

Dritte Welle der Verhaltenstherapie

Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen

Sowohl zur Akutbehandlung als auch zur Rezidiv-Prophylaxe depressiver Störungen gilt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) aus psychotherapeutischer Sicht als Goldstandard. Jedoch erleidet ungefähr die Hälfte der Patienten trotz akutem Ansprechen innerhalb von zwei Jahren ein Rezidiv. Schematherapie, ein neues, integratives psychotherapeutisches Verfahren der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, nimmt Risikofaktoren, die mit einem negativen therapeutischen Outcome assoziiert wurden, ausdrücklich in den Fokus der Behandlung. Obwohl das Verfahren ursprünglich zur Behandlung von KVT Non-Respondern und Patienten mit überdauernden Lebensproblemen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde, erscheint eine Anwendung auch bei Achse-I-Störungen wie der Major Depression zielführend.

MARTIN L. REIN, DAVID HÖHN, MARTIN E. KECK, MÜNCHEN



Die Schematherapie soll bei depressiven Störungen verfestigte Selbstschemata korrigieren oder einen flexibleren Umgang mit ihnen ermöglichen.

© djama / fotolia.com

Die Major Depression stellt eine der häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit dar, mit Lebenszeitprävalenzen von 10 – 17% bei Männern und bis zu 15 – 25% bei Frauen [1, 2, 3, 4, 5]. Aktuell leiden zirka 350 Millionen Menschen weltweit an einer Depression mit erheblichem individuellem Leid als auch gravierenden negativen sozioökonomischen Folgen [6]. So nimmt die Depression aktuell in den USA Platz 1 und in Europa Platz 3 der Ursachen langfristiger Erwerbsunfähigkeit ein [1, 7, 8, 9, 10, 11]. Trotz nachgewiesener Wirksamkeit sowohl pharmakologischer als auch psychotherapeutischer Akutbehandlungen, erreichen nur die Hälfte der Patienten eine vollständige Remission und Rückfälle sind häufig [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Jedoch erhöht jede depressive Episode das Risiko erneut zu erkranken: durchschnittlich erleiden Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung in ihrem Leben sechs Episoden und zirka 15 – 20% entwickeln einen chronischen Krankheitsverlauf [3, 21, 22, 23, 24, 25].

Therapieverfahren bei Depression

Antidepressiva scheinen im Gegensatz zur nachgewiesenen Akutwirkung keinen präventiven Effekt auszuüben und obwohl Psychotherapieverfahren wie individueller kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) im Vergleich zu Psychopharmaka eine Überlegenheit in Bezug auf ihre Langzeitwirkung attestiert wurde, erleidet die Hälfte der Behandelten trotz psychotherapeutischer Intervention ein Rezidiv innerhalb der nächsten zwei Jahre [26]. Eine unvollständige Remission der Symptome stellt dabei den relevantesten Risikofaktor erneut zu erkranken dar und nur die Hälfte der Patienten, die mit dem „Goldstandard“ KVT behandelt werden, ist nach Abschluss der Therapie symptomfrei [27, 18, 29, 30]. Es wäre zu postulieren, dass durch Therapieverfahren, die ihren Behandlungsschwerpunkt vor-

nehmlich auf akute Symptomreduktion ausrichten, Faktoren, die den weiteren Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und mit einem erhöhten Risiko für Rezidive sowie einem chronischen Verlauf einhergehen, nicht ausreichend erfasst werden [31]. Die hohe gesundheitliche sowie ökonomische Belastung der Depression speist sich jedoch genau aus der rezidivierenden Natur der Erkrankung [32]. Einflussvariablen, die sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken und eine Assoziation mit geringeren Remissionsraten und vermehrt chronischen Krankheitsverläufen aufweisen, sind negative Kindheits-erfahrungen [33, 34] sowie Persönlichkeitsstörungen [35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42]. Depressionen sind jedoch in mehr als der Hälfte der Fälle mit anderen Achse-I und Achse-II Störungen assoziiert und müssen somit entsprechend modernen ätiologischen Modellen als komplexes bio-psycho-soziales Phänomen verstanden werden [3]. Kurzzeit-Psychotherapien zur akuten Symptomreduktion eignen sich für einen Teil der depressiven Patienten, reichen jedoch zur Behandlung von Patienten mit komplexeren Krankheitskonstellationen nicht aus [40, 43, 44].

Schematherapie

Basierend auf Erfahrungen mit Patienten, die durch KVT nicht erfolgreich behandelbar waren, wurde 1990 das Verfahren Schematherapie (ST) entwickelt [45]. Wesentliches Ziel der Behandlung ist die Heilung früher maladaptiver Schemata („early maladaptive schemas“, EMS). Aufbauend auf Beck's kognitivem Modell der Depression ist ein zentrales Postulat der schematherapeutischen Theorie, dass sich negative Selbstschemata oder EMS als Reaktion auf frühe negative Erfahrungen ausbilden [46, 47]. Indem EMS sowohl das Denken, Fühlen als auch Handeln beeinflussen, können sie nach Reaktivierung durch geeignete Stimuli im Sinne einer Stress-Vulnerabilitäts-Interaktion zur Entstehung einer depressiven Episode beitragen und diese aufrechterhalten [45, 46, 48, 49]. Young definierte 18 faktorenanalytisch gesicherte frühe maladaptive Schemata, welche auch gehäuft bei Patienten mit akuter und vor allem chronischer Depression gefunden wurden [50?]. Entsprechend der zugrundeliegenden Konzeption führt maladaptives Schema-Coping zur Aufrechterhaltung der negativen Selbstschemata, die sich zunehmend verfestigen und dauerhaft Leidensdruck und Vulnerabilität verursachen. Young et al. postulierten daher, dass ohne Schema-Modifikation keine langfristige Heilung erfolgen kann [51, 52, 53]. Interessanterweise wurde der Veränderung von negativen Selbstschemata trotz ihrer zentralen Rolle als Vulnerabilitätsfaktor in Beck's kognitionspsychologischen Modell der Depression im Rahmen der Therapie nur eine untergeordnete Rolle eingeräumt [46, 48]. ST ist als KVT zu

verstehen, die ergänzend emotions- sowie erfahrungsbasierte Techniken verwendet. Um Schemaveränderung im Rahmen der Behandlung überhaupt zu ermöglichen, wurden kognitive Techniken durch Elemente der Gestalttherapie, psychodynamische Ansätze sowie emotionsfokussierte Interventionen ergänzt [52]. Es wird zudem ein starker Fokus auf eine wohlwollende und versorgende Therapiebeziehung gelegt, um den Patienten korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, eine Haltung die als „begrenzte elterliche Fürsorge“ (limited reparenting) verstanden wird. Auch die Bearbeitung negativer biografischer Erfahrungen mittels „imaginativem Überschreiben“ (imagery rescripting), eine der Hypno- und Gestalttherapie entlehnte Technik [54, 55], soll verfestigte Selbstschemata korrigieren oder einen flexibleren Umgang mit ihnen ermöglichen. Bemerkenswert ist in diesem Kontext, dass hinsichtlich potenzieller neurobiologischer Korrelate psychotherapeutischer Wirkmechanismen zunehmend eine zentrale Rolle emotionaler Aktivierung sowie von Prozessen der Gedächtnisre-konsolidierung diskutiert wird [56].

Rückfallrisiko

Die Behandlung interpersoneller und entwicklungsgeschichtlicher Themen im Rahmen von Psychotherapie scheint die Vulnerabilität für Depressionen sowie das Rückfallrisiko zu senken [57]. In einzelnen Studien war die Veränderung maladaptiver Schemata mit akuter globaler Symptomreduktion assoziiert [58, 59, 60, 61, 62, 63]. ST könnte jedoch basierend auf diesen Überlegungen über eine geringere Reaktivierung depressionsfördernder Selbstschemata zusätzlich auch einen rezidivprophylaktischen Effekt ausüben. Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen für ST gute Wirksamkeitsnachweise vor (siehe Sempertegui et al. 2013 für eine ausführliche Übersicht [64]). Ziel dieses Artikels ist es, neben der Beschreibung der theoretischen Grundlagen die Evidenz für die klinische Wirksamkeit von ST in der Behandlung depressiver Störungen anhand einer systematischen Literaturrecherche zu erfassen.

Systematisches Review

Methode

Die Durchführung des systematischen Reviews erfolgte entsprechend den Vorgaben des PRISMA-Statements zur Publikation von systematischen Reviews und Metaanalysen [65]. Basierend auf den PICOS Kriterien wurden Ein- und Ausschlusskriterien zum Screening der Therapiestudien definiert (siehe Prospero-Register 2016: CRD42016039914 für eine detaillierte

Beschreibung). In einem iterativen Prozess wurde bis zum 01.10.2017 eine systematische Datenbankanalyse mit dem Suchterminus „Schema Therapy“ durchgeführt, um geeignete Studien zu identifizieren. Es wurden keine Limitierungen in der elektronischen Suchstrategie verwendet und keine zeitlichen Einschränkungen für die Auswahl vorgegeben. Als Datenbanken wurden PsycInfo, Science Direct, PubMed, Web of Science und Springer Link verwendet. Es wurde nur englischsprachige Literatur eingeschlossen. Die elektronische Datenbanksuche wurde durch „graue Literatur“, manuelle Suche sowie Expertenkonsultation komplettiert. Durch zwei voneinander unabhängige Rater erfolgte ein Screening der Titel und Abstracts. In einem ersten Durchlauf wurde jedoch nur eine sehr geringe Anzahl randomisierter kontrollierter Studien identifiziert, weshalb in einem zweiten Suchdurchlauf auch Therapiestudien ohne Randomisierung und Kontrollgruppen-Design zur weiteren Analyse eingeschlossen wurden – ein etabliertes Vorgehen bei der Durchführung systematischer Reviews in Themenbereichen mit nur geringer Studienanzahl [66].

Qualitätskontrolle

Zur Gewährleistung einer ausreichenden Daten-Qualität erfolgte die Studienevaluation durch speziell für Psychotherapie entworfene Instrumente zur Qualitätskontrolle: Für randomisierte Studien wurde die Randomized Controlled Trial - Psychotherapy Quality Rating Scale, RCT-PQRS [67, 68, 69] sowie die CONSORT Guidelines, Extension for Non-Pharmacological Treatments verwendet [70, 71]. Studien ohne Randomisierung wurden mittels Checkliste des TREND Statements bewertet [72]. Die Auswahl der Instrumente erfolgte basierend auf einer kürzlich erschienen Metaanalyse zu Quality Assessment Tools für Psychotherapieforschung und für einen Einschluss mussten mindestens die Hälfte der verwendeten items erfüllt sein [73]. Die Datenextraktion erfolgte entsprechend der PICOS-Kriterien unter Verwendung eines standardisierten Auswertungsbogens (Abb. 1).

Ergebnisse

Nach Erweiterung der Einschlusskriterien, konnten aus 48 Publikationen neun Therapie-Studien ausgewählt werden, von denen drei den Kriterien der Qualitätsprüfung genügten (Tab. 1). Zwei Studien [31, 74] untersuchten ST bei chronisch Depressiven und eine Studie verglich ST mit kognitiver Verhaltenstherapie bei Patienten, die unter einer akuten depressiven Episode litten, allerdings erfüllten in dieser Studie 68% der Patienten ebenfalls die Diagnose einer chronischen Depression [75]. Aufgrund der geringen Anzahl an Primärstudien, Unterschieden im Studiendesign sowie konsekutiver Heterogenität der Daten war nur eine qualitativ-deskriptive Erfassung der Daten und keine quantitative Synthese oder Metaanalyse möglich. Im Folgenden gehen wir auf die Einzelstudien, insbesondere unter Berücksichtigung potenzieller Limitationen ein.

Akute depressive Episode bei Major Depression, ST oder KVT

Die bisher hochwertigste Therapiestudie wurde von Carter et al. 2013 durchgeführt [69]. In einem RCT-Design wurden jeweils 50 Patienten mit akuter depressiver Episode im Rahmen einer Major Depression entweder mit ST oder kognitiver Verhaltenstherapie behandelt. Innerhalb eines Jahres erhielten die Patienten in den ersten sechs Monaten durchschnittlich 22 Einzelsitzungen und anschließend monatliche Sitzungen. Die Behandlung erfolgte in einem ambulanten Setting. Der Schweregrad der Depression war zu Beginn der Behandlung mit durchschnittlich 23 Punkten (SD 6,4) auf der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale nur moderater Ausprägung und alle Patienten waren medikationsfrei. Bemerkenswert ist, dass 68% der Patienten die Diagnose einer chronischen Depression sowie ein Drittel der Patienten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllten. Sowohl in Bezug auf die Symptomreduktion, die mittels Fremdrating (MADRS) verblindet gemessen wurde, als auch in Bezug auf Therapieabbruch unterschieden sich die Verfahren entgegen der Erwartungen der Autoren nicht. In beiden Studienarmen zeigte sich kein Unterschied in Bezug auf die Ansprechraten, Remission sowie Symptombfreiheit nach Therapie. Dieses Ergebnis scheint somit ein weiterer Beleg für die Schwierigkeit zu sein, differenzielle Therapieeffekte zwischen spezifischen Therapieverfahren in vergleichenden Psychotherapiestudien nachzuweisen, ein Phänomen, das oftmals als „Dodo-Bird-Verdict“ bezeichnet wird [76, 77, 78, 79].

Chronische Depression, Fallserie, ambulante Behandlung

Malogiannis et al. veröffentlichten 2014 eine Fallserie von zwölf ambulant behandelten Patienten mit chronischer Depression, die in einer naturalistisch angelegten A-B-C-Beobachtungsstudie untersucht wurden [74]. Zwei Drittel der Patienten litten ebenfalls an einer Persönlichkeitsstörung (Cluster-B und Cluster-C). Die Patienten wurden während einer achtwöchigen Warteperiode bis kurz vor Behandlungsbeginn, nach einer Einführungsphase von zwölf bis 16 Einzelsitzungen sowie während und nach Abschluss von insgesamt 60 Einzelsitzungen und nach sechs Monaten Nachbeobachtungszeit mittels Fremdrating (Hamilton Depressionsskala) untersucht. Im Durchschnitt litten die Patienten an einer mittelschweren Depression (HAM-

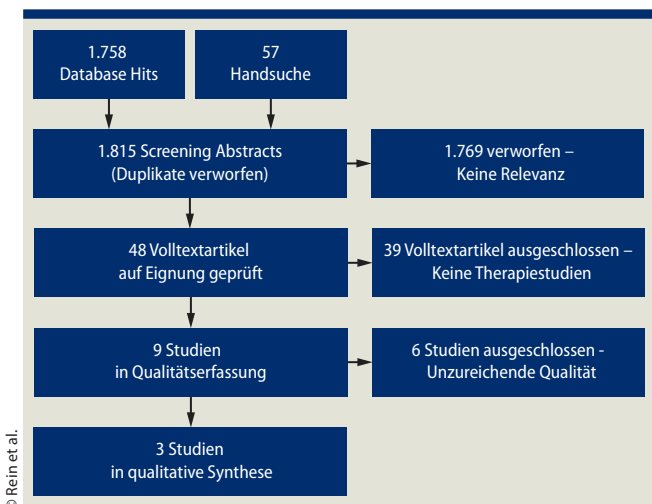


Abb. 1: PRISMA-Flussdiagramm für eine genaue Darstellung der systematischen Literaturrecherche.

D 21 Punkte; SD 3,2). Fünf der zwölf Patientinnen erreichten eine Remission der Symptome, weitere zwei Patienten sprachen auf die Behandlung an und nur ein Patient brach die Therapie ab. Die hohen Effektstärken der Behandlung (Cohen's $d = 2,0$) waren auch nach sechs Monaten nachweisbar und nur eine Patientin erlitt einen Rückfall. Stärken der Studie stellen die relativ hochfrequente Symptomerfassung dar, darunter drei Messungen während der Warteperiode, die unter anderem dazu dienten, spontane Symptomänderungen auszuschließen. Die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse ist jedoch aus mehreren Gründen stark eingeschränkt. Ganz wesentlich muss dabei auf das Fehlen einer Kontrollgruppe sowie die geringe Fallzahl hingewiesen werden, wodurch eine spontane Besserung der Symptome und unspezifische Wirkeffekte nicht ausgeschlossen werden können. Andererseits litten die Patienten im Durchschnitt bereits länger als vier Jahre an ihrer Erkrankung, was eine Spontanremission eher unwahrscheinlich macht. Weitere Limitationen sind, dass nur Frauen behandelt wurden und alle Patienten begleitend Psychopharmaka (SSRI) erhielten, die jedoch zuvor für eine Zeitdauer von mindestens einem Monat in unveränderter Dosis gegeben worden waren, um pharmakologisch bedingte Effekte auf ein Minimum zu reduzieren.

Chronische Depression, Wartelistendesign

Renner et al. untersuchten 25 Patienten mit chronischer Depression in einem Wartelisten-Design, die ambulant in Einzelsitzungen behandelt wurden [31]. Der Schweregrad der Depression wurde zu drei Zeitpunkten mittels Selbstbeurteilung der Patienten (BDI-II) gemessen. Die Diagnose einer chronischen Depression wurde mittels SKID-I-Interview erfasst und musste bereits seit zwei Jahren bestehen. Im Durchschnitt lagen die BDI-II Werte, entsprechend einer schweren depressiven Episode, bei über 30 Punkten. Zwei Drittel der Patienten erfüllten zudem die Kriterien einer Cluster-C Persönlichkeitsstörung (SKID-II-Interview). Im Durchschnitt erhielten die Patienten 50 Einzelsitzungen über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg. Insgesamt zogen 20 % der Studienteilnehmer die Teilnahme zurück aber alle der 25 Patienten erhielten die volle Behandlung und keiner brach die Behandlung ab. 67 % der Patienten erfüllten nach der Behandlung nicht mehr die Kriterien einer Depression („recovery“), entsprechend der DSM-IV Kriterien. Im Rah-

men der Behandlung erreichten 35 % der Patienten eine Remission. Die Wirkstärke der Behandlung war hoch, $d = 1,3$ (Cohen's d). 44 % der Patienten erhielten begleitend eine medikamentöse Behandlung. Offensichtliche Schwäche der Studie stellen einerseits die geringe Fallzahl dar, andererseits eine fehlende Kontrollgruppe, welche die Autoren durch das Wartelisten-Design sowie eine wöchentliche Messung der Depressionssymptomatik auszugleichen versuchten. Zudem wurden Teile der Ergebnisse durch Therapeuten und nicht verblindete Rater erfasst.

Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit der ST

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse dafür, dass ST für die Behandlung chronisch depressiver Personen ein wirksames Verfahren darstellt. Die Gültigkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse muss jedoch aufgrund der geringen Qualität der Studien sowie der insgesamt geringen Fallzahlen an Patienten als eingeschränkt angesehen werden. Die berechneten hohen Effektstärken mit einem Cohen's $d > 1$ sind signifikant größer als bei vergleichbaren Psychotherapieverfahren wie KVT und CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), sodass insbesondere bei fehlender Kontrollgruppe davon auszugehen ist, dass die Werte überschätzt sind.

Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von ST zur Behandlung akut sowie chronisch depressiver Personen systematisch zu evaluieren. Zusammenfassend fanden sich positive Hinweise dafür, dass es sich bei der ST um ein wirksames Verfahren zur Behandlung Depressiver handelt. Allerdings ergeben sich für die Auswertung im Rahmen des Reviews eine Anzahl von Einschränkungen, die vornehmlich aus der Tatsache resultieren, dass ST, trotz ihrer wachsenden Beliebtheit, ein relativ neues Therapieverfahren darstellt und Studien sowohl zur empirischen Evaluation der theoretischen Grundlagen als auch zur klinischen Wirksamkeit nur sehr begrenzt vorliegen. Im Gegensatz zu Therapiestudien bei Persönlichkeitsstörungen wurden die Studien zur Behandlung depressiver Personen zwischen 2010 und 2014 durchgeführt und zwischen 2013 und 2016 veröffentlicht, obwohl das Therapieverfahren bereits seit Anfang der 1990er Jahre in der aktuellen Form existiert. Es ist anzunehmen, dass in naher Zu-

Tab. 1: Drei Therapie-Studien die den Kriterien der Qualitätsprüfung genügten.

Autoren	Population	Studiendesign	Intervention	Wirksamkeit und Effektstärke	Studienqualität
Carter et al. 2013	Major Depression n = 100	Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	Schema-Einzeltherapie 22 Sitzungen ambulant	Remission 40 – 50 % Recovery 50 – 56 % (MADRS, BDI-II)	hoch CONSORT Guidelines 82 %
Malogiannis et al. 2014	Chronische Depression n = 12	A-B-C Fallserie, Beobachtungsstudie	Schema-Einzeltherapie 60 Sitzungen ambulant	Remission 42 % Recovery 33 % Cohen's $d = 2,0$ (HamD)	gering TREND Guidelines 67 %
Renner et al. 2016	Chronische Depression n = 25	Multiple Random Baseline, Modifiziertes Wartelisten-Design	Schema-Einzeltherapie 53 Sitzungen ambulant	Remission 35 % Recovery 67 % Cohen's $d = 1,30$ (BDI-II)	gering TREND Guidelines 57 %

kunft weitere Therapiestudien folgen werden, da ST in der klinischen Praxis zunehmend auch bei der Behandlung von Achse-I Störungen und besonders auch der Depression eingesetzt wird. Dies erklärt einerseits die geringe Anzahl der im Rahmen des aktuellen Reviews erfassten Studien und unterstreicht andererseits die Notwendigkeit, die vorhandenen Daten zur Vorbereitung weiterer Untersuchungen zu nutzen. Es war nicht möglich, wie zunächst geplant, nur randomisierte kontrollierte Studien in die systematische Auswertung einzuschließen. Studien ohne Kontrollbedingung sind deutlich anfälliger für Bias, es wurde jedoch durch die Verwendung geeigneter Qualitätserfassungsinstrumente versucht, Artefakte auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Bedingt durch die Heterogenität der Daten war es anders als ursprünglich geplant ebenfalls nicht möglich, eine quantitative Synthese in Form einer Metaanalyse durchzuführen. Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass die in den Studien angegebene Effektstärken von $\text{cohen's } d > 1$, besonders aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe, Bias-behaftet und überschätzt sind.

Weiterentwicklung des Therapieverfahrens

Es lassen sich jedoch Vorgaben zur Weiterentwicklung des Therapieverfahrens für Studien bei chronisch Depressiven ableiten: Basierend auf den Ergebnissen von Carter et al. sollte ST mit einem indikationsspezifischen Komparator wie KVT oder bei chronischem Verlauf CBASP verglichen werden, wobei zur Erfassung differenzieller Therapieeffekte auf eine ausreichende Therapiedauer sowie ausreichend große Studienpopulation geachtet werden muss. Zudem sollte ein follow up von mindestens sechs Monaten gewählt werden oder ein longitudinales Studiendesign, da die Daten Langzeiteffekte von ST bei chronisch Depressiven andeuten. Ein Ergebnis, das in Bezug auf die Rückfallprophylaxe mit den postulierten theoretischen Grundlagen vereinbar erscheint – „ohne Änderung depressionsfördernder Schemata ist keine langfristige Heilung möglich“ [45, 80]. Hier wären Unterschiede zwischen Akutverfahren wie zum Beispiel der KVT und einem Verfahren wie der ST, das auf Veränderungen auf der Ebene basaler Kognitionen abzielt, anzunehmen. Allerdings gestaltet sich der Nachweis differenzieller Effekte in vergleichenden Psychotherapiestudien schwierig, ein Phänomen, das als „Dodo-Bird-Verdict“ bezeichnet und kontrovers diskutiert wird [76, 77, 78]. Einige Autoren machen hierfür vor allem allgemeine Faktoren wie die therapeutische Beziehung als entscheidende Wirkfaktoren verantwortlich. Andere verweisen darauf, dass entsprechend einer Metaanalyse zur Detektion moderater Unterschiede, Fallzahlen von zirka 500 Patienten pro Therapiearm notwendig wären [81], weshalb von ihnen die Untersuchung der den Verfahren zugrundeliegenden Wirkfaktoren zur Optimierung psychotherapeutischer Behandlung als pragmatischer und zielführender erachtet wird [82, 83]. So erscheint eine ausreichend hohe Frequenz an Messzeitpunkten zur Beurteilung der Symptomschwere im Kontext des Therapieverlaufs wichtig, um Therapieeffekte und klinische Veränderungen besser interpretieren zu können. Putative Wirkfaktoren im Rahmen der schematherapeutischen Behandlung wie die Reaktualisierung von Problemen, die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung sowie emotionsfokussierte

Techniken, könnten so in Bezug auf ihren akuten aber auch langfristigen Effekt auf die klinische Symptomatik einzeln evaluiert werden.

In unserem Institut verfolgen wir derzeit ein duales Vorgehen: So untersuchen wir Therapieverfahren klinisch im Vergleich auf ihre Wirksamkeit in einem randomisierten kontrollierten Studiendesign, versuchen aber zudem die neurobiologischen Korrelate und zugrundeliegenden Wirkmechanismen durch ergänzende Methoden der Grundlagenforschung zu identifizieren (ClinicalTrials.gov NCT03287362).

Fazit für die Praxis

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden drei Studien gefunden, die Hinweise auf die Wirksamkeit von ST in der Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Depressionen geben. Die Datenlage ist jedoch im Gegensatz zur gut belegten Wirksamkeit von ST bei Persönlichkeitsstörungen spärlich, sodass derzeit klare Empfehlungen für die klinische Praxis nicht ableitbar sind. Allerdings spricht die in Bezug auf mangelndes Ansprechen und Rückfälle aktuell nicht zufriedenstellende Versorgungssituation deutlich für die Notwendigkeit, etablierte Therapieverfahren durch eine gezielte Fokussierung auf die der Depression zugrundeliegenden Vulnerabilitätsfaktoren zu ergänzen. ST könnte dazu dienen, bei geeigneten Patienten längerfristige Therapieeffekte zu erzielen und Rezidive zu verhindern. Es bedarf dringend hochwertiger Studien im RCT-Design mit ausreichender Patientenzahl und gegebenenfalls auch longitudinale Verlauf, um die Evidenz für die Wirksamkeit von ST zur Behandlung der Depression weiter zu belegen. Ergänzend wäre zur besseren Interpretation differenzieller Therapieeffekte eine genauere Kenntnis der zugrundeliegenden Wirkfaktoren von ST oder relevanter Mediatoren wünschenswert, ebenso wie eine empirische Evaluation der theoretischen Grundlagen und zentralen Techniken. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Martin L. Rein

Dr. med. David Höhn

Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und

Neurologie, Zentrum für Nervenheilkunde

Kraepelinstr. 2-10, D-80804 München-Schwabing

E-Mail: mrein@psych.mpg.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von springermedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN



FIN gültig bis 20.12.2018:

NT1812uk

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf CME.SpringerMedizin.de verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

https://doi.org/10.1007/s15016-018-6218-y

? Welches folgende Leitlinien-Verfahren stellt den Goldstandard in der psychotherapeutischen Behandlung der Depression dar?

- Psychoanalyse
- Schematherapie
- Systemische Therapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Emotionsfokussierte Therapie

? Wie hoch ist das durchschnittliche Risiko nach erfolgreicher Therapie einer Depression in den nächsten zwei Jahren eine weitere depressive Episode zu erleiden?

- 10 – 20 %
- 25 – 35 %
- 40 – 50 %
- 60 – 70 %
- 80 – 90 %

? Wie viele depressive Patienten entwickeln trotz leitliniengerechter Therapie einen chronischen Krankheitsverlauf (Dauer der Beschwerden länger als zwei Jahre)?

- Ein Zehntel (5 – 10 %)
- Ein Fünftel (15 – 20 %)
- Ein Drittel (25 – 35 %)
- Die Hälfte (40 – 60 %)
- Zwei Drittel (60 – 70 %)

? Für welche der folgenden Faktoren wurde ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines chronischen Therapieverlaufs bei Depressiven gefunden?

- Männliches Geschlecht
- Hoher sozioökonomischen Status
- Negative Umwelterfahrungen in der Kindheit und frühen Jugend
- Vor allem körperliche Depressionssymptome
- Hohe berufliche Belastung

? Schematherapie wurde als transdiagnostischer Ansatz zur Behandlung von Patienten entwickelt, die unzureichend auf kognitive Verhaltenstherapie ansprechen. Als welches Verfahren ist sie zu verstehen?

- Verfahren, das vorwiegend psychoanalytisch und psychodynamisch arbeitet.
- Verfahren, das seine therapeutischen Fokus auf die kognitive Umstrukturierung legt.
- Verfahren, das einen starken Fokus auf Achtsamkeitselemente in einem zenbuddhistischen Kontext legt.
- Verfahren der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, das eine emotionsfokussierte, integrative Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie darstellt.
- Verfahren, das den Patienten vorwiegend durch stützende Gespräche zur Selbsthilfe anleitet.

? Das Ziel der Schematherapie ist es, „frühe maladaptive Selbstschemata“ zu heilen. Was versteht man darunter?

- Folgen eines frühkindlichen Hirnschadens
- Systematisierte Selbstverletzungen zur Spannungsreduktion
- Komplexe negative Erlebnismuster, die das Denken, Fühlen sowie Handeln beeinflussen und sich als Reaktion auf frühe negative Erfahrungen entwickelt haben
- Wahnideen mit nihilistischem Inhalt, die im Kindesalter auftreten
- Zwangsgedanken mit Ich-dystonem Charakter

? Wovon leitet sich die postulierte Rolle von negativen Selbstschemata an der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Episoden primär ab?

- „Stress-Vulnerabilitäts-Modell“ der Depression
- „Konzept der erlernten Hilflosigkeit“ bei Depressiven
- Konzept der „Hoffnungslosigkeits-Depression“
- „Stress-generation model“ der Depression
- „Narben-Hypothese“ der Depression



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungs-fähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Was ist die wesentliche therapeutische Haltung in der Schematherapie?

- „Fördern und Fordern“
- Die „therapeutische Wippe“
- „Diszipliniertes persönliches Einlassen“
- Konsequente therapeutische Abstinenz
- „Begrenzte elterliche Fürsorge“

? Bei welchem der folgenden Krankheitsbilder liegt die beste wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der Schematherapie vor?

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Zwangsgedanken
- Chronische Depression
- Essstörungen

? Was gilt für die Wirksamkeit der Schematherapie bei chronisch depressiven Patienten?

- Ist weit geringer als die anderer indikationsspezifischer Verfahren wie CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) oder kognitive Verhaltenstherapie.
- Ist hoch und wissenschaftlich durch eine Vielzahl an Studien im RCT (randomisierte kontrollierte Studie)-Design bewiesen.
- Ist durch Studien eindeutig widerlegt.
- Ist durch erste Studien angedeutet, jedoch können ohne weitere Untersuchungen noch keine eindeutigen Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.
- Ist bisher nicht untersucht worden.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Biologische Grundlagen bei ADHS und bipolarer Störung

aus: NeuroTransmitter 10/2018
von: S. Kittel-Schneider
Zertifiziert bis: 9.10.2019
CME-Punkte: 2

► Pharmakotherapie der Suizidalität: Prävention oder Promotion?

aus: NeuroTransmitter 7-8/2018
von: T. Bronisch
zertifiziert bis: 20.8.2019
CME-Punkte: 2

► Aktuelle Entwicklungen in der psychologischen Kopfschmerztherapie

aus: NeuroTransmitter 5/2018
von: T. Dresler, T. Klan, T. Kraya, P. Kropp
zertifiziert bis: 14.5.2019
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit einem e.Med-Abo:
www.springermedizin.de/eMed

