

Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression

Auch per Telefon wirksam

Mohr DC, Ho J, Duffecy J et al. Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients. JAMA 2012; 307: 2278–85

Fragestellung: Senkt kognitive Verhaltenstherapie (KVT) via Telefon die frühen Abbrecherquoten und ist sie einer konventionellen Einzel-KVT nicht unterlegen?

Hintergrund: Viele depressive Patienten bevorzugen die psychotherapeutische Behandlung ihrer Depression gegenüber einer Pharmakotherapie. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass konventionelle „Face-to-face“-Psychotherapien gerade in Gebieten, in denen wenige bis keine Psychotherapeuten niedergelassen sind oder bei Patienten mit körperlichen Behinderungen, die Schwierigkeiten haben, einen Therapeuten aufzusuchen, nicht angeboten werden können. Die Studie ging daher der Frage nach, wie effektiv KVT via Telefon ist und ob dadurch die in klinischen Populationen mit bis zu 50 % sehr hohen Abbrecherquoten gesenkt werden können.

Patienten und Methodik: In der randomisierten, kontrollierten Studie erhielten 325 depressive Patienten (Ham-D > 16) entweder 18 Sitzungen einer konventionellen face-to-face-Psychotherapie oder 18 Telefon-KVT-Sitzungen. Alle Therapeuten führten beide Therapieformen durch und verwendeten dasselbe KVT-Protokoll. Alle Patienten erhielten ein Arbeitsbuch. Das primäre Outcome-Kriterium war Therapieabbruch,

sekundäre waren die Verbesserung auf der Hamilton-Depression-Fremdbeurteilungs-Skala (Ham-D) sowie ein Selbstbeurteilungsfragebogen. Eine Nachuntersuchung erfolgte nach drei und sechs Monaten.

Ergebnisse: Signifikant weniger Patienten brachen die Telefon-KVT (n = 34; 20,9%) als die konventionelle KVT (n = 53; 32,7%; p = 0,02) ab, wobei dafür die niedrigere Abbrecherquote in Woche 1–5 verantwortlich war. Beide Therapieformen erbrachten signifikante Verbesserungen der Depression, die sich nicht unterschieden (Telefon-KVT: Ham-D von 22,8 auf 12,5 Punkte, konventionelle KVT von 22,8 auf 13,6 Punkte). Der Effektstärkenunterschied zwischen beiden Therapieformen lag bei d = 0,14 und damit deutlich unter der Inferioritätsgrenze, weshalb die Autoren die Telefon-KVT als nicht unterlegen ansahen. Die Remissionsraten nach 18 Sitzungen waren bei beiden Therapieformen mit 27% identisch. In beiden Gruppen waren die Patienten nach sechs Monaten immer noch signifikant weniger depressiv als zu Beginn; die Patienten mit konventioneller KVT waren aber signifikant weniger depressiv als die Patienten der Telefon-KVT (Ham-D: 12,14 vs. 15,06; p < 0,001). Eine begleitende Pharmakotherapie wurde kontrolliert, hatte aber keine signifikanten Einflüsse.

Schlussfolgerung: Die Autoren folgern, dass Telefon-KVT die (frühen) Abbrecherquoten gegenüber konventioneller KVT senkt, allerdings auf Kosten eines erhöhten Risikos, die nach 18 Therapiesitzungen erreichten Effekte in den nächsten sechs Monaten eher wieder zu verlieren.

Kommentar: Diese Studie erfüllt Ansprüche an höchste methodische Qualität, auch wenn selbstverständlich die Therapie nicht doppelblind erfolgen konnte. Da die Therapeuten beide Formen der Therapie durchführten und dieselben Materialien verwendeten, sind systematische Fehler eher unwahrscheinlich. Was sagt uns die Studie? Offenbar ist für die Kurzeiteffektivität einer KVT nicht entscheidend, dass der Patient einem Therapeuten direkt gegenüber sitzt, aber offenbar dafür, wie stabil die erreichte Besserung über sechs Monate bleibt. Und dieser Unterschied war mit einem Ham-D-Punktwert-Unterschied von 2,91 Punkten nahe an dem als klinisch signifikant angesehenen Unterschied von drei Punkten. Dieser bessere Langzeiteffekt bei konventioneller KVT ist nicht leicht zu interpretieren. Abgesehen davon, dass menschlicher Direktkontakt in einer Psychotherapie

wahrscheinlich doch wichtig ist, könnte er eine Folge davon sein, dass man Patienten mit einem höheren Risiko, sich nach Therapieabschluss wieder zu verschlechtern, bei Telefon-KVT schlechter erkennt, oder dass das Aufsuchen eines Therapeuten selbst therapeutisch wirksam ist, sodass es den Patienten unter konventioneller KVT auch nach deren Abschluss leichter fällt, sich zu motivieren und Dinge zu verändern. Die Ergebnisse dürften Patienten, die hohe Barrieren zum Erhalt einer Psychotherapie überwinden müssen, hoffnungsvoll stimmen – allerdings nur insoweit, als wir Psychotherapeuten diese Ergebnisse ernst nehmen und tatsächlich über neue Therapieformen nachdenken, um möglichst vielen Patienten eine Therapie zu ermöglichen.

Klaus Lieb, Mainz



© Ivan Chuyev / Fotolia.com

Telefon-KVT ist wirksam, allerdings nicht so nachhaltig wie konventionelle KVT.