Psychotherapie – was, wann, für wen? – 4. Fachgespräch für Münchner Hausärzte
24. Juni 2015

Psychotherapie – Methodenvergleich, Erkenntnisse, S3-Leitlinien-Indikationen-Differentialindikationen

Frank Padberg

Sektion für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU München

Psychotherapie – Indikation?

- Etwa 30% der erwachsenen Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres unter einer psychischen Erkrankung.
- Etwa 43% der Erwachsenen erkranken während ihres Lebens psychisch
- Ca. 18% der Kinder und Jugendlichen leiden innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten an einer psychischen Erkrankung
- Psychotherapie ist bei fast allen psychischen Störungen indiziert, vor allem bei Angst- und depressiven Störungen sowie somatoformen Störungen.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie* 2010

* Zentrale Institution zur Festlegung der Wirksamkeit

Richtlinienpsychotherapie von außen betrachtet

Psychotherapieverfahren

- Psychoanalytisch begründete Verfahren
- Analytische Psychotherapie (Psychoanalyse)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren
- Verhaltenstherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Humanistische Verfahren
- Gesprächspsychotherapie
- Gestalttherapie
- Systemische Therapie
- Suggestive und autosuggestive Verfahren (Hypnose, autogenes Training)
- Körperorientierte Verfahren (z.B. konzentrative Bewegungstherapie, Bioenergetik)

Psychoanalyse-Setting

Psychoanalytische begründete Behandlungsverfahren

Psychotherapieverfahren, die sich an den Erkenntnissen und Prinzipien der Psychoanalyse orientieren:

Psychoanalytische Verfahren:

- **Frequente psychoanalytische Einzelbehandlung (3-4 Therapiestunden/Woche, „Couch“, Grundregeln: freie Assoziation, gleichschwebende Aufmerksamkeit, technische Neutralität und Abstinenz, Zentrierung auf regressive Erlebnis– und Verhaltensweisen, Übertragung und Widerstandphänomene)**
- **Modifizierte analytische Psychotherapie**
- **Psychoanalytische Fokalbehandlung, Kurzbehandlung, Gruppentherapie**

Psychodynamische Verfahren:

- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
- **Modifizierte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
- **Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP)**
- **Interaktionelle Psychotherapie (Heigl-Evers u. Heigl 1973)**
- **Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf 2004)**

Psychodynamische vs. psychoanalytische Verfahren: Ziele und Methode (nach Ermann 2007)

	Psychoanalytisch	Psychodynamisch
Zielsetzung	Umstrukturierung und Nachreifung der Persönlichkeit, verbunden mit Symptomheilung	Verminderung, bzw. Beseitigung der aktuellen Störung
Behandlungsstrategie	Bearbeitung der Dynamik der Persönlichkeit und der darin gebundenen Grundkonflikte	Bearbeitung der störungsrelevanten Psychodynamik, bzw. Strukturaspekte der Störung
Methodik	Herstellung und Durcharbeitung einer Übertragungsneurose	Begrenzung der Regression einschließlich Übertragung und Widerstand

Verhaltenstherapie (VT)

„Charakteristisch für die Verhaltenstherapie ist mehr ihr prinzipieller methodischer Standpunkt als der Rückgriff auf spezielle theoretische Konzepte oder Techniken. Ihre Basis ist heute die gesamte experimentelle/ empirische Psychologie mit ihren Nachbardisziplinen.“ (DGVT, 1986)

- **Transparent**
- **Bewältigungsorientiert**
- **Zielorientiert**
- **Zeitlich begrenzt (25-80 Therapiestunden)**
- **Strukturiert (Phasen bis zu manualbasiert inhaltlich strukturiert)**
- **Einzel- und Gruppensettings**
- **Viele Modifikationen auf empirischer Grundlage**

Die Wellen der Verhaltenstherapie

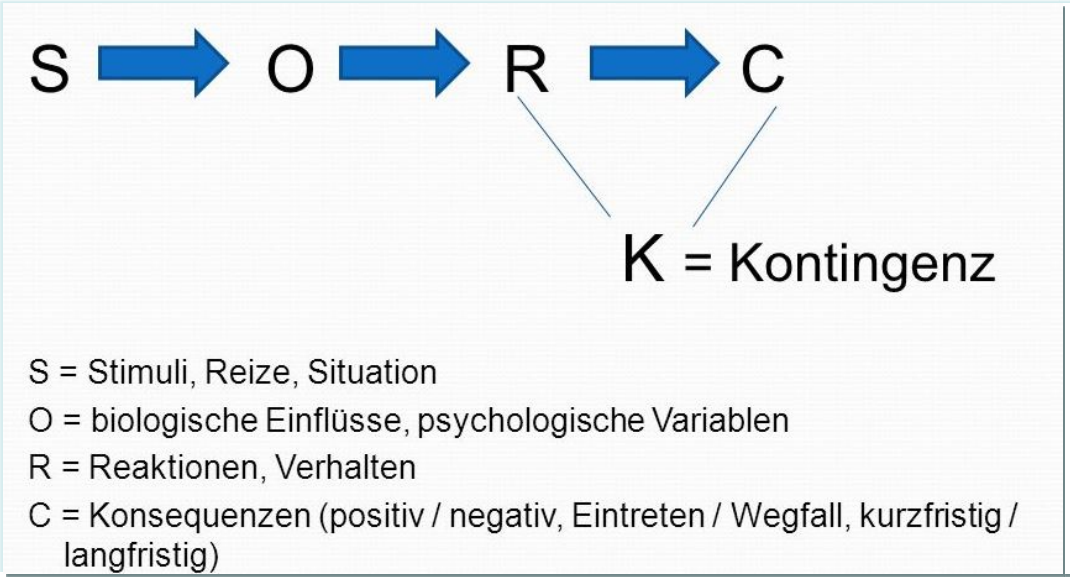
- **1. Welle der VT: behavioral**
- **2. Welle der VT: kognitiv (Beck, Ellis)**

  Mediatoren – „Inner Events“: Darunter werden alle inneren nicht direkt beobachtbaren Prozesse, wie Gedanken, Gefühle und Motive gefaßt.

- **3. Welle der VT: Akzeptanz, Achtsamkeit, Beziehung → Körper**

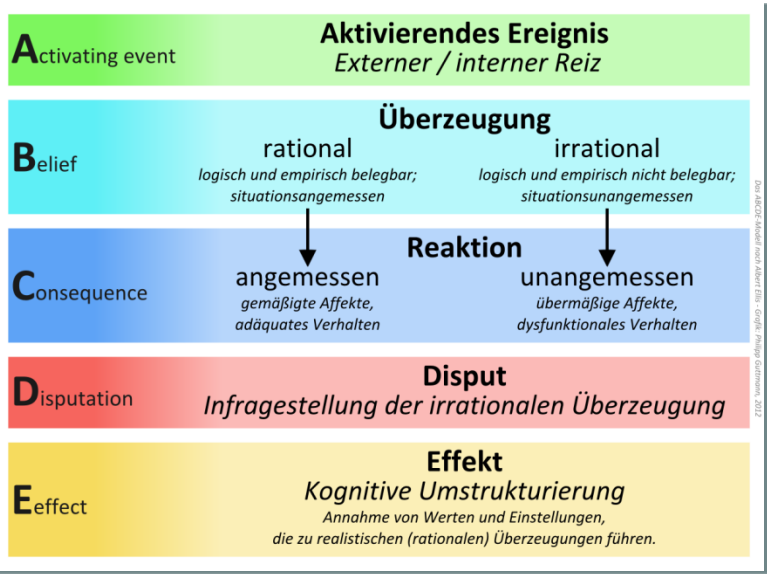
Verhaltenstherapie (VT) – vom Modell zur Verhaltensanalyse

Allgemeines Modell



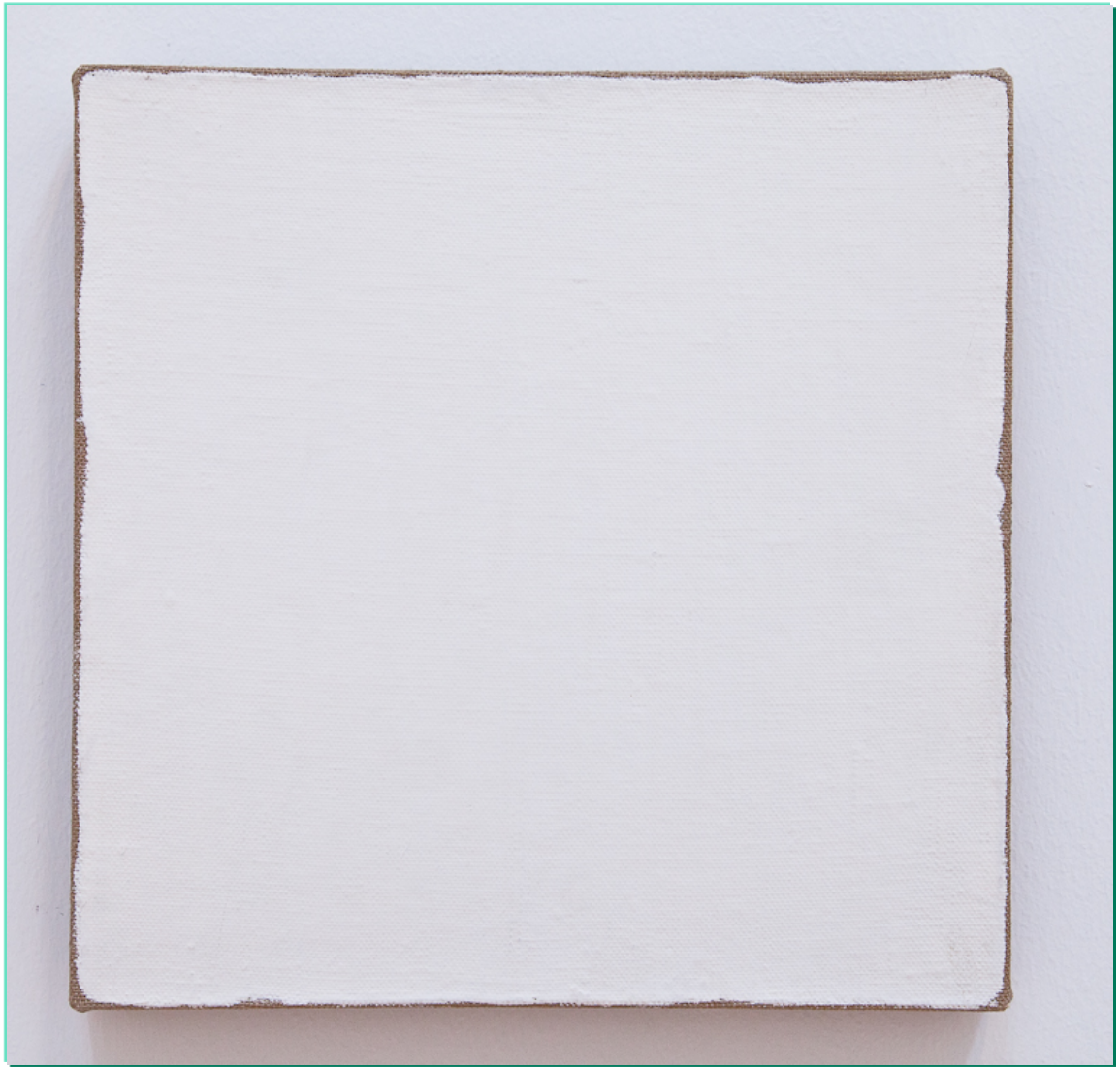
SORKC-Schema nach Kanfer & Saslow

Kognitives Modell



ABC-Modell nach Albert Ellis

Leinwand mit Rahmen



Robert Ryman (*1930)

Mehrgängemenü

Uni

FERRAN ADRIA

Wednesday, October 12, 2011

Live Maine Uni (Rockland, ME)
pickled mustard seeds, fresh wasabi, shiso bud

+++

Mullet (Vita la Palma, Spain)
cucumber, jalapeno, umi budo, roasted corn, piquillo pepper

+++

Sunomono of Live Surf Clam
yellow chive vinaigrette, house made umeboshi

+++

Shaved Matsutake Salad
maple tamari, crispy chicken skin, Tokyo negi, pine dashi

+++

Roasted Onion and Radish Salad
Eva's herbs, spruce smoked salmon, tarama vinaigrette

+++

Live Shako a la Plancha
Cooked in its own juices and dressed with black bean vinaigrette

+++

Suzuki Cevche
sudachi lime, coconut green curry, golden beets

+++

Hiramasa
mustard soy vinaigrette, fried garlic, oxalis

+++

Cobia
candied fennel, mandarin kosho, masago

+++

Berkshire Pork Belly Steam Bun
chili aioli, tamarind kabayaki, pickled vegetables

+++

Duck Egg Tagliatelle
parmesan broth, white Alba truffles

+++

White Curry Tripe
pineapple, galangal, crunchy garlic

+++

Black Licorice Roasted Muscovy Duck and Confit
fennel bulb, rutabaga, candied grapefruit

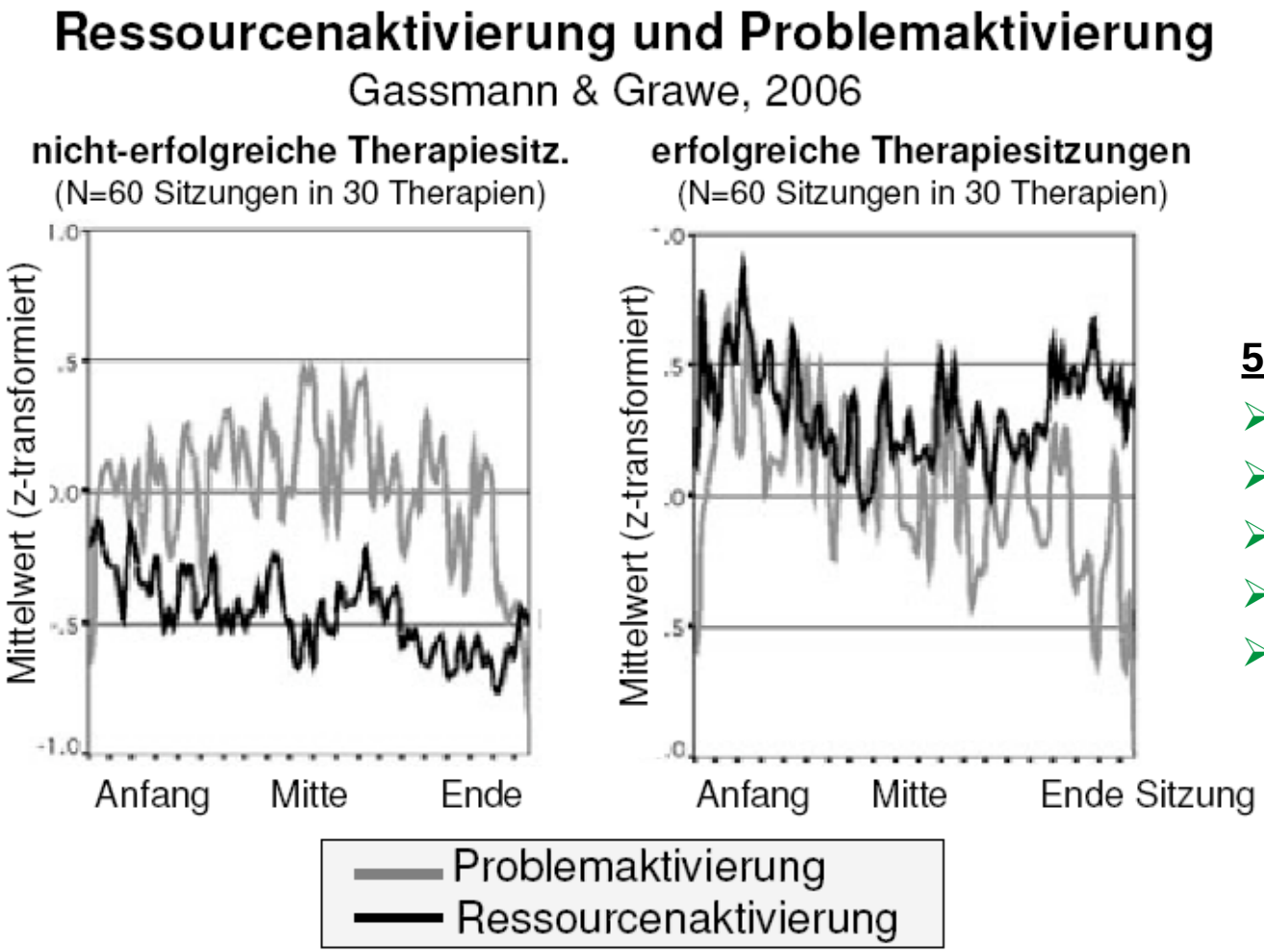
+++

Rooibos Poached Quince
caramelized white chocolate, chicory, horchata ice cream

+++

Kouing-Aman
hazelnut gelato, smoked salt, Vermont crème fraiche

Wirkfaktoren in der Psychotherapie



<u>5 Wirkfaktoren von PT:</u>

- ***Therapeut. Beziehung***
- ***Ressourcenaktivierung***
- ***Problemaktualisierung***
- ***Motivationale Klärung***
- ***Problembewältigung***

Gassmann, D. and Grawe, K. (2006) General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapies. Clinical Psychology & Psychotherapy, 1/2, 1-11.

Die Wellen der Psychotherapie

- **Verfahrensbasierte Psychotherapie (Richtlinien-PT)**
- **Störungsbasierte Psychotherapie (v.a. „integrative“ Verfahren)**
- **Modulare Psychotherapie (individuelle Anpassung störungsspezifischer Einzelinterventionen)**

Störungsspezifische Psychotherapien

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	Depression
Cogn. Behav. Analys. Syst. PT (CBASP)	Chronische Depression
Mindfullness Based Cogn. Ther. (MBCT)	Rezidivierende Depression
Multimodal CBT	Zwangserkrankungen
FASTER Therapie	Asperger Autismus
Dialektisch behaviorale Therapie (DBT)	Borderline-Persönlichkeitsstörung
mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	Borderline-Persönlichkeitsstörung
Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)	Borderline-Persönlichkeitsstörung
Schematherapie (ST)	Persönlichkeitsstörungen
Motivational Interviewing	Suchterkrankungen
Metakognitives Therapieprogramm	Schizophrenie

.....

CBASP-Techniken bei chronischer Depression: Aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung (DPI, IDÜ) als korrigierende Beziehungserfahrung

Welche Beziehungs-erfahrung möchte der Therapeut/das Team dem Patienten mitgeben? (DPI, IDÜ)

Wenn ich Unterstützung brauche oder gar in einer Notlage bin, kann ich mich auf meine Therapeutin / das Team nicht verlassen.

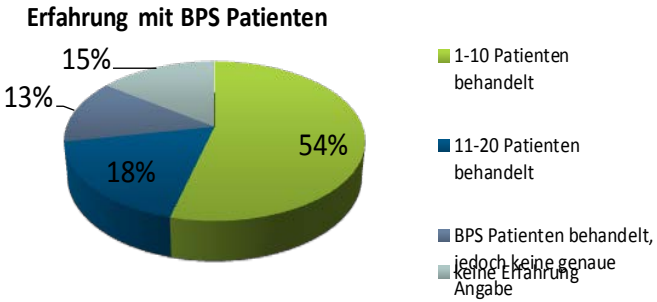
Wenn ich einen Fehler in der Therapie mache, denkt meine Therapeutin schlecht über mich.

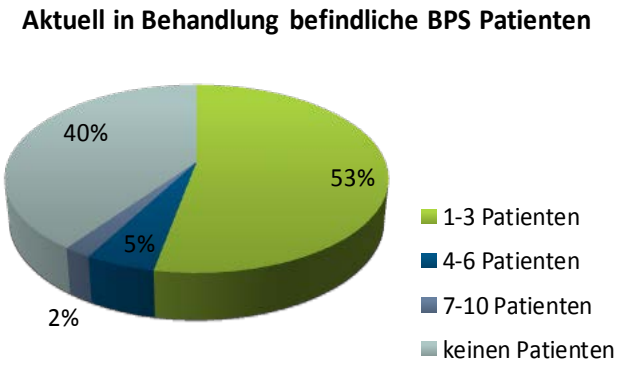
CBASP stationär – 10-Wochen-Programm der Psychotherapiestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU

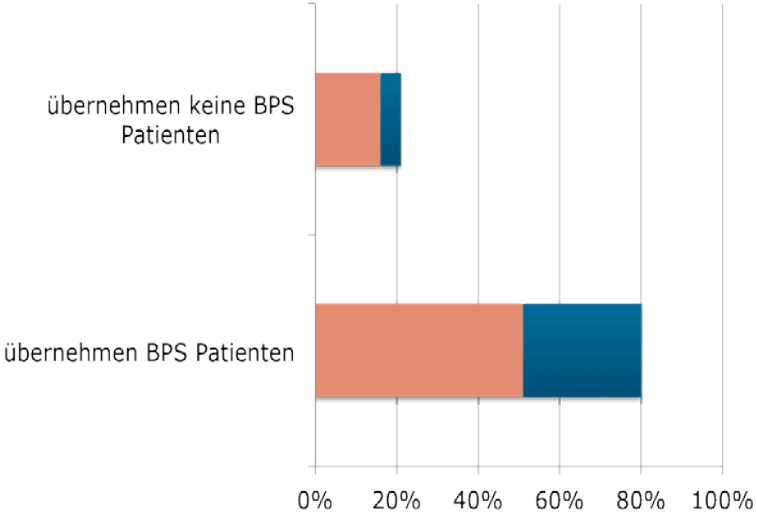
Diagnostische Phase (2 Wochen)	• **ET**: Prägungen und der Übertragungshypothese • (Prä)Diagnostik (Studie)	**Bezugspflege-gespräche** **Ärztliche Gespräche** **Musik-/Gestaltungs-therapie** **Stationsgruppe** **PMR**
1. Therapiephase (4 Wochen)	• **ET**: Situationsanalysen, Kiesler Kreis, DPI, IDÜ • **CBASP-Gruppe**	
2. Therapiephase (4 Wochen)	• **ET:** s.o. • Planung Entlassungstermin, Vorbereitung Weiterbehandlung und Wiedereingliederung • **CBASP-Gruppe** • (Post) Diagnostik	
Nachstationäre Phase	• **CBASP-Selbsthilfegruppe** • 3x **CBASP-Gruppe** (bei Bedarf) • Möglichkeit zur Auffrischung	

Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Stichprobe (N=166)





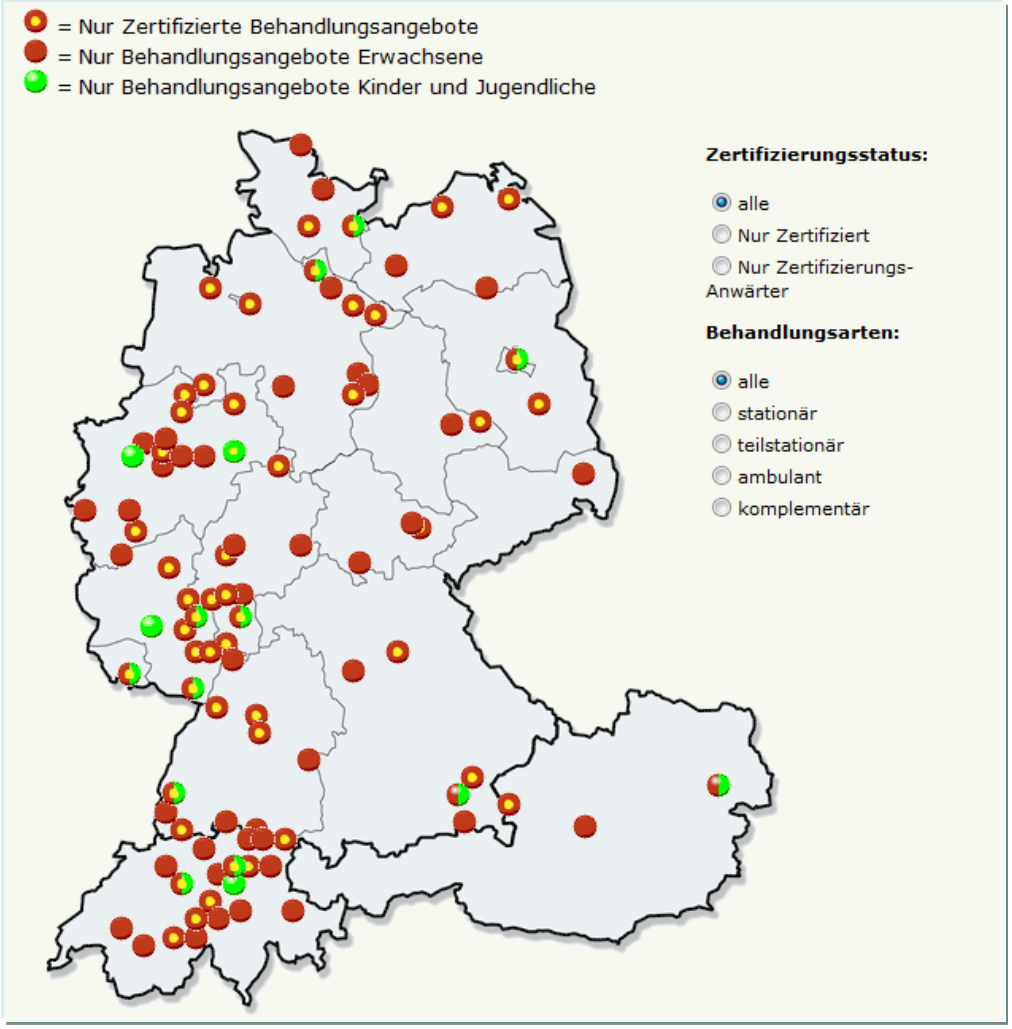


22% übernehmen grundsätzlich keine Patienten mit BPS

66% haben aktuell keine freien Therapieplätze

Jobst et al. Psychother Psychosom Med Psychol. 2010

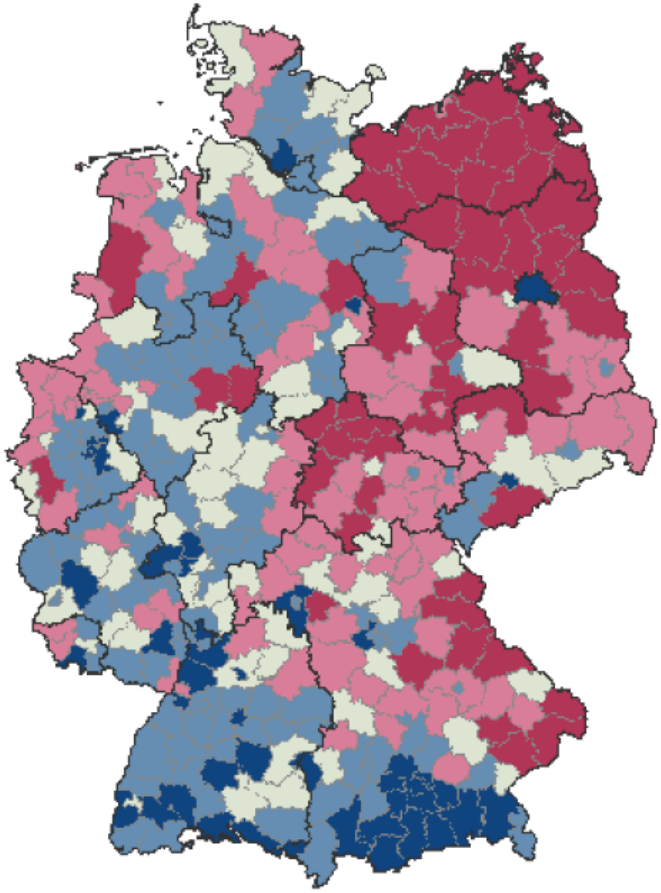
Qualität in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitstörung



Dialektisch-behaviorale Therapie: Behandlungsangebote

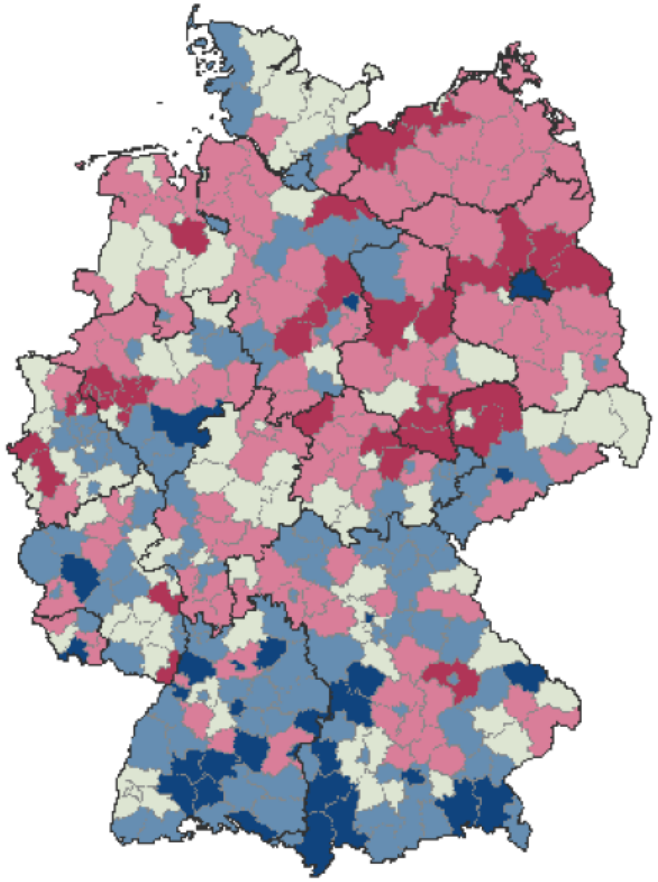
http://www.dachverband-dbt.de/index.php/dbt-therapieangebote

Versorgung durch ärztliche Psychotherapeuten



Aktuelle Psychotherapeutendichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

deutlich niedriger (52) | ausgewogen (68) | höher (118)
niedriger (88) | deutlich höher (45)



Geplante Psychotherapeutendichte gegenüber relativem Bedarf
Plankreise, Klasseneinteilung nach Grad der Abweichung

deutlich niedriger (37) | ausgewogen (83) | höher (118)
niedriger (104) | deutlich höher (29)

Leitlinien

Hintergrund: v.a. Evidence Based Medicine

"lack of evidence of efficacy
≠
evidence of lack of efficacy"

3.4 Psychotherapie

Psychotherapie ist die Behandlung von Individuen auf der Basis einer Einwirkung mit überwiegend psychologischen Mitteln. In der Behandlung depressiver Erkrankungen hat sich Psychotherapie heute in großem Umfang mittels unterschiedlicher Verfahren etabliert, sowohl im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Bei Psychotherapien sind auch mögliche **unerwünschte und schädliche Wirkungen** zu beachten wie z.B. bei falscher Indikationsstellung oder Erfolglosigkeit durch unprofessionelle Ausübung, mangelnde „Passung" zwischen Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit sowie durch unethisches Verhalten des Therapeuten.

Die *psychotherapeutische Basisbehandlung depressiver Störungen* beinhaltet folgende Aspekte:

- aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung;
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodelles, Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen des Patienten;
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose, Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodelles" zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen;
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation;
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgerlebnissen (positive Verstärker);
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Antidepressiva, Richtlinien-Psychotherapie);
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.

Als psychotherapeutische Verfahren, die durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert sind (so genannte „Richtlinienverfahren"), stehen in Deutschland für die **ambulante Behandlung** von Patienten mit depressiven Erkrankungen **Verhaltenstherapie** und **tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie** zur Verfügung. Andere Verfahren, wie die **Interpersonelle Psychotherapie (IPT)** oder die **Gesprächspsychotherapie (GPT)** sind im Rahmen der ambulanten GKV-Versorgung nicht erstattungsfähig. Sämtliche Konzepte der Richtlinienpsychotherapie implizieren eine umfassende Behandlung, die sowohl die Symptombeseitigung, die Stabilisierung der Verbesserungen sowie die Rezidivprophylaxe beinhaltet.

S3-Leitlinie

Unipolare Depression

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression
Kurzfassung
Januar 2012 Vers. 1.3

Herausgeber der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression"

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Ärztekammerkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
Bundespsychotherapeutenkammer (ganzland) (BPtK)
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DACHIG)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von

Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionszentren) (BDK)
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)
Chefärztekonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
Deutsche Psychotherapeuten-vereinigung (DPtV)
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
Deutscher Hausärzteverband
Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kompetenznetz Depression, Suizidalität (KND)

3.4.1 Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung

S3-Leitlinie

Unipolare Depression

Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-39 Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.	**0**
3-40 Zur Behandlung akuter leichter- bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.	**A**

Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-41 Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.	**A**
3-42 Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren- bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.	**A**
3-43 Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.	**Statement**

Sonderfall: Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression

Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-44 Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.	**A**

S3-Leitlinie

Unipolare Depression

3.4.4.1 Psychotherapie als alleinige Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe

Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-47 Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.	A

3.4.4.2 Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung

Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-48 Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.	A

3.4.5 Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression

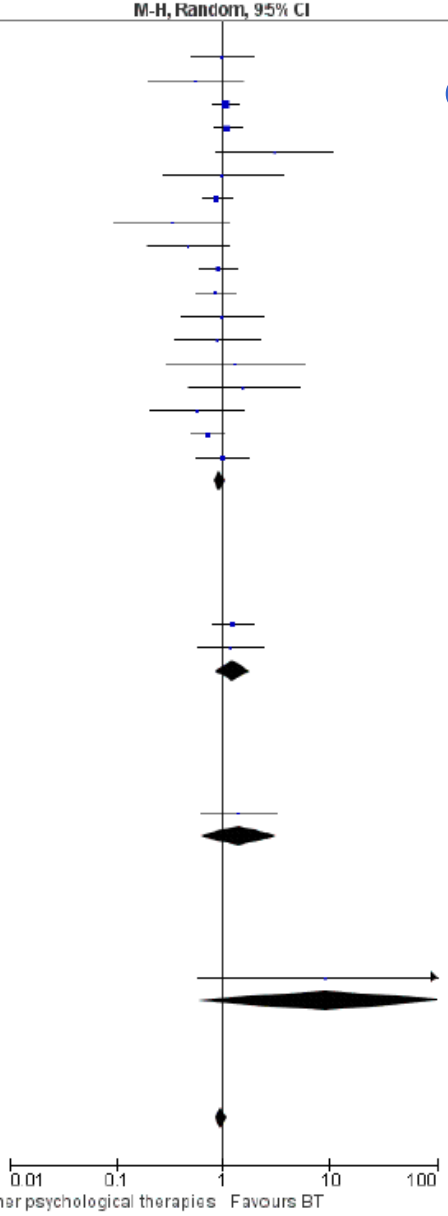
Als behandlungsresistent werden depressive Störungen angesehen, wenn Patienten auf mindestens zwei unterschiedliche, adäquat (auf-)dosierte Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen keine Response gezeigt haben.

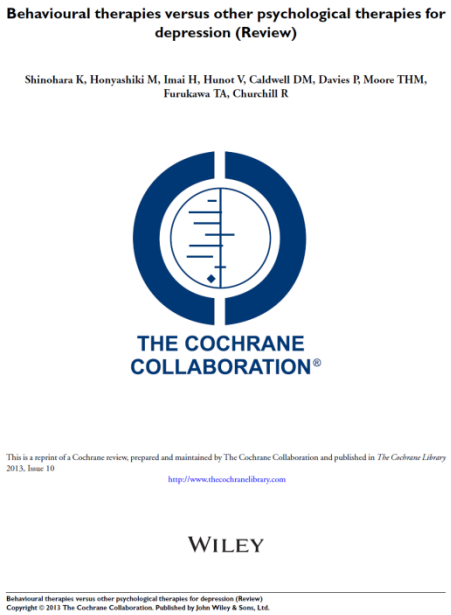
Empfehlung/Statement	Empfehlungs-grad
3-49 Bei therapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.	B

Behavioral Therapies versus other Psychological Therapies for Depression: Cochrane Review

Figure 3. Forest plot of comparison: 1 BT vs all other psychological therapies, outcome: 1.1 Response.

Study or Subgroup	BT Events	BT Total	other psychological therapies Events	other psychological therapies Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
1.1.1 BT vs CBT						
Breckenridge 1985	7	15	14	30	3.0%	1.00 [0.52, 1.94]
Gardner 1981	3	8	6	9	1.3%	0.56 [0.21, 1.54]
Jacobson 1996	21	28	35	50	17.0%	1.07 [0.81, 1.42]
Jacobson 1996	21	28	29	43	15.0%	1.11 [0.83, 1.50]
Kelly 1982	6	8	2	8	0.8%	3.00 [0.65, 10.63]
Kelly 1983	3	8	3	8	0.8%	1.00 [0.23, 3.54]
Maldonado 1982	7	8	8	8	12.1%	0.88 [0.63, 1.23]
Maldonado 1984	2	8	6	8	0.8%	0.33 [0.09, 1.18]
Rehm 1979	4	13	9	14	1.6%	0.48 [0.19, 1.18]
Rehm 1984	11	17	25	35	8.0%	0.91 [0.60, 1.36]
Rehm 1984	11	18	24	34	7.3%	0.87 [0.58, 1.33]
Rude 1986	6	16	6	16	1.7%	1.00 [0.41, 2.45]
Schmitt 1988	5	14	6	15	1.5%	0.89 [0.35, 2.28]
Skinner 1983	3	8	2	7	0.6%	1.31 [0.30, 5.73]
Taylor 1977	2	3	3	7	1.0%	1.56 [0.48, 5.02]
Taylor 1977	2	4	6	7	1.3%	0.58 [0.21, 1.63]
Wetzel 1992	10	14	11	11	10.8%	0.73 [0.51, 1.04]
Wilson 1993	6	8	6	8	4.2%	1.00 [0.57, 1.76]
Subtotal (95% CI)		**226**		**318**	**88.9%**	**0.93 [0.83, 1.05]**
Total events	130		201			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 15.15, df = 17 (P = 0.59); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 1.12 (P = 0.26)						
1.1.2 BT vs Psychodynamic						
Bellack 1981	20	33	15	31	6.4%	1.25 [0.79, 1.98]
Breckenridge 1985	7	16	11	30	2.5%	1.19 [0.58, 2.47]
Subtotal (95% CI)		**49**		**61**	**8.9%**	**1.24 [0.84, 1.82]**
Total events	27		26			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.01, df = 1 (P = 0.91); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 1.07 (P = 0.28)						
1.1.3 BT vs Humanistic						
Padfield 1975	7	12	5	12	2.0%	1.40 [0.61, 3.19]
Subtotal (95% CI)		**12**		**12**	**2.0%**	**1.40 [0.61, 3.19]**
Total events	7		5			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 0.80 (P = 0.42)						
1.1.4 BT vs Integrative						
Pace 1977	4	6	0	6	0.2%	9.00 [0.59, 137.65]
Subtotal (95% CI)		**6**		**6**	**0.2%**	**9.00 [0.59, 137.65]**
Total events	4		0			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 1.58 (P = 0.11)						
Total (95% CI)		**293**		**397**	**100.0%**	**0.97 [0.86, 1.09]**
Total events	168		232			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 20.66, df = 21 (P = 0.49); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 0.55 (P = 0.58)						
Test for subgroup differences: Chi² = 5.23, df = 3 (P = 0.16), I² = 42.6%						




Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (Review)

Shinohara K, Honyashiki M, Imai H, Hunot V, Caldwell DM, Davies P, Moore THM, Furukawa TA, Churchill R

THE COCHRANE COLLABORATION®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2013, Issue 10

http://www.thecochranelibrary.com

WILEY

Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (Review)
Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Shinohara et al. 2013

Panikstörung

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention soll die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität zum Behandlungserfolg beiträgt.

1.7.1.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

- Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden (Ia/A).
- Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden (Expertenkonsens). Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).
- Bei Patienten mit einer Panikstörung soll die KVT beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten Expositionselemente (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen) beinhalten (Expertenkonsens/KKP).
- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte Expositionstherapie in Begleitung eines Therapeuten

Ia/A Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden.
IIa/B Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Therapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des Patienten besteht (IIa/B).

hilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).

1.7.1.1.3 Psychodynamische Psychotherapie

- Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (IIa/B).[9]
- Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (KKP).
- Bei Patienten mit einer Panikstörung /Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).

Spezifische Phobien

1.7.4.1 Psychotherapie

Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine Expositionstherapie angeboten werden (Ia/A).

- Wenn eine *in-vivo*-Exposition nicht verfügbar oder möglich ist, sollte Patienten mit einer spezifischen Phobie eine Virtuelle-Realität-Expositionstherapie – wenn verfügbar – angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).
- Bei der Virtuelle-Realität-Expositionstherapie kann es in ca. 10% der Fälle zu einer Kinetose mit Übelkeit kommen.

S3-Leitlinie
Behandlung von Angststörungen
Kurzversion

Bandelow, B.; Wiltink, J.; Alpers, G.W.; Benecke, C.; Deckert, J.; Eckhardt-Henn, A.; Ehrig, C., Engel, E.; Falkai, P.; Geiser, F.; Gerlach, A.L.; Harfst, T.; Hau, S.; Joraschky, P.; Kellner, M.; Köllner, V.; Kopp, I.; Langs, G.; Lichte, T.; Liebeck, H.; Matzat, J.; Reitt, M.; Rüddel, H.P.; Rudolf, S.; Schick, G.; Schweiger, U.; Simon, R.; Springer, A.; Staats, H., Ströhle, A.; Ströhm, W.; Waldherr, B.; Watzke, B.; Wedekind, D.; Zottl, C.; Zwanzger, P.; Beutel M.E.[1]

Textredaktion: B. Bandelow

Steuerungsgruppe: Beutel, M.E.; Bandelow, B.; Lichte, T.; Rudolf, S.

Webseite: www.awmf.org/leitlinien.html

Stand: 15.4.2014

Kontakt: info-angstleitlinie@unimedizin-mainz.de

Generalisierte Angststörung

1.7.2.1 Psychotherapie

1.7.2.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie

- Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden (Ia/A).
- Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden (Expertenkonsens). Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).
- Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie (Expertenkonsens). Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP). Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP).
- Applied Relaxation kann für Patienten mit einer generalisierten Angststörung als zusätzliches Therapiemodul im Rahmen einer KVT angeboten werden (KKP).

1.7.2.1.2 Psychodynamische Psychotherapie

- Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (IIa/B).[12]
- Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Bei Patienten mit einer GAD sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (Expertenkonsens/KKP).

Soziale Phobie

1.7.3.1 Psychotherapie

1.7.3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie

- Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden (Ia/A).
- Die KVT soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (Expertenkonsens/KKP).
- Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden (Ib/B). Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP). Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).
- Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).

1.7.3.1.2 Nichttherapeutengestützte KVT

- In Deutschland darf eine Psychotherapie ohne vorherigen Kontakt mit einem Psychotherapeuten/Arzt von Angesicht zu Angesicht aus rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden. Nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet dürfen daher als Monotherapie nicht angeboten werden.
- Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme therapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen über das Internet angeboten werden (KKP).

1.7.3.1.3 Psychodynamische Psychotherapie

- Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (Ib/B).[14]
- Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren (KKP).
- Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden (KKP).

Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie

(Kapitel 4.2)

Wirksamkeit im Vergleich zu Kontrollbedingungen

(Kapitel 4.2.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-1 Patienten mit einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.	**A**

Wirksamkeit der Verhaltenstherapie, Kognitiven Therapie und Kognitiven Verhaltenstherapie im direkten Vergleich

(Kapitel 4.2.3)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-2 Für Verhaltenstherapie (VT), Kognitive Therapie (KT) und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) haben sich in der wissenschaftlichen Literatur keine Wirksamkeitsunterschiede ergeben und sie können in der klinischen Praxis nicht sinnvoll getrennt werden.	**Statement**

Wirksamkeit analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

(Kapitel 4.3.2)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-12 Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.	**Statement**

Sondervotum der psychodynamisch tätigen Experten der Konsensusgruppe zu Empfehlung 4-12:

Aus Sicht der psychodynamisch tätigen Experten der Konsensusgruppe sollte eine tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Psychotherapie erwogen werden, sofern Zwangssymptome im Zusammenhang mit psychodynamisch erklärbaren inneren Konflikten als (Mit-)Ursache der krankhaften Störung stehen.

S3-Leitlinie Zwangsstörung

- Anpassung bezüglich Intensität und Dauer
- Fortführung bis zu einer klinischen Besserung (mind. 50% Symptomreduktion (Y-BOCS, Verbesserung der Lebensqualität)

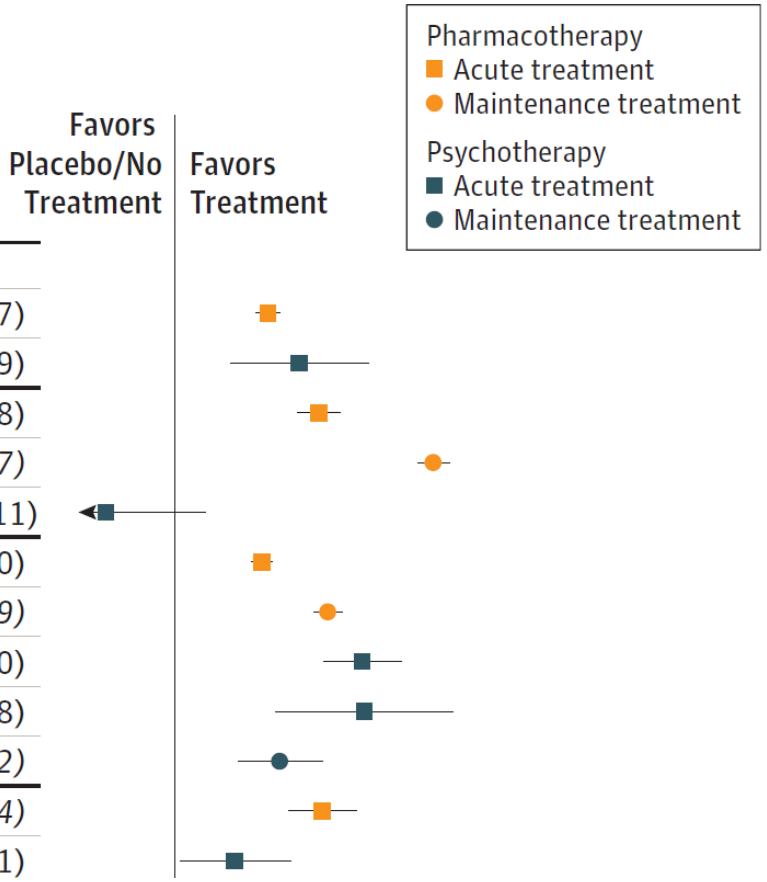
Transdiagnostisch:

Differentialindikationen Pharmakotherapie vs. Psychotherapie

Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-Analyses

ICD-10: F0, F2, F3

Therapy	SMD (95% CI)
Dementia drug (n = 8069)[18,28,35]	0.33 (0.29 to 0.37)
Dementia PT (n = 270)[60]	0.44 (0.20 to 0.69)
Schizophrenia acute drug (n = 5568)[30]	0.51 (0.44 to 0.58)
Schizophrenia relapse drug (n = 6493)[31]	*0.92 (0.86 to 0.97)*
Schizophrenia psychodynamic therapy (n = 164)[59]	-0.25 (-0.59 to 0.11)
MDD acute drug (n = 12 564)[15]	0.31 (0.27 to 0.80)
MDD relapse drug (n = 9268)[25]	*0.54 (0.49 to 0.59)*
MDD acute PT (n = 3465)[16,a]	0.67 (0.53 to 0.80)
Depression psychodynamic therapy, acute (n = 196)[50,b]	0.69 (0.30 to 1.08)
MDD relapse PT (n = 881)[57]	*0.37 (0.23 to 0.52)*
Dysthymia drug (n = 1454)[32]	*0.52 (0.40 to 0.64)*
Dysthymia PT (n = 275)[49]	0.21 (0.02 to 0.41)

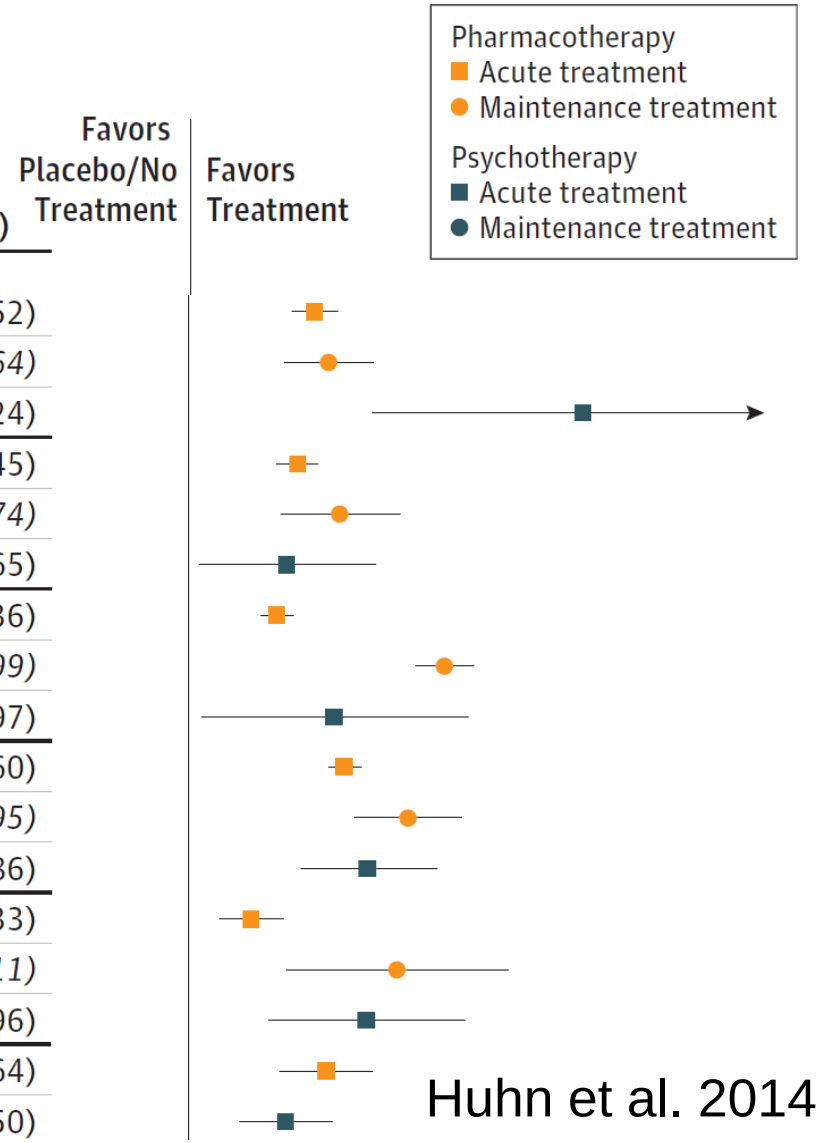


Huhn et al. JAMA Psychiatry 2014

Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-Analyses

ICD-10: F4

Therapy	SMD (95% CI)
OCD acute drug (n = 3097)[43]	0.44 (0.36 to 0.52)
OCD relapse drug (n = 951)[23]	*0.48 (0.32 to 0.64)*
OCD PT (n = 240)[54]	1.37 (0.64 to 2.24)
Panic acute drug (n = 7725)[37]	0.38 (0.31 to 0.45)
Panic relapse drug (n = 796)[23]	*0.53 (0.32 to 0.74)*
Panic PT (n = 328)[54]	0.35 (0.04 to 0.65)
GAD acute drug (n = 11 427)[38]	0.31 (0.26 to 0.36)
GAD relapse drug (n = 1342)[23]	*0.89 (0.79 to 0.99)*
GAD PT (n = 95)[54]	0.51 (0.05 to 0.97)
Social phobia acute drug (n = 7619)[27]	0.55 (0.49 to 0.60)
Social phobia relapse drug (n = 760)[23]	*0.76 (0.58 to 0.95)*
Social phobia PT (n = 377)[54]	0.62 (0.39 to 0.86)
PTSD acute drug (n = 2507)[44]	0.22 (0.11 to 0.33)
PTSD relapse drug (n = 272)[23]	*0.73 (0.34 to 1.11)*
PTSD PT (n = 266)[54]	0.62 (0.28 to 0.96)
Somatoform disorder drug (n = 832)[24]	0.48 (0.32 to 0.64)
Somatoform disorder PT (n = 1647)[56]	0.35 (0.18 to 0.50)



Huhn et al. 2014

Settings und Umfang

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Paartherapie
- Familientherapie

- Stationär (üblicherweise multimodal) vs. ambulant

- Umfang in der GKV* (meist auch PKV)

	Kurzzeit	Langzeit	Maximum
Verhaltenstherapie	25 h	45 h	80 h
TP fundierte PT	25 h	50 h	100 h
Psychoanalyse	Ø	160 h	300 h

*antragspflichtig

VT- Kriterien für Langzeit- vs. Kurzzeittherapie

Häufige Begründungen (aus 100 Anträgen) für die Umwandlung von einer Kurz- in eine Langzeittherapie (VT):

- Die klinische Störung ist komplexer als anfänglich vermutet
- Die Primärpersönlichkeit ist gestörter als anfänglich vermutet
- Es wird ein vorher nicht bekanntes schweres Trauma offenbart
- Zusätzlich zur Symptombehandlung wird die Therapie des Sozial- und Beziehungsverhaltens notwendig
- Zwischenzeitlich trat ein belastendes Lebensereignis auf, dem der Patient in seinem Zustand noch nicht gewachsen war
- Es kam zu einer Intensivierung der Symptomatik
- Der Patient hat gerade einen sehr großen, sehr wichtigen Entwicklungsschritt gemacht, der durch Abbruch des therapeutischen Kontaktes gefährdet wäre
- Das Tempo der Veränderungsschritte vollzog sich erheblich langsamer, als angenommen werden konnte
- Kurz vor Therapieende kam es zu einem schweren Rückfall, der vom Patienten alleine nicht aufgefangen werden konnte.

Häufige Begründungen (aus 50 Anträgen) für eine Kurzzeittherapie (VT):

- Einfache umschriebene Störung (keine Mehrfachdiagnosen) oder leichte Störungen
- Eine kurze Dauer der Störung
- Eher stabile Primärpersönlichkeit
- Eher erhebliche situative Auslöser

Sulz 1997

Psychotherapie - Differentialindikation Zusammenfassung

- Erfahrung (v.a. auch mit PT), Einstellungen, Erwartungen und Realität des Patienten zentral (Lebensgestaltung, Beziehungskompetenz, Alltagskompatibilität)
- Vielzahl psychotherapeutischer Möglichkeiten als „Segen und Fluch“
- Leitlinien und Evidenz als Navigationssystem bezogen auf Ressourcen des Patienten und Therapieverfügbarkeit
- Differentialindikationen bezüglich Methode (z.T. unscharf, z.T. störungsbezogen klar), aber auch bezüglich Intensität/Frequenz und Dauer

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit …

LMU
KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai