

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP der Depression im Vergleich zur Langzeittherapie

Eine kontrollierte Studie

Gesamtleitung:

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz, Dr. Markus Reicherzer,
Dr. Miriam Sichort-Hebing

Durchführung:

Vergleich von Kurz- und Langzeittherapie

- Das Prinzip bleibt wie bei der Kurzzeittherapie:
- Emotionsexposition
- 3-Säulen-Strategie (Symptom- Skills- Persönlichkeit)
- Akut- plus Erhaltungsphase (39 wöchentliche Sitzungen plus 6 monatliche Sitzungen)

PKP-SBT der Depression

- Da wir **Wut-, Trauer- und Angstvermeidung als Ursache der Depression** betrachten, kommen wir zu einem anderen Therapieansatz als Beck und Hautzinger.
- Analog zur Angsttherapie führen wir Expositionstherapien durch (**Freude-Trauer-Angst-Wut-Expositionen**)
- Dazu kommt die Motivationsklärung und –optimierung durch den Schritt von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel
- Und dies durch Verhaltenstherapie

PKP-SKT der Depression

Modul Symptomverständnis

Modul Überlebensregel

Modul Freude-Exposition

Modul Angst-Exposition

Modul Trauer-Exposition

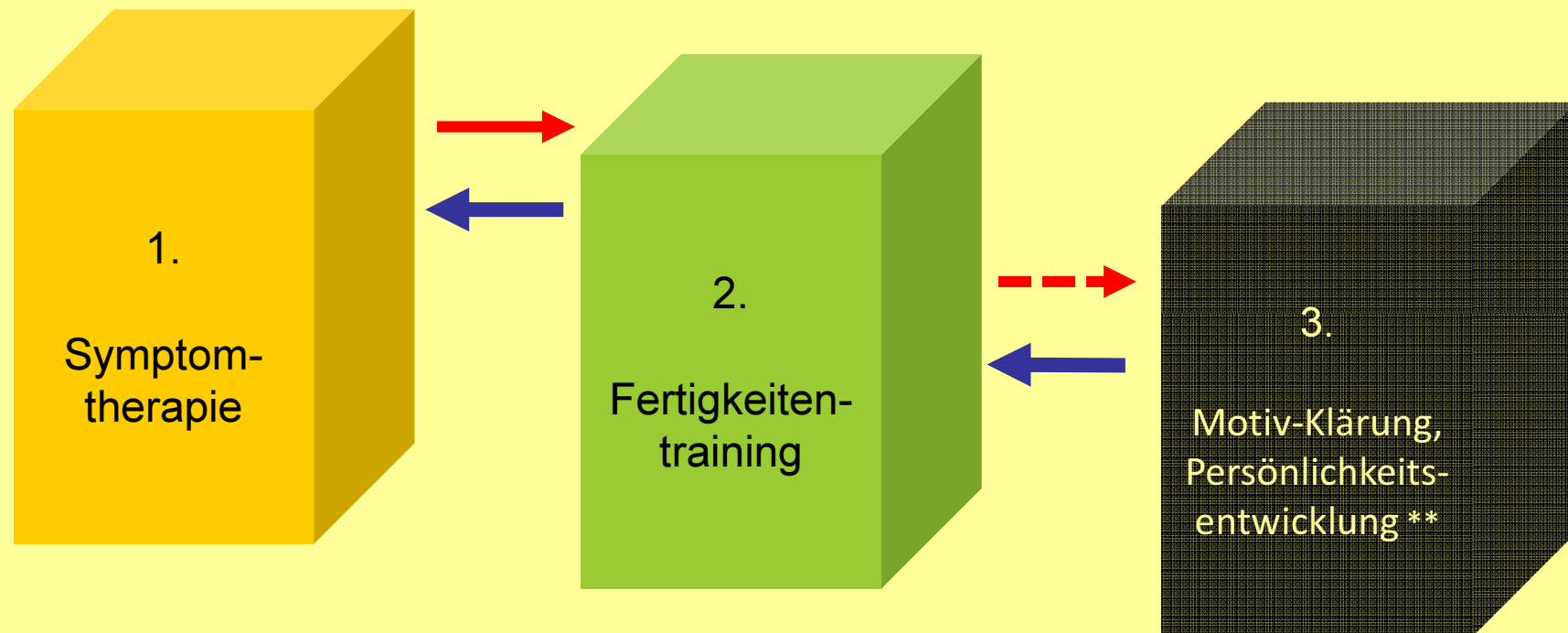
Modul Ärger-Exposition

Modul Rück- und Ausblick

Der Unterschied zwischen PKP-Kurz- und Langzeittherapie ist ...

- 39 statt 24 wöchentliche Sitzungen
- Überlebensregel fest als 2. Modul

Strategisches Vorgehen: 3 Säulen der Kurz-Psychotherapie*

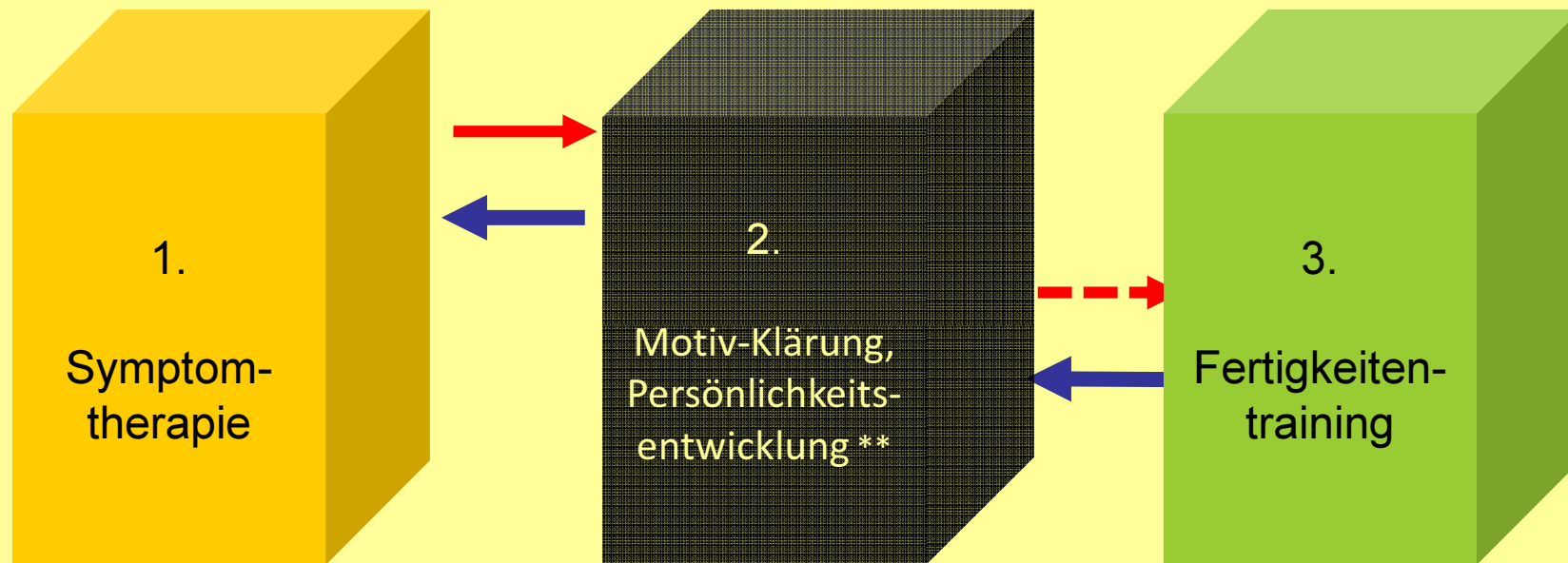


Zuerst die Arbeit am Symptom, dann Aufbau fehlender Fertigkeiten.
Nur wenn die Änderungsmotivation fehlt, zur 3. Säule wechseln.
Und dann rasch wieder nach links wechseln. So bleibt die Therapie kurz.

* aus S. Sulz: Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie (2011)

** siehe Kartenset **Säule 3: Meine Überlebensregel**

Strategisches Vorgehen: 3 Säulen der Langzeit-Psychotherapie*



Zuerst die Arbeit am Symptom, dann Überlebensregel-Änderung.
Dann zur 3. Säule wechseln.
Schließlich auf allen drei Ebenen parallel arbeiten

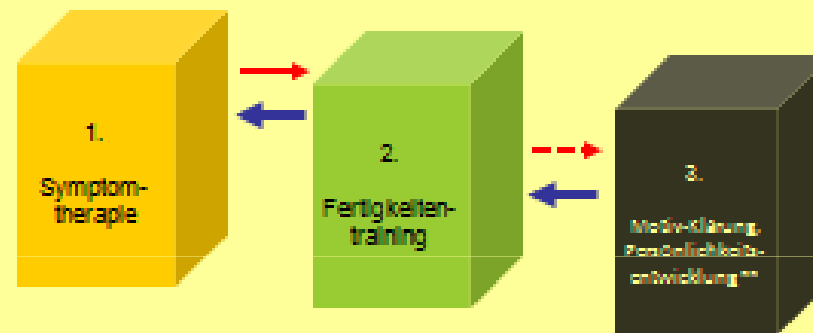
* aus S. Sulz: Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie (2011)

** siehe Kartenset : **Meine Überlebensregel**

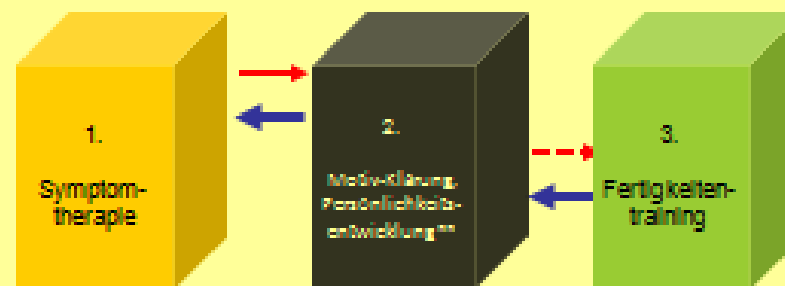
Vergleich:

Kurz- und Langzeit-PKP-Psychotherapie*

Strategisches Vorgehen:
3 Säulen der Kurz-Psychotherapie*

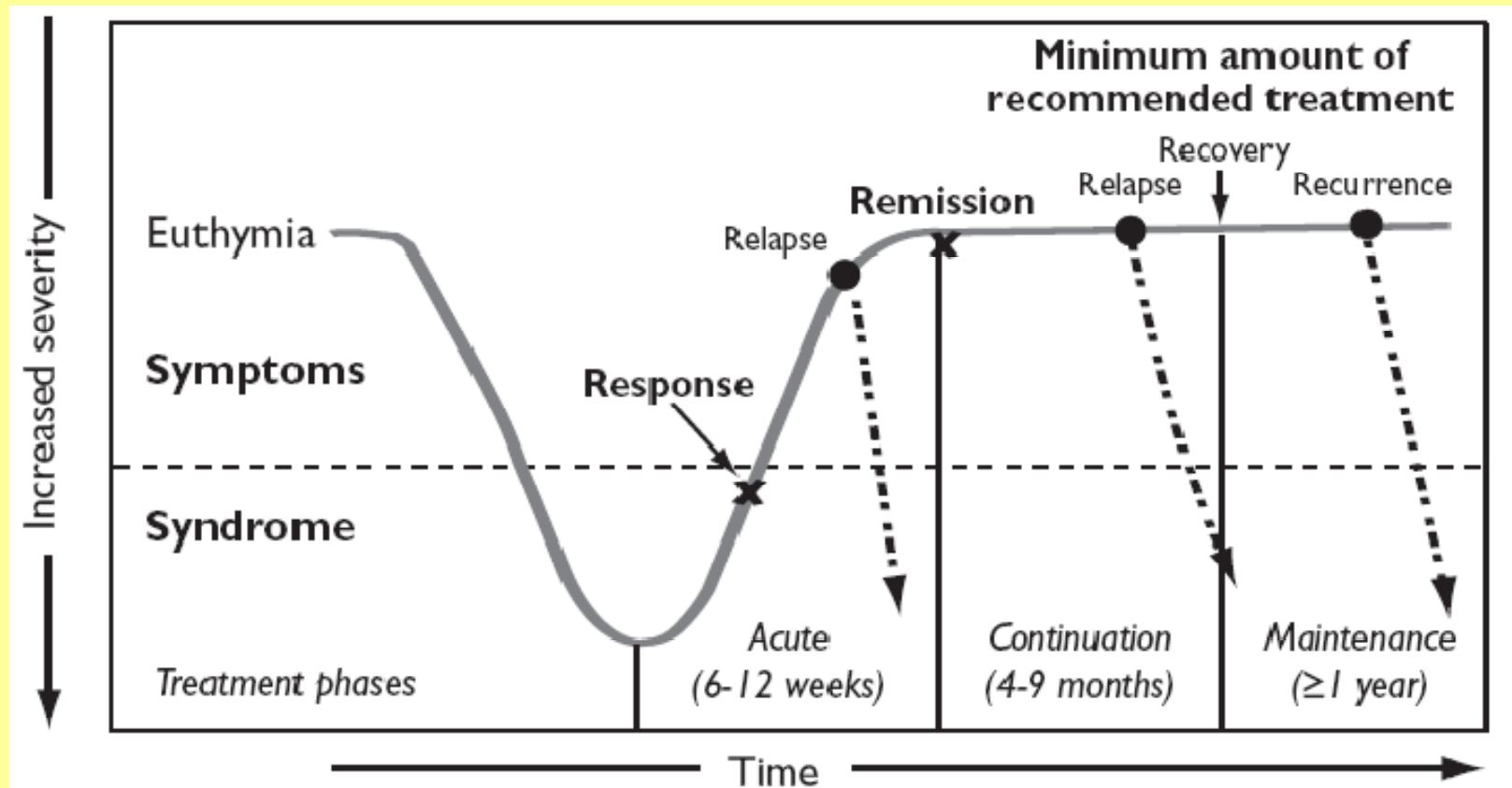


Strategisches Vorgehen:
3 Säulen der Langzeit-Psychotherapie*



PKP-SBT-Langzeit-
Depressionsstudie 2013

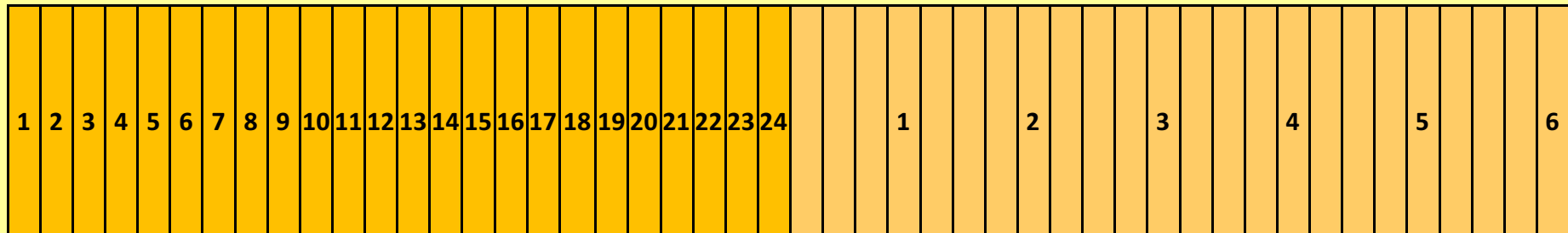
Therapiephasen der Depression



aus Dunn & Tierney, 2006

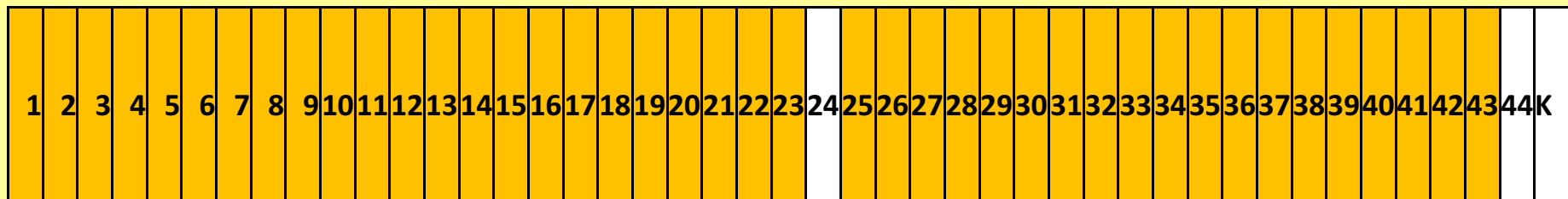
Das war PKP 1: Kurztherapie mit langsamem Ausschleichen

- Kurzzeittherapie mit etwa 6 Monaten Therapiephase,
- mindestens 24 wöchentlichen Sitzungen
- Anschließend 6 Monate Erhaltungsphase
- mit monatlichen Sitzungen



PKP 2: Langzeittherapie ohne Ausschleichen

- Langzeittherapie mit etwa 44 Wochen Therapiephase,
- mindestens 44 wöchentlichen Sitzungen
- Und nach 6 Monaten eine Katamnese-sitzung (Sitzung 45)
- Die 24. und 44. Sitzung dienen der Zwischen- und Abschlussdiagnostik



Fragestellungen

1. Ist Kurz-PKP so wirksam wie Langzeit-PKP?
2. Bzw. wer braucht nur Kurz-PKP und wer braucht Langzeit-PKP?

Studiendesign 1

- Kontrollierte Therapieevaluationsstudie
- 2 Gruppen:
 - 1. Behandlungsgruppe: Kurzzeit-PKP (24-mal 50 Min. wöchentlich plus 6-mal monatlich)
 - 2. Behandlungsgruppe: Langzeit-PKP (44-mal 50 Min. wöchentlich)
- Ort: CIP Ambulanz
- Studienteilnehmer: Pat. mit Depression, Beachtung der Ein- und Ausschlusskriterien
- Therapiesitzungen werden auf Video aufgezeichnet
- 1 Phase: Langzeittherapie 44 wöchentl. Sitzungen

2 Therapiegruppen

PKP-SKT
24 Sitzungen

50 Minuten

**Vorgehen
mit Therapie-
Karten
(analog
Manual)**

PKP-SKT
44 Sitzungen

50 Minuten

**Vorgehen
mit Therapie-
Karten
(analog
Manual)**

Studiendesign 2

- Langzeittherapie
 - 5 probatorische (idealerweise als Doppelsitzungen innerhalb 2,5 Wochen)
 - und 44 therapeutische Sitzungen in 44 Wochen
 - Erhebung BDI jede 2. Sitzung
- Katamnesezeit
 - 6 Monate
 - Keine Sitzungen
 - Danach eine Katamnesezeitung 50 Minuten

Stichprobe – Einschlusskriterien

- Diagnose einer major depressiven Episode nach DSM IV bzw. depressive Episode nach ICD-10
- Anpassungsstörung mit Depression sowie
- Dysthymie

- Alter: zwischen 18 und 65 Jahren

- Ausreichende Deutschkenntnisse

Stichprobe – Ausschlusskriterien

- psychotische Symptome, erhebliches Suizidrisiko, Lifetime Diagnose einer Psychose, bipolaren Störung, Zykllothymie, eines psychorganischen Hirnsyndroms, mentale Retardation, Zwangsstörung, antisoziale PS, schizotype PS, Borderline PS, Essstörung (außer seit 1 Jahr remittiert)
- Erstdiagnose einer Panikstörung, Generalisierten Angststörung, Sozialen Phobie, Posttraumatischen Belastungsstörung
- Substanzabhängigkeit oder –missbrauch (Ausnahme: Nikotin) aktuell bzw. während der letzten 2 Jahre vor Start der Studie
- Nichtansprechen auf EKT, auf 3 adäquate Versuche unterschiedlicher medikamentöser Therapien mit mindestens 2 unterschiedlichen Klassen von Antidepressiva, auf 2 unterschiedliche Psychotherapien in empirisch fundierten Verfahren innerhalb 3 Jahre vor Beginn der Studie
- ernste körperliche Erkrankung mit instabiler Medikation oder Symptomatik
- Psychotherapie oder psychotrope Medikation außerhalb Studienprotokoll
- Voraussetzung ist eine stabile Medikation seit 3 Monaten und keine Steigerung der Medikation während der Akuttherapie (Patient soll geplante Veränderung mit Therapeut vorab besprechen → Supervision!)

Erhebungsinstrumente Prä-Post

- VDS14 Befunderhebung
- VDS90-Symptomfragebogen
- VDS30 Persönlichkeit
- GAF Global Assessment of Functioning Scale
- BDI II Beck Depressionsinventar II
- DAS Depressive Attitude Scale
- PTEQ Bedrohung durch Emotionen
- QMP02 Arztbesuche, Krankenschreibungen und Klinikaufenthalte
- QmP05/QMT05 Zielannäherung
- SF12
- VEV Veränderung des Erlebens und Verhaltens
- SEE
- FB-ÜR Einfluss der Überlebensregel

Verlaufsmessung

- BDI-II Beck-Depressionsinventar II
- STEPP und STEPT Stundenfragebogen

- teils nach jeder Sitzung
- teils seltener

Ergebnisevaluation

3 Messungzeitpunkte:

Prämessung

nach 24 Sitzungen

nach 44 Sitzungen

- Vergleich der Differenz zwischen Prä- und Postmessung TG und WG
- Einteilung der Pat. statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung
- VDS14: Diagnose noch vorhanden?