Bei PTBS erzielt interpersonelle Psychotherapie gleich gute Effekte wie prolongierte Exposition

Ist Exposition notwendig?

Fragestellung: Hat interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) ähnlich hohe Wirksamkeit wie prolongierte Exposition?

Hintergrund: Die meisten evidenzbasierten Verfahren bei PTBS beinhalten Exposition als zentrales Element, auch in den Therapieleitlinien wird Traumaexposition gefordert. Aber nicht alle Patienten sprechen darauf an und Exposition wird von vielen Patienten und Therapeuten als emotional sehr belastend erlebt, was Therapieabbrüche zur Folge haben kann. Angesichts der Tatsache, dass interpersonelle Defizite mit PTBS symptomatisch einhergehen und die Aufrechterhaltung begünstigen, schlagen die Autoren IPT als alternative Therapieform zu expositionsbasierten Verfahren vor. Da die Wirksamkeit von IPT bei Depression empirisch belegt ist, untersuchen die Autoren zusätzlich den Effekt auf PTBS bei komorbider Depression.

Patienten und Methodik: Die randomisierte, kontrollierte Studie schloss 110 Patienten ein, die die Kriterien einer chronischen (> drei Monate) PTBS nach DSM-IV-Kriterien erfüllten und auf der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) einen Score > 50 hatten. Die Probanden wurden in drei Gruppen randomisiert (Prolongierte Exposition n = 38; IPT n = 42; Kontrollgruppe mit Entspannungstherapie n = 32). Komorbide Depression wurde über alle Gruppen ausbalanciert und ebenfalls zufällig zugeordnet. Eine bestehende Pharmakotherapie

Markowitz JC, Petkova E, Neria Y et al. Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 430–40

galt als Ausschlusskriterium. Primäres Erfolgsmaß war der CAPS-Score. Daneben wurden Skalen zur Selbsteinschätzung des posttraumatischen Stresses, der sozialen Anpassung, der Erfassung interpersoneller Probleme sowie der Erfassung der Lebensqualität und -zufriedenheit erhoben. Alle Skalen wurden zu Beginn, nach Woche 7 und nach Woche 14 erfasst.

Ergebnisse: 93 % der Probanden wiesen ein interpersonelles Trauma auf. In allen drei Gruppen zeigten sich im Prä-post-Vergleich hohe Within-group-Effektstärken (Cohen's d = 1,88 für prolongierte Exposition, d = 1,69 für IPT und d = 1,32 für Entspannungstherapie). Die Responderate (Verbesserung des CAPS-Score > 30 %) betrug 63 % für IPT, 47 % für prolongierte Exposition und 38 % für Entspannungstherapie (Unterschiede zwischen den Gruppen nicht signifikant). Der Unterschied in den CAPS-Werten bei IPT und prolongierter Exposition war nicht signifikant.

In der Gruppe mit prolongierter Exposition war die Abbruchrate bei komorbider Depression mit 50 % signifikant höher als ohne komorbide Depression (5,6 %, p = 0,006), während sich in den anderen beiden Gruppen hier keine signifikanten Unterschiede ergaben. Zudem war bei Vorliegen einer komorbiden Depression tendenziell die Abbruchrate unter IPT geringer als unter prolongierter Exposition (p = 0,086). IPT und prolongierte Exposition führten gegenüber der Entspannungstherapie zu signifikant höherer Lebensqualität und verbesserten sozialen Fähigkeiten.

Schlussfolgerungen: IPT ist der prolongierten Exposition bei der Behandlung von PTBS nicht unterlegen. Bei komorbider Depression sind die Abbruchraten unter IPT tendenziell geringer und die Responderaten höher als bei prolongierter Exposition.

– Kommentar von Sara Hansen, Erlangen

IPT als Behandlungsalternative zu Exposition

Diese vergleichende klinische Studie ist randomisiert und kontrolliert, und somit als methodisch hochwertig einzustufen. Eine Verblindung war nicht möglich, sodass drei von fünf Jadad-Punkten erfüllt sind. Die Studie liefert Evidenz, dass IPT und prolongierte Exposition bei PTBS bessere Behandlungserfolge erzielen als Entspannungstherapie in der Kontrollgruppe. Sowohl IPT als auch prolongierte Exposition bewirkten eine vergleichbar hohe Reduktion der PTBS-Symptomatik sowie eine Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Fertigkeiten. IPT stellt demnach eine wirksame Alternative zu expositionsbasierten Therapieverfahren dar, die bisher bei PTBS als Standard gelten. Bei Vorliegen einer komorbiden Depression war die Abbruchrate unter IPT tendenziell geringer als unter prolongierter Exposition, wenngleich die Unterschiede knapp nicht signifikant waren. Medikamentöse Therapie galt als Ausschlusskriterium der Studie, weshalb eine Generalisierung dieser Ergebnisse in den klinischen Alltag fraglich ist. Einschränkung ist auch, dass die Stichprobe letztlich kleiner ausfiel als

geplant und somit die statistische Power reduziert war. Da keine Follow-up-Daten erfasst wurden, lässt die Studie zudem keine Aussagen zu Langzeiteffekten in der Gegenüberstellung von IPT und prolongierter Exposition zu. Für PTBS-Patienten, die eine expositionsbasierte Therapie ablehnen oder von Exposition nicht profitieren, liefert die Studie aber einen wichtigen Beleg für IPT als alternatives Behandlungskonzept.

Dipl.-Psych. Sara Hansen, Erlangen

Psychiatrische und Psychotherapeutische
Klinik des Universitätsklinikums Erlangen
E-Mail: Sara.Hansen@uk-erlangen.de