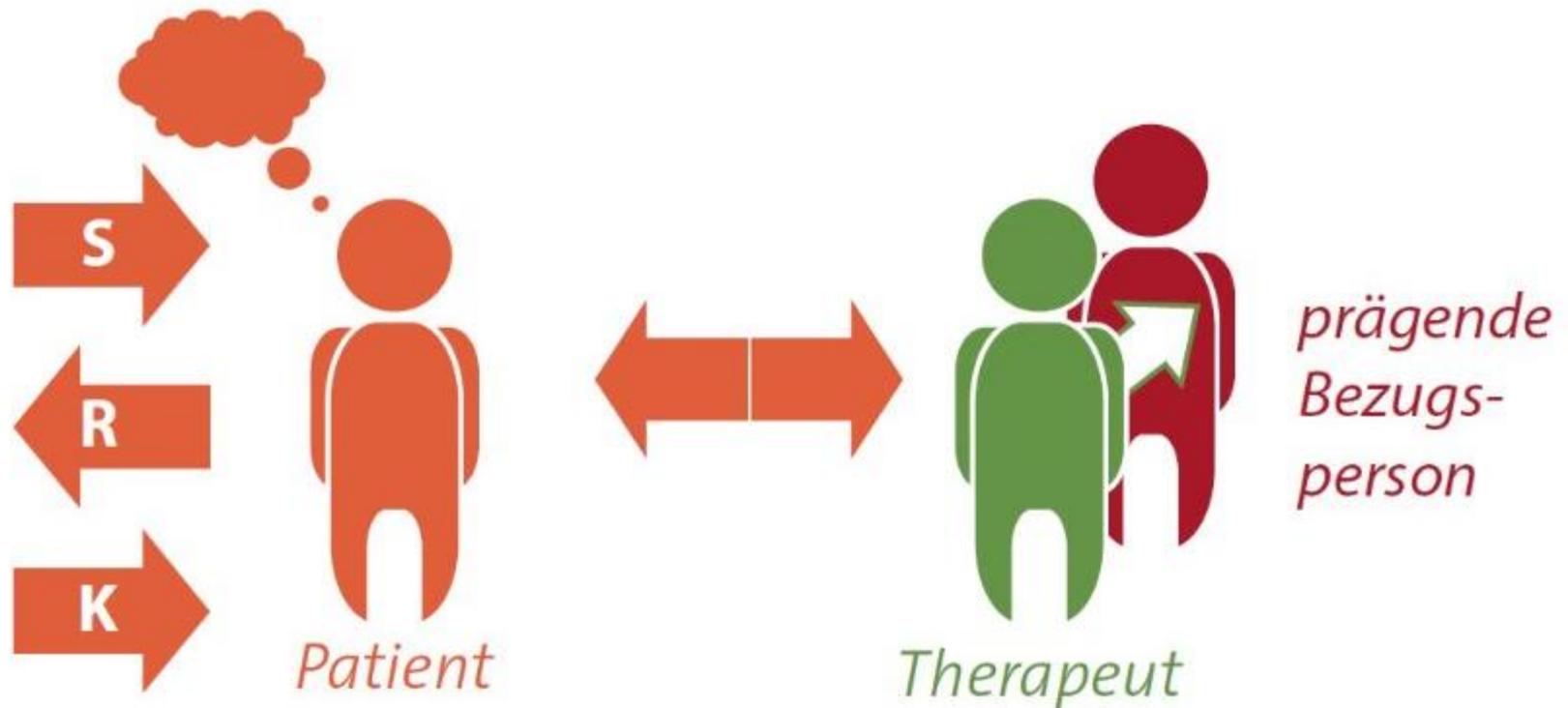
*eigenes Verhalten in Bezug auf
erreichbare Ziele besser steuern, in
Kontakt zu anderen treten können*

Kieslerkreis:

*Wechselwirkungen von Verhalten zwischen
zwei Menschen verstehen, Empathie*

Die interpersonelle Diskriminationsübung

*zwischen aktuellem Gegenüber
und prägenden Bezugspersonen unterscheiden*



Die interpersonelle Diskriminationsübung

- Ziel: die Menschen im heutigen Alltag reagieren anders als die prägenden Personen!
- Wir verwenden uns und unsere Reaktion als Therapeuten in sogenannten „Hot spot-Situationen“ als Modell
- Alternativ können wir andere Menschen aus dem Alltag der Patienten als Modell heranziehen.
- „ so haben Sie sich in der Vergangenheit im Umgang mit Bezugspersonen verhalten (z.B. sich versteckt, Ihre Gefühle für sich behalten, sich zurückgezogen); so haben Sie sich mir gegenüber verhalten und das sind die Konsequenzen...“ (McCullough, 2006)

Die Logik der IDÜ

- **Therapeutin:** Frau D., was hätte Ihre Mutter gesagt dazu, dass sie nun nach dem stationären Aufenthalt noch in die Tagesklinik gehen wollen?
- **Frau D.:** Sie hätte gesagt, reiß dich zusammen. Nun reicht es wirklich damit, allen auf der Tasche zu liegen.
- **Therapeutin:** Und ihr Vater?
- **Frau D.:** Schwer zu sagen, doch: er hätte gar nichts gesagt, gar nicht zugehört.
- **Therapeutin:** Wie nun habe ich reagiert?
- **Frau D.:** Sie wirken so, als würden Sie es gut finden, dass ich noch weiter machen möchte.
- **Therapeutin:** Genau, ich freue mich sehr, dass sie diesmal um Hilfe bitten und mich angesprochen haben.
- **Frau D.:** das ist schon etwas seltsam für mich, dass Sie das interessiert und Sie das gut finden.

Die besondere Beziehungsgestaltung

Diszipliniertes persönliches Einbringen (DPE)

- **Diszipliniert** = eigene Prägungen im Blick haben, heilsame Beziehungserfahrung für Pat. Ermöglichen
- **Persönlich** = authentische, ehrliche, persönliche Gefühle und Reaktionen preis geben unter Nutzung von Empathietraining (Therapeutin: „Was meinen Sie, wie es mir gerade geht?“)
- **Involvement (Einlassen)**: Bereitschaft, sich auf den Pateinten derart persönlich einzulassen bei Wahrung der therapeutisch-ethischen Grenzen.

Diszipliniertes persönliches Einbringen (DPE)

- Wie kommen Sie darauf, dass ich müde bin?
- Was meinen Sie, löst Ihre Bemerkung, dass unsere Therapie sinnlos sei, bei mir aus? Schauen Sie mich an? Was sehen Sie?
- Möchten Sie wissen, wie ich gerade fühle und denke?
- Warum kommen Sie hier in die Sitzung und machen mich wütend? Das möchte ich unbedingt wissen, bevor wir weiter machen.
- Lassen Sie uns nochmal schauen, wie habe ich eben reagiert, als sie nach dem Tschuß sagen nochmal so ein Fass aufgemacht haben? Was glauben Sie, wie ich mich da gefühlt habe?
- Wenn Sie mir erlauben, sage ich Ihnen, wie ich mich fühle, wenn Sie sagen, sie wollten sich das Leben nehmen. Es hat mich hilflos und traurig gemacht.

Unsere stationäre CBASP-Gruppe

- Konzept und Techniken angepasst an unsere Zielgruppe
- Gerontopsychiatrie: Chronifizierung der Depression häufig über Jahrzehnte hinweg
- langsames, redundanteres Vorgehen
- Vorgespräch, Ausfüllen des CBASP Interpersonellen Fragebogens
- 10-16 Termine, einmal die Woche, eine Stunde
- Vereinfachte Situationsanalysen
- nach ca. 2-3 Sitzungen, Kieslerkreis
- nach 5-6 Sitzungen gemeinsames Erarbeiten prägender Einflüsse



Wie erarbeiten wir die prägenden Einflüsse in der Gruppe?



- Verteilen des Arbeitsblattes
- Konzept einführen mit konkretem Beispiel für alle, am besten aus vorheriger Situationsanalyse
- **Beispiel Frau D.:** sie schreibt bis heute nicht gerne, da ihre Mutter sie immer vor allen bloß gestellt habe
- Wie war es also, mit dieser Mutter aufzuwachsen? Wie haben Sie sich als Kind gefühlt? Was haben Sie für einen Stempel dadurch bekommen? Wie wirkt sich das bis heute auf Sie aus?
- Dann soll jeder zum wichtigsten Einfluss des Vaters und der Mutter etwas erzählen.

CBASP in der Gruppe



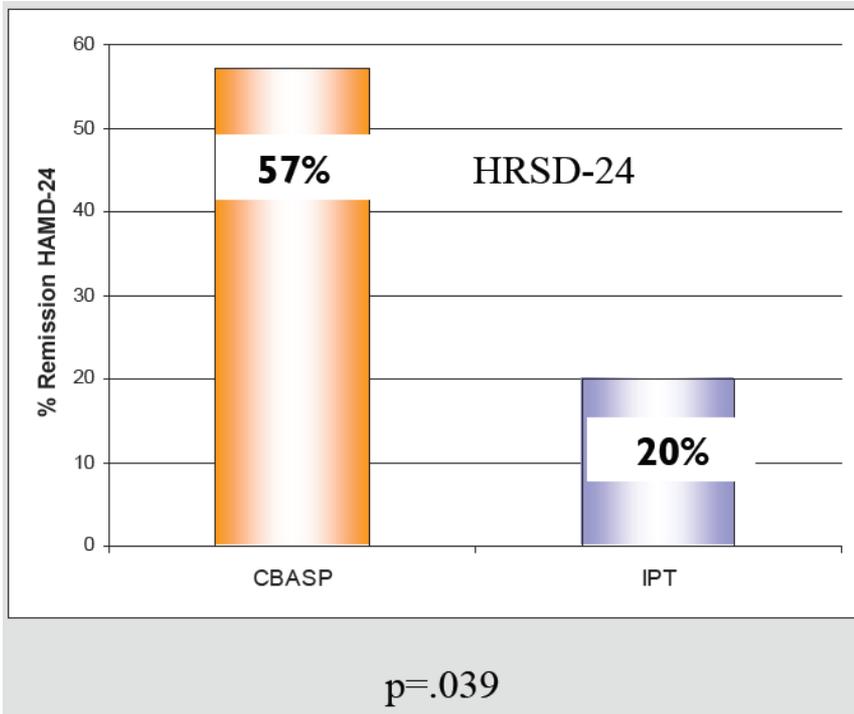
- Bisherige Erfahrungen: das Feedback der Patienten ist sehr positiv
- Auf deren Anregung haben wir im Anschluss eine Aufrechterhaltungsgruppe einmal im Monat eingerichtet
- Die Langzeit-CBASPler treffen sich aus Eigeninitiative als Selbsthilfegruppe einmal im Monat ohne fachliche Leitung
- ABER: tatsächliche Änderung so lange bestehender Verhaltensmuster und Gedankenmuster erweist sich als zäh und erfordert viel Wiederholung
- Wir sind als Therapeuten wesentlich aktiver und direkter als bei anderen Altersgruppen

Der aktuelle Stand...

- noch keine Meta-Analysen, aber nach APA-Kriterien empirisch validiert (mind. 2 Gruppendesignstudien von 2 Arbeitsgruppen)
- CBASP empfehlenswert bei:
 - chronisch Depressiven mit frühem Krankheitsbeginn und frühen traumatisierenden Beziehungserfahrung
 - Nicht-Ansprechen auf traditionelle Psychotherapien
 - Erschwerter therapeutischer Beziehungsgestaltung
 - Mittelgradiger bis schwerer Ausprägung depressiver Symptomatik → in Kombination mit medikamentöser Behandlung
 - Schwer chronisch erkrankten Patienten → stationäres CBASP-Konzept mit ambulanter Nachbetreuung
 - Bislang positive Erfahrungen bei Älteren (Marburg, Bonn)

Pilotstudie, Vergleich IPT/CBASP

Schramm et al. 2010



- kein Unterschied bei primary outcomes
- „secondary measures showed relevant benefits of CBASP over IPT“
- signifikant höhere Remissionsraten für CBASP (57% vs 20%)

CBASP bei älteren Patienten

CBASP@oldage

- Offene Pilot Studie (N = 13)
- ❖ Interpersonale Fertigkeiten Gruppe (IFG@65+) basierend auf CBASP Elementen und Techniken (8 Sitzungen) + Einzelsitzungen

Bollmann S, Spies J., Hodzic J, Hohl-Radke F, Brakemeier EL. (in prep.). Feasibility and outcome of an inpatient interpersonal skills group for elderly patients (65+) with acute or chronic depression: An open pilot study. GeroPsych

© 2015 Schattauer GmbH, Stuttgart

1

Psychotherapie im Alter

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) für chronisch depressive ältere Patienten

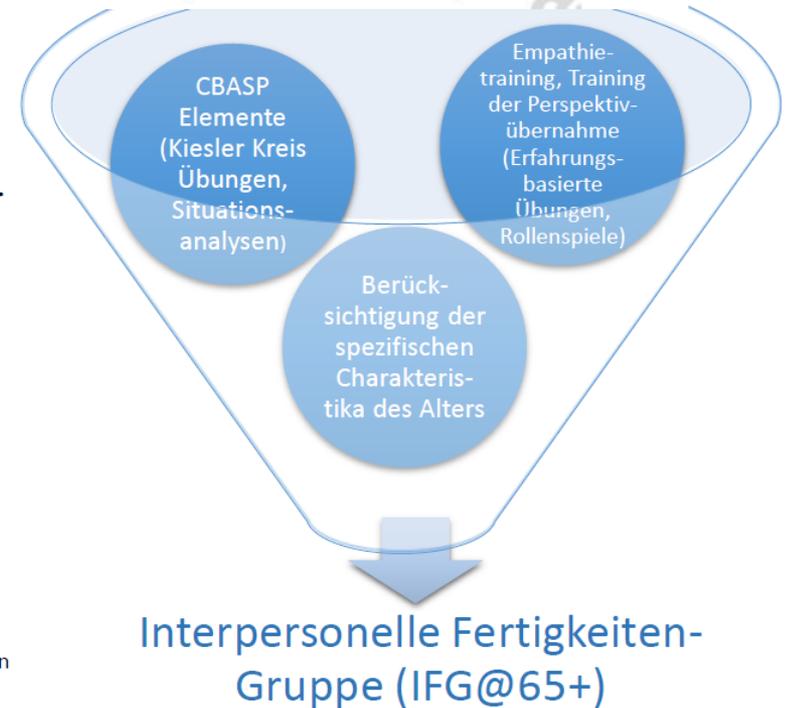
Simon Bollmann; Matthias Schuler; Stephan Hauptenthal; Thomas Zetzsche; Eva-Lotta Brakemeier

Schlüsselwörter

Psychotherapie, Alter, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), chronische Depression

Keywords

Psychotherapy, age, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), chronic depression



Ausblick

- CBASP Methoden auch mit älteren Patienten modifizierbar durchführbar
- Erste Pilotdaten und Falldarstellungen zeigen bisher vielversprechende Ergebnisse
- Relevanz früher traumatisierender Beziehungserfahrungen in der Gerontopsychiatrie
- Darauf basierende Interventionen mit Berücksichtigung früher Traumatisierung
- Infos und Fortbildungen: www.cbasp-network.org

Zum Schluss: Frau D.

- 3 Monate stationär, 6 Wo. Tagesklinik.
- Dann ambulant in CBASP-Gruppe und nun einmal im Monat aufrechterhaltende CBASP-Gruppe und Einzelgespräche.
- Aussprache und Versöhnung mit Tochter, soziale Kontakte aufgenommen.
- Mehrfach nun rechtzeitig Hilfe gesucht bei Ambulanzteam – immer noch autark aber im Kontakt!
- In Einzelgesprächen mit CBASP-Schwerpunkt Aufarbeitung der Prägungen.
- Feedback ihrerseits: das hätte sie schon vor 40 Jahren gebraucht.
- Sie sei nun zufrieden, traue sich mehr zu sagen, komme mit den Kindern besser zurecht.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!