

Modulare Psychotherapieprinzipien in der Psychiatrie am Beispiel eines interpersonellen Modulprogramms für komorbide depressive Patienten

Störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze haben in den letzten zwei Jahrzehnten im Rahmen zahlreicher Wirksamkeitsüberprüfungen grosse Erfolge erzielt. Sie stossen jedoch an Grenzen, was die Berücksichtigung von Komorbiditäten und eine individualisierte Therapieplanung angeht. Um der Komplexität psychischer Störungen und dem Implementierungsaspekt der zahlreichen verschiedenen störungsspezifischen Behandlungsmanuals gerecht zu werden, bietet sich ein modulares Organisationsprinzip an, das in diesem Artikel dargestellt wird.



Anna Kiyhankhadiv

von Anna Kiyhankhadiv*
und Elisabeth Schramm

Was ist modulare Psychotherapie?

Modulare Psychotherapie setzt sich aus eigenständigen funktionellen Einheiten (*Modulen*) zusammen, welche im «Baukastensystem» transdiagnostisch und mechanismenbezogen mit anderen Elementen kombiniert werden können. Verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl und Sequenz der Module beruhen auf klinischen Flussdiagrammen beziehungsweise Behandlungsheuristiken. Modulare Therapie baut einerseits auf basalen Behandlungskompetenzen auf, andererseits enthält sie sowohl schulenübergreifende, unspezifische als auch störungsspezifische Techniken ([1], *Abbildung 1*).

Neue Konzeptualisierung im Verständnis psychischer Störungen

Störungsübergreifende transdiagnostische Behandlungen werden derzeit von verschiedenen Autoren als Alternative zu verfahrens- und störungsspezifischen Ansätzen diskutiert (2–5). Dabei werden psychische Störungen so konzeptualisiert, dass ihnen neuropsychologische Funktionsstörungen im Sinne transdiagnostischer Ätiologiefaktoren zugrunde liegen (z.B. Emotionsregulation, kognitive Informationsverarbeitung, soziale Interaktion; zur Übersicht siehe [6–8]). Dieser Ansatz ist kompatibel mit dem vom U.S. National Institute of Mental Health (NIMH) hervorgebrachten System Research Domain Criteria (RDoC), welches 2010 als Alternative zur Klassifikation nach DSM (9) oder dem

ICD (10) entwickelt wurde. Grundgedanke des RDoC-Systems ist die Hypothese, dass Kernsymptome psychiatrischer Erkrankungen, wie beispielsweise eine Störung der Impulsivität oder kognitiver Funktionen, auf der Störung distinkter neurobiologischer Mechanismen beruhen, die – unabhängig von der traditionellen klinischen Diagnose – eine kausale Rolle für die Symptomentstehung und -aufrechterhaltung spielen. Mit diesem integrativen Ansatz wird ein Paradigmenwechsel vorgeschlagen: von einem kategorialen hin zu einem dimensional und psychobiologischen Verständnis psychischer Störungen (4).

Das transdiagnostische Prinzip

An diese Überlegungen anknüpfend verwenden transdiagnostische Behandlungen dieselben zugrunde liegenden Behandlungsprinzipien über verschiedene psychische Störungen hinweg. Wenn auch noch keine Leitlinien zur Definition von transdiagnostischen Interventionen publiziert wurden, bezieht sich der Begriff doch auf drei Arten von Behandlungsprinzipien (11):

1. Universell angewandte therapeutische Prinzipien

Interventionen, bei denen eine führende therapeutische Strategie universell bei einer Bandbreite psychischer Störungen eingesetzt wird. Diese Kategorie enthält traditionelle Psychotherapierichtungen, welche auf unterschiedlichen theoretischen Annahmen beruhen (z.B. psychodynamisch, kognitiv-verhaltenstherapeutisch etc.), und wurde dabei erst kürzlich als transdiagnostisch bezeichnet (12).

2. Evidenzbasierte modulare Strategien

Hierbei wird aus einer Auswahl an Strategien eine Behandlung zusammengestellt, welche für den Patienten und seine Psychopathologie unabhängig von der Diagnose zugeschnitten werden kann. Dazu gehört bei-



Elisabeth Schramm

* M.Sc. Anna Kiyhankhadiv, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

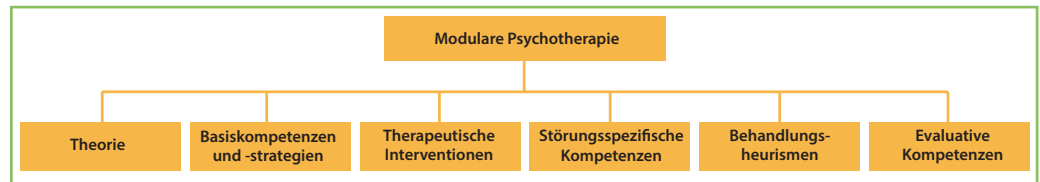


Abbildung 1: Kategorien der modularen Psychotherapie (nach [2])



Abbildung 2: Funktionsstörungen und Module

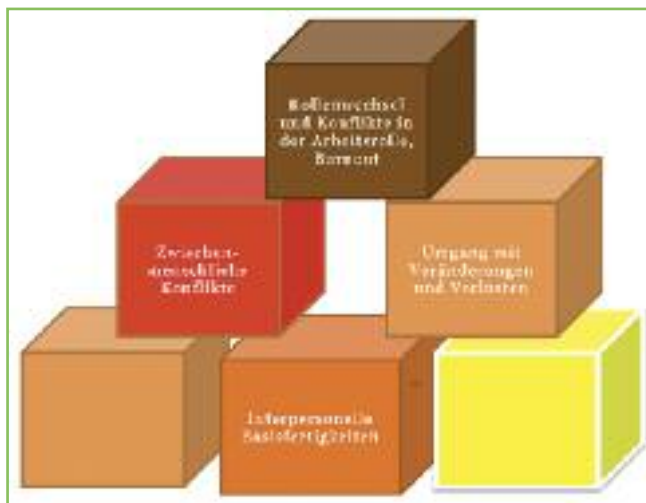


Abbildung 3: Die 4 Module der interpersonellen Modulgruppe

Für alle drei Kategorien gibt es Evidenz, dass sowohl spezifische und aktive Behandlungselemente zur Verbesserung der Störungen beitragen als auch sogenannte unspezifische Faktoren (z.B. Therapiebeziehung, Erwartung etc. [15, 16]).

Entscheidung zur Auswahl und Sequenz der Module

Bei der modularen und mechanismenbasierten Vorgehensweise werden die Module in Abhängigkeit von den Problembereichen (z.B. Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation) und seltener von den Symptomen ausgehend ausgewählt (1). Die Methodenauswahl und die Sequenz der Module können unterschiedlichen Ursprungs und unterschiedlicher Komplexität sein:

- a. beobachtet im individuellen Therapieverlauf
- b. beruhend auf Metaanalysen und Data-Mining zu Prädiktoren des Therapieoutcomes und
- c. begleitet von neurobiologischen Mechanismen, die den Funktionsstörungen zugrunde liegen. Die Modulauswahl erfolgt nicht nur anhand der primären Diagnostik, sondern auch adaptiv im Therapieverlauf und abhängig vom Ansprechen des Patienten auf spezifische Interventionen (17).

Vorteile modularer Psychotherapie

Modulare Psychotherapie erlaubt eine grössere Flexibilität, interindividuelle Unterschiede der Patienten zu berücksichtigen, indem die Module kombiniert und auf die jeweilige Psychopathologie und die gestörten Mechanismen des Patienten zugeschnitten werden können (1). Zudem werden die Komorbiditäten integriert. Ein weiterer Vorteil bezieht sich auf die Implementierung: Die Therapeuten erlernen einen klar strukturierten Werkzeugkasten, der mit einigen Basisfertigkeiten, Interventionen und Heurismen gefüllt ist (2). Modulare Ansätze setzen zudem am derzeitigen Forschungs- und Erkenntnisstand (z.B. der Neuropsychologie) an. Sie sind kompatibel mit der RDoC-Initiative des NIMH und stellen die führenden Forschungstargets zur Detektion von Krankheitsmechanismen dar. Es handelt sich demnach um eine Entwicklung weg vom Einzeldiagnoseansatz hin zu einer dimensional, transdiagnostischen und daraus abgeleitet einer modularbasierten Konzeptualisierung. Dies repräsentiert einen bedeutenden und vielversprechenden Paradigmenwechsel (4, 18).

Bisherige Forschung zur modularen Psychotherapie

Die Wirksamkeit der modularen Psychotherapie ist bis heute erst ansatzweise untersucht. Weisz et al. (19) verglichen in einer grösseren randomisierten, kontrollierten Studie eine Standardtherapie (kognitive Verhaltenstherapie [KVT] für Angst, für Depression und elterliches Training bei Verhaltensstörungen), ein modulares Vorgehen

spielsweise der Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, or Conduct Problems (MATCH) von Chorpita und Weisz (13), der weiter unten ausführlicher beschrieben wird.

3. Interventionen, die auf gemeinsame Funktionsstörungen oder gestörte Mechanismen abzielen

Diese mechanismenbasierten Ansätze beruhen grösstenteils auf dem erwähnten RDoC-System (4). Ein Beispiel dafür ist das Unified Protocol zur transdiagnostischen Behandlung emotionaler Störungen von Barlow und Kollegen (14), das an dem geteilten Mechanismus von Neurotizismus bei diesen Störungen ansetzt.

(integrierte Vorgehensweisen aus den drei separaten Behandlungen) und Regelversorgung (TAU) bei 174 Kindern im Alter von 7 bis 13 Jahren mit Angst, Depression, Trauma und Störung des Sozialverhaltens bei hoher Komorbidität. In dieser Studie wurden vier Entscheidungsflussdiagramme vorgegeben, deren Auswahl anhand des führenden Problembereiches erfolgte, wobei alle vier Flussdiagramme auch Module zu den anderen drei Problembereichen enthielten und eine hohe Flexibilität in der Sequenz der Anwendung möglich war.

Die modulare Behandlung schnitt signifikant besser ab als die anderen Behandlungen. Die grössere Flexibilität erlaubte die Berücksichtigung von mehr Problemen, verglichen mit den Standardbehandlungen. Inzwischen wurde auch die langfristige Überlegenheit nach 2 Jahren gegenüber der Regelversorgung, nicht aber gegenüber der Standardbehandlung belegt (21). Interessanterweise konnte nicht nur eine höhere Zufriedenheit auf Patienten-, sondern auch auf Therapeutenseite bei Verwendung einer modularen Psychotherapie im Vergleich zu den beiden anderen Bedingungen beobachtet werden (22). Die Autoren schlussfolgern, dass das modulare Vorgehen ein vielversprechender Weg sei, um auf den Stärken der evidenzbasierten Behandlungen aufzubauen und deren Nutzen zu verbessern.

Komorbid Depressionen im stationären Setting

Wir entwickelten und überprüften im Rahmen einer offenen Studie eine «interpersonelle Modulgruppe» für komorbid depressive Störungen mit Elementen aus dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; primär ausgerichtet auf frühe Beziehungstraumatisierungen und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten), der interpersonellen Psychotherapie (IPT; primär ausgerichtet auf die emotionale Verarbeitung von Lebensveränderungen und zwischenmenschliche Defizite) sowie der achtsamkeitsbasierten Therapie (primär ausgerichtet auf Beziehungsachtsamkeit). Die Module fokussieren auf fünf gestörte Systeme, welche gemäss der Forschung zentral mit Depressionen zusammenhängen (*Abbildung 2*).

Methodik

Eingeschlossen wurden konsekutiv 43 stationäre Patienten zwischen 18 und 90 Jahren mit der primären Diagnose einer chronischen und/oder akut-episodischen depressiven Störung (93% komorbid, 51% frühe Traumatisierungen, 65% stationäre Vorbehandlungen).

Das Programm ist in einem Manual (23) beschrieben, die wichtigsten Merkmale sind im Kasten und in *Abbildung 3* dargestellt. Über die Gruppentherapie hinaus

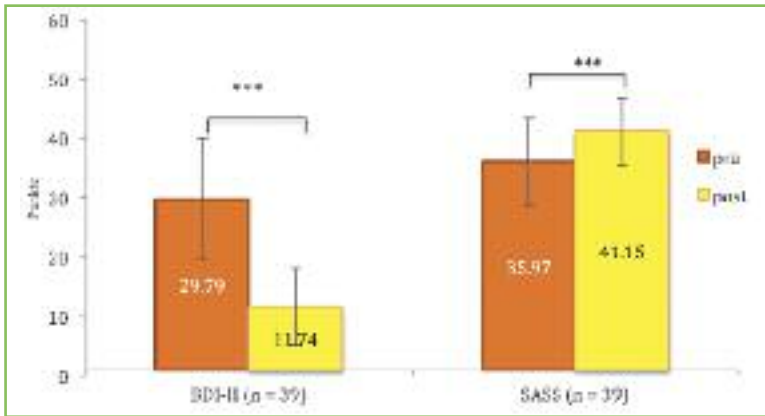


Abbildung 4: Mittelwertunterschiede in BDI-II und SASS vor und nach der Gruppentherapie.
 Eine signifikante Abnahme der Depressivität (gemessen mit dem BDI-II [26]) war zu beobachten. Die sozialen Fertigkeiten (gemessen mit der SASS [27]) hatten sich zu Behandlungsende deutlich verbessert ($p < 0,001$).

bekamen die Patienten zweimal wöchentlich Einzelsitzungen sowie eine algorithmusbasierte Pharmakotherapie in Übereinstimmung mit den derzeitigen Richtlinien für Depressionsbehandlung (24, 25).

Resultate

Eine geringe Drop-out-Rate (9%, n = 4), hohe Patientenzufriedenheit und positives Feedback der Patienten und des Teams weisen auf eine gute Durchführbarkeit und Akzeptanz der Modulgruppe hin. Eine signifikante Abnahme der Depressivität (gemessen mit dem BDI-II [26]) sowie hohe Response- (80%) und Remissionsraten (46%) sprechen für die Wirksamkeit des Vorgehens, die nahezu alle Patienten (98%) einem massgeblichen Anteil der Gruppenintervention zuschrieben. Auch die sozialen Fertigkeiten (gemessen mit der SASS [27]) hatten

sich zu Behandlungsende deutlich verbessert (Abbildung 4).

Module, die auf Achtsamkeit, emotionale Wahrnehmung und Klärung abzielten, wurden von den Patienten am hilfreichsten bewertet. Die vier Blöcke des Gruppenprogramms weisen verschiedene Wirkfaktoren auf. Laut den Patienten kommt der Faktor Therapiebeziehung am meisten zum Tragen. Hohe Depressivität, geringe soziale Fertigkeiten zu Beginn, weibliches Geschlecht und höhere Komorbidität weisen auf ein weniger gutes Behandlungsergebnis hin, wohingegen Patienten mit Traumatisierung von dem Programm mehr profitierten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die modulare Psychotherapie kann einen zukunftsweisenden Brückenschlag zwischen störungsspezifischen und individualisierten transdiagnostischen Therapieansätzen darstellen. Erste Studien zur Wirksamkeit sowie die Ergebnisse unserer Pilotstudie stimmen optimistisch, was die Durchführbarkeit und Akzeptanz des Vorgehens anbelangt, allerdings liegt noch keine hinreichende Evidenzbasierung vor. In den nächsten Jahren wird sich entscheiden, ob eine modulare Psychotherapie, die auf der Veränderung von dimensional konzipierten Funktionsstörungen beruht, aufgrund eines flexiblen, adaptiven Vorgehens im Behandlungsverlauf dem Anspruch einer personalisierten Therapie standhält und einen tatsächlichen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie bedeuten wird (4, 18).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Elisabeth Schramm
 Universitäts-Klinikum Freiburg
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Hauptstrasse 5
 D-79104 Freiburg
 E-Mail: elisabeth.schramm@uniklinik-freiburg.de

Kasten:

Die wichtigsten Merkmale der interpersonellen Modulgruppe

Therapeuten	Ein psychologischer Psychotherapeut (geschult in CBASP und IPT) Ggf. Pflegekraft als Ko-Therapeut (geschult in CBASP und IPT)
Patienten	4–8 (chronisch und/oder akut-episodisch) depressive Patienten mit komorbiden Beschwerden
Setting	Halb offen 2 x wöchentlich, 90 Minuten, 8 Sitzungen
Techniken	Arbeit mit dem Kiesler-Kreis-Modell Mini-Situationsanalysen (Beziehungs-)Achtsamkeitsübungen Wertearbeit (Emotionale) Bewältigungsstrategien bei Lebensveränderungen Disciplined Personal Involvement (DPI)
Therapeutenmaterialien	Handouts Materialien Achtsamkeitsübungen Manualvorlage
Patientenmaterialien	Handouts Therapiemappe

Merkmale:

- Die modulare Psychotherapie ist keine neue therapeutische Schule, sondern wendet störungsspezifische und unspezifische psychotherapeutische Programme als eine Auswahl therapeutischer Methoden und Techniken entsprechend vorgegebenen Algorithmen an.
- Die Module werden in Abhängigkeit von den Problembereichen und gestörten Mechanismen und seltener von den Symptomen ausgewählt.
- Die modulare Psychotherapie zielt auf Funktionsstörungen statt auf diagnostische Kategorien ab und kann transdiagnostisch eingesetzt werden.
- Die Ergebnisse einer ersten Überprüfung einer modularen Gruppenintervention für komplexe Depressionen weisen auf eine gute Durchführbarkeit, Akzeptanz sowie eine hohe Wirksamkeit eines modularen Vorgehens hin.

Literatur:

1. Herpertz, S., Caspar, F. & Lieb, K. (2016). Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München: Urban & Fischer in Elsevier.
2. Bohus, M., Herpertz, S. C. & Falkai, P. (2012). Modulare Psychotherapie – Rationale und Grundprinzipien. Die Psychiatrie, 9, 89–97. Verfügbar unter: <http://www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/die-psychiatrie/inhalt/archiv/issue/special/manuscript/17650/show.html>
3. Barlow, D. H., Bullis, J.R., Comer, J. S. & Ametaj, A. A.: Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. Annual Review of Clinical Psychology, 2013; 9, 1–27. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629
4. Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P.: Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. The American Journal of Psychiatry, 2010; 167, 748–751. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379
5. Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalgleish, T.: Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical Psychology Review, 2015; 40, 91–110. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002
6. Hershenberg, R. & Goldfried, M. R.: Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. Behavior Therapy, 2015; 46, 156–165. doi:10.1016/j.beth.2014.09.014
7. Clark, D. A. & Taylor, S.: The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? Journal of Cognitive Psychotherapy, 2009; 23, 60–66. doi:10.1891/0889-8391.23.1.60
8. Dozois, D. J. A., Seeds, P. M. & Collins, K. A.: Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2009; 23, 44–59. doi:10.1891/0889-8391.23.1.44
9. American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
10. Weltgesundheitsorganisation. (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (6. Aufl.). Bern: Huber.
11. Sauer-Zavala S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H.: Current definitions of «transdiagnostic» in treatment development: A search for consensus. Behavior Therapy, 2017; 48, 128–138. doi: 10.1016/j.beth.2016.09.004
12. Leichsenring, F. & Salzer, S.: A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: an evidence-based approach. Psychotherapy, 2014; 51, 224–245. doi: 10.1037/a0033815
13. Chorpita, B. F. & Weisz, J. R. (2009). MATCH-ADTC: Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems. Satellite Beach, FL: PracticeWise.
14. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C.P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. & Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press.
15. Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy. Paperback use pre formatted date that complies with legal requirement from media matrix. Baltimore, Maryland, USA: Johns Hopkins University Press.
16. Hofmann, S. G. & Barlow, D. H.: Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: the beginnings of a rapprochement? Psychotherapy 2014; 51, 510-513. doi: 10.1037/a0037045
17. Lei, H., Nahum-Shani, I., Lynch, K., Oslin, D. & Murphy, S.A.: A "SMART" design for building individualized treatment sequences. Annual Review of Clinical Psychology 2012, 8, 21–48. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143152
18. Craske, M. G.: Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. Depression and Anxiety, 2012; 29, 749–753. doi:10.1002/da.21992
19. Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Gibbons, R. D.: Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. Archives of General Psychiatry, 2012; 69, 274–282. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.147
20. Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. & Weisz, J. R.: Modularity in the design and application of therapeutic interventions. Applied and Preventive Psychology, 2005; 11, 141–156. doi: 10.1016/j.appsy.2005.05.002
21. Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Austin, A. A., Bortrager, C. F., Ward, A., Wells, K. C. & Gibbons, R. D.: Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2013, 81, 999–1009. doi:10.1037/a0034200
22. Chorpita, B. F., Park, A., Tsai, K., Korathu-Larson, P., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Krull, J.: Balancing effectiveness with responsiveness: Therapist satisfaction across different treatment designs in the Child STEPs randomized effectiveness trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015; 83, 709–718. doi:10.1037/a0039301
23. Kiyhankhadiv, A. & Schramm, E. (2016). Manual zur Interpersonellen Modulgruppe. Ein Gruppenprogramm zur Behandlung komorbider depressiver Patienten im stationären Setting. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz.
24. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung (2. Aufl.). doi:10.6101/AZQ/000262
25. Middleton, H., Shaw, I. & Feder, G.: NICE guidelines for the management of depression. BMJ, 2005; 330, 26–78. doi:10.1136/bmj.330.7486.267
26. Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). BD-II. Beck-Depressions-Inventar (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
27. Duschek, S., Schandry, R. & Hege, B. (2003). Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala (SASS). Diagnostik sozialer Funktionsfähigkeit bei depressiven Störungen. Manual. Göttingen: Beltz Test.