

Manuel Peters
Wirksame Kurz-Psychotherapie der Depression

CIP-Medien

Manuel Peters

Wirksame Kurz-Psychotherapie der Depression

**Evaluation der Psychiatrischen
Kurz-Psychotherapie (PKP)**

Psychosozial-Verlag

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen
Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München, 2021

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.

Originalausgabe

© 2022 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Wassily Kandinsky, *Start*, 1934

Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-3167-9 (Print)

ISBN 978-3-8379-7853-7 (E-Book-PDF)

Inhalt

	Tabellenverzeichnis	9
	Abbildungsverzeichnis	11
	Abkürzungsverzeichnis	13
	Zusammenfassung	15
	Abstract	17
1	Einleitung	19
2	Die Wissenschaft der Psychotherapie	25
3	Depressive Erkrankungen	31
3.1	Psychopathologie	31
3.2	Epidemiologie	33
3.3	Ätiopathogenese	34
3.3.1	Genetische Modelle	36
3.3.2	Neurobiologische Modelle	37
3.3.3	Psychologische Modelle	38
3.4	Diagnostik	39
3.5	Behandlung	40
3.5.1	(Bio-)Medizinische Interventionen	41
3.5.2	Psychotherapeutische Interventionen	42
3.5.2.1	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	42
3.5.2.2	Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)	43
4	Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)	47
4.1	Das Konzept der PKP für Depression	47
4.2	Sprechstundenkarten (SSK)	49

4.3	Module und Submodule der PKP	52
4.3.1	Modul Patientenaufnahme	52
4.3.2	Modul Leitlinien	53
4.3.3	Modul Symptomverständnis	54
4.3.4	Modul Freude-Exposition	56
4.3.5	Modul Angst-Exposition	57
4.3.6	Modul Trauer-Exposition	59
4.3.7	Modul Ärger-Exposition	59
4.3.8	Modul Rückblick und Ausblick	61
4.3.9	Modul Motivklärung/Persönlichkeitsentwicklung	61
4.4	Forschungsfragen	65
5	Methodik	67
5.1	Beschreibung der Studie	67
5.1.1	Erste Phase der Studie	67
5.1.2	Zweite Phase der Studie	68
5.1.3	Durchführung	68
5.1.4	Therapeuten	70
5.1.5	Eigenbeteiligung des Autors	70
5.2	Stichprobe	70
5.2.1	Einschlusskriterien	70
5.2.2	Ausschlusskriterien	71
5.2.3	Rekrutierung	71
5.2.4	Beschreibung der Stichproben	71
5.2.5	Dropouts und Abbrecher	75
5.3	Messinstrumente	77
5.3.1	Beck-Depression-Inventar (BDI-II)	77
5.3.2	Verhaltensdiagnostiksystem (VDS)	79
5.3.2.1	VDS90 – Symptomliste	79
5.3.2.2	VDS14 – Psychischer Befund	80
5.3.2.3	VDS30 – Persönlichkeitsskalen	80
5.3.3	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	81
5.3.4	Global Assessment of Functioning (GAF)	81
5.3.5	Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR)	82
5.3.6	Beanspruchung des medizinischen Systems und Arbeitsfähigkeit (QMP02)	83
5.4	Statistische Analyse	83
5.4.1	Vergleichbarkeit der Therapiegruppen (Baseline)	83

5.4.2	Operationalisierung von Therapieerfolg	84
5.4.2.1	Statistische Signifikanz	84
5.4.2.2	Klinische Relevanz	85
5.4.3	Explorative Datenanalyse	86
6	Ergebnisse	89
6.1	Deskriptive Statistik	89
6.1.1	BDI-II	89
6.1.2	VDS90 – Depression	90
6.1.3	VDS14 – Depression	91
6.1.4	VDS90 – Gesamtwert	92
6.1.5	VDS14 – Gesamtwert	93
6.1.6	VDS30 – Persönlichkeit	94
6.1.7	VEV	95
6.1.8	GAF	96
6.1.9	FB-ÜR	97
6.1.10	QMP02 – Arbeitsfähigkeit	98
6.1.11	QMP02 – Fehlzeiten	99
6.2	Allgemeine Wirksamkeit der PKP	100
6.3	Effektivität der PKP (Hypothese 1)	101
6.3.1	Statistische Analyse	102
6.3.2	Klinische Relevanz	104
6.4	Effizienz der PKP (Hypothese 2)	105
6.4.1	Statistische Analyse	105
6.4.2	Klinische Relevanz	108
6.5	Stabilität des Therapieerfolgs (Hypothese 3)	110
6.5.1	Statistische Analyse	110
6.5.2	Klinische Relevanz	113
6.6	Flexibilisierung der Überlebensregel (Hypothese 4)	114
6.6.1	Statistische Analyse	114
6.6.2	Klinische Relevanz	114
6.7	Therapieerfolg in Relation zur Emotionsregulation (Hypothese 5)	115
6.7.1	Statistische Analyse	115
6.7.2	Klinische Relevanz	115
6.8	Differenzielle und prädiktive Effekte (Hypothese 6)	116
6.8.1	Statistische Analyse	116
6.8.2	Klinische Relevanz	118

7	Diskussion	121
	Literaturverzeichnis	127
	Anhang	
	Anhang 1: VDS90 – Symptomliste	137
	Anhang 2: VDS14 – Psychischer Befund	139
	Anhang 3: VDS30 – Dysfunktionale Persönlichkeitsskalen	161
	Anhang 4: Global Assessment of Functioning (GAF)	164
	Anhang 5: Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR)	165
	Anhang 6: QMP02 – Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf	166
	Anhang 7: Therapeutisches Verlaufsprotokoll der verwendeten Sprechstundenkarten	167
	Danksagung	169

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Depressive Symptome (mod. nach Hautzinger, 2013)	32
Tabelle 2: Prävalenz depressiver Erkrankungen (nach Wittchen et al., 2000)	33
Tabelle 3: Biopsychosoziale Risikofaktoren der Depression (mod. nach Hautzinger, 2013)	36
Tabelle 4: SSK des Moduls Patientenaufnahme (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	53
Tabelle 5: SSK des Moduls Leitlinien (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	54
Tabelle 6: SSK des Moduls Symptomverständnis (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	55
Tabelle 7: SSK des Moduls Freude-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	56
Tabelle 8: SSK des Moduls Angst-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	58
Tabelle 9: SSK des Moduls Trauer-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	60
Tabelle 10: SSK des Moduls Ärger-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	60
Tabelle 11: SSK des Moduls Rückblick und Ausblick (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	61
Tabelle 12: SSK des Moduls Überlebensregel (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	64
Tabelle 13: Stichprobenmerkmale der KZT und LZT	72
Tabelle 14: Abbrecher und Completer	76
Tabelle 15: Erhebungsinstrumente in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt	77
Tabelle 16: Schwellenwerte im BDI-II (nach Hautzinger, Keller & Kühner, 2016)	79
Tabelle 17: Ergebnisse im BDI-II	89
Tabelle 18: Ergebnisse im VDS90-Depression	90
Tabelle 19: Ergebnisse im VDS14-Depression	91
Tabelle 20: Ergebnisse im VDS90-Gesamtwert	92
Tabelle 21: Ergebnisse im VDS14-Gesamtwert	93
Tabelle 22: Ergebnisse im VDS30-Persönlichkeit	94
Tabelle 23: Ergebnisse im VEV	95
Tabelle 24: Ergebnisse im GAF	96
Tabelle 25: Ergebnisse im FB-ÜR	97
Tabelle 26: Ergebnisse im QMP02 – Arbeitsfähigkeit	98
Tabelle 27: Ergebnisse im QMP02 – Fehlzeiten (Tage)	99
Tabelle 28: Ergebnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der PKP (within subjects)	101
Tabelle 29: Ergebnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der PKP (between subjects)	101
Tabelle 30: Ergebnisse zur Effektivität der PKP nach 24 Sitzungen (within subjects)	102

Tabelle 31: Ergebnisse zur Effektivität der PKP nach 24 Sitzungen (between subjects)	102
Tabelle 32: Ergebnisse zur Effektivität der PKP in der KZT nach 24 Sitzungen	103
Tabelle 33: Ergebnisse zur Effektivität der PKP in der LZT nach 24 Sitzungen	103
Tabelle 34: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach 24 Sitzungen	104
Tabelle 35: Ergebnisse zur Effizienz der PKP zwischen der 24. und der 30./44. Sitzung (within subjects)	106
Tabelle 36: Ergebnisse zur Effizienz der PKP zwischen der 24. und der 30./44. Sitzung (between subjects)	106
Tabelle 37: Ergebnisse zur Effizienz der PKP in der KZT zwischen der 24. und der 30. Sitzung	107
Tabelle 38: Ergebnisse zur Effizienz der PKP in der LZT zwischen der 24. und der 44. Sitzung	107
Tabelle 39: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach 30 bzw. 44 Sitzungen	109
Tabelle 40: Ergebnisse zur Stabilität der PKP zwischen der 30./44. Sitzung und der Katamnese (within subjects)	110
Tabelle 41: Ergebnisse zur Stabilität der PKP zwischen der 30./44. Sitzung und der Katamnese (between subjects)	111
Tabelle 42: Ergebnisse zur Stabilität der PKP in der KZT zwischen der 30. Sitzung und der Katamnese	111
Tabelle 43: Ergebnisse zur Stabilität der PKP in der LZT zwischen der 44. Sitzung und der Katamnese	112
Tabelle 44: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach der Katamnese	113
Tabelle 45: Verlaufsformen in den verschiedenen Therapiegruppen	117
Tabelle 46: Differenzielle und prädiktive Faktoren der verschiedenen Verlaufsformen	117
Tabelle 47: Ergebnisse der unterschiedlichen Verlaufsformen	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10	32
Abbildung 2: Struktureller und funktioneller Aufbau der PKP (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	49
Abbildung 3: Beispiel einer SSK (zit. nach Sulz & Deckert, 2012b)	51
Abbildung 4: Komponenten der dritten Säule (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	62
Abbildung 5: Überblick emotionale Überlebensregel (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)	63
Abbildung 6: Punktmittelwerte im BDI-II; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	90
Abbildung 7: Punktmittelwerte im VDS90-Depression; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	91
Abbildung 8: Punktmittelwerte im VDS14-Depression; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	92
Abbildung 9: Punktmittelwerte im VDS90-Gesamtwert; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	93
Abbildung 10: Punktmittelwerte im VDS14-Gesamtwert; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	94
Abbildung 11: Punktmittelwerte im VDS30-Persönlichkeit; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	95
Abbildung 12: Punktmittelwerte im VEV; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	96
Abbildung 13: Punktmittelwerte im GAF; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	97
Abbildung 14: Punktmittelwerte im FB-ÜR; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	98
Abbildung 15: Prozentwerte im QMP02 – Arbeitsfähigkeit; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	99
Abbildung 16: Punktmittelwerte im QMP02 – Fehlzeiten; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese	100

Abkürzungsverzeichnis

α	Signifikanzniveau
ACT	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAP	Bayerische Private Akademie der Psychotherapie
BÄK	Bundesärztekammer
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar Revision
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
bzw.	beziehungsweise
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
χ^2	Chi-Quadrat-Wert
CIP	Centrum für integrative Psychotherapie
d	Cohens d; Effektstärkemaß des t-Tests
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
df	degrees of freedom; Freiheitsgrade
d. h.	das heißt
DSM-IVTR	Diagnostic and Statistical Manual 4 th Edition Text Revision
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual 5 th Edition
ebd.	ebenda
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM	evidence based medicine; evidenzbasierte Medizin
EBP	evidence based psychotherapy; evidenzbasierte Psychotherapie
EKT	Elektrokrampftherapie; Elektrokonvulsionstherapie
η^2	Eta-Quadrat-Wert; Effektstärkemaß der Varianzanalyse
et al.	et alii; und andere
GAF	Global Assessment of Functioning; Globales Funktionsniveau
GAS	Generalisierte Angststörung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

ICD-10 GM	International Classification of Diseases 10 th Edition German Modification
ICD-11	International Classification of Diseases 11 th Edition
IPT	Interpersonelle Therapie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MAX	Maximaler Wert
MIN	Minimaler Wert
M	Mittelwert
n	Anzahl Patienten ¹ Teilstichprobe
N	Anzahl Patienten Gesamtstichprobe
o. g.	oben genannte
p	Signifikanzwert; Überschreitungswahrscheinlichkeit
ϕ	Phi-Koeffizient; Effektstärkemaß beim Chi-Quadrat-Test
PKP	Psychiatrische Kurz-Psychotherapie
PR	Prozent
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
r	Korrelationskoeffizient; Produkt-Moment-Korrelation
RCT	Randomized Controlled Trial; randomisierte kontrollierte Studie
SBT	Strategisch-Behaviorale Therapie
SD	standard deviation; Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SKT	Strategische Kurzzeittherapie
sog.	sogenannt
SSK	Sprechstundenkarte
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
u. a.	und andere
V	Cramers V; Effektstärkemaß beim Chi-Quadrat-Test
VDS	Verhaltensdiagnostiksystem
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens
vgl.	vergleiche
VT	Verhaltenstherapie
z. B.	zum Beispiel

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form gewählt. Wo nicht anders erwähnt, sind damit alle Geschlechter gemeint.

Zusammenfassung

Zweck der Untersuchung

Da die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Depression aus verschiedenen Gründen nach wie vor als unbefriedigend angesehen werden muss, wird hier eine effiziente, evidenzbasierte Therapieform mittels Therapiekarten evaluiert. Theoretische Grundlage der Behandlungsform bildet die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT), die Depression als Vermeidungsstrategie intensiver Emotionen und daran gekoppelte Handlungsimpulse ansieht, welche durch negative Verstärkung aufrechterhalten wird. Die therapeutische Strategie besteht in der Überwindung des Vermeidungsverhaltens durch Exposition der vermiedenen Emotionen (Verstärkung erwünschten Verhaltens, Löschung unerwünschten Verhaltens), sodass die depressive Symptomatik überflüssig wird. Im Ergebnis soll der Patient durch kognitive Selbststeuerung und verbesserte emotionale Kompetenz lernen, mit Emotionen und deren Konsequenzen funktionaler umzugehen.

Methodik

Die Therapiestudie wurde als Feldstudie im ambulanten Setting verhaltenstherapeutischer Richtlinien-Psychotherapien durchgeführt. Die Therapeuten arbeiteten mit Therapiekarten, die sämtliche Informationen beinhalten, die man zur Durchführung der jeweiligen Intervention benötigt. Dabei kamen nur evidenzbasierte Interventionen zum Einsatz. Es wurden zwei Therapiegruppen untersucht: eine Kurzzeittherapiegruppe (n = 77) mit 24 wöchentlichen Sitzungen und sechs weiteren monatlichen Erhaltungssitzungen sowie eine Langzeittherapiegruppe (n = 79) mit 44 wöchentlichen Sitzungen. Beide Gruppen erhielten sechs Monate nach Ende der Therapie eine abschließende Katamnesesitzung.

Ergebnisse

Es hat sich gezeigt, dass die meisten Patienten der Kurzzeittherapiegruppe bereits nach 24 Sitzungen ein Wirkmaximum erzielten, welches nicht weiter gesteigert werden konnte und konstant auch nach Abschluss der Therapie bei den meisten

Abstract

Aim of the study

Since outpatient psychiatric-psychotherapeutic care for patients with depression still has to be considered unsatisfactory for various reasons, an efficient, evidence-based form of therapy is evaluated here using therapy cards. The theoretical basis of the treatment form is the Strategic Behavioral Therapy (SBT), which considers depression as an avoidance strategy of intense emotions and coupled action impulses, which is maintained by negative reinforcement. The therapeutic strategy is to overcome the avoidance behavior by exposure of the avoided emotions (reinforcement of desired behavior, eradication of unwanted behavior), so that the depressive symptomatology becomes superfluous. As a result, through cognitive self-control and improved emotional competence, the patient learns to deal with emotions and their consequences more functionally.

Methods

The therapy study was conducted as a field study in the outpatient setting of regular behavioral psychotherapies. The therapists worked with therapy cards that contained all the information needed to perform each intervention. Only evidence-based interventions were used. Two therapy groups were examined: a short-term therapy group ($n = 77$) with 24 weekly sessions and six further monthly maintenance sessions, and a long-term therapy group ($n = 79$) with 44 weekly sessions. Both groups received a final catamnestic session six months after the end of therapy.

Results

It has been shown that most of the outpatients of the short-term therapy group achieved a maximum effect already after 24 sessions, which could not be increased any further and has remained constant for the most outpatients even after completion of the therapy. The outpatients of the long-term therapy group did not differ statistically from the outpatients of the short-term therapy, but there were individual, clinically relevant deviations. Therapists of long-term therapy assessed