

# Wie effektiv ist psychotherapeutische Behandlung bei PatientInnen mit Poststroke-Depression?

C. Mödden<sup>1,3</sup>, H. Hildebrandt<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Rehabilitationszentrum Oldenburg, <sup>2</sup>Klinikum Bremen-Ost, <sup>3</sup>Universität Oldenburg

## Zusammenfassung

Psychotherapie als anerkanntes Heilverfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hat sich den genannten Kriterien des SGB V (Wirksamkeit, Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit) zu stellen. Eine Veröffentlichung zum Thema Entstehung, Entwicklung und Behandlungsmöglichkeiten bei PatientInnen mit Poststroke-Depression (PSD) [19] konnte aufgrund einer Literaturrecherche (2000–2008) feststellen, dass psychotherapeutische Intervention bei der PSD vermutlich wirksam, bis heute jedoch nicht hinreichend evaluiert ist. Aussagen hinsichtlich medikamentöser Behandlungsansätze lassen bis heute ebenfalls gesicherte und generalisierbare Wirksamkeitsnachweise vermissen.

In dem vorliegenden Artikel werden vorrangig (randomisiert-kontrollierte) Publikationen aus den Jahren 2007 bis 2009 zur Frage derzeitiger evidenzbasierter psychologischer Verfahren zur Behandlung der PSD vorgestellt. Eine Machbarkeitsstudie zur Fragestellung psychotherapeutischer Intervention bei PSD konnte Wirksamkeitsnachweise zeigen. Kombinationstherapien (Psychotherapie und Pharmakotherapie) zeigen im Vergleich zu Monotherapien beachtenswerte Wirksamkeitseffekte und bilden eine vorläufige Leitlinienbasis. Alternative Möglichkeiten zur Optimierung erkenntnistheoretischer Wirksamkeitsforschung hinsichtlich Psychotherapie werden angeführt.

**Schlüsselwörter:** Poststroke-Depression, Behandlung, Psychotherapie, Praxisvorschläge, Wirksamkeitsforschung

## Is psychotherapy in patients with post-stroke depression effective?

C. Mödden, H. Hildebrandt

### Abstract

Psychotherapy as an accredited treatment should be evaluated according to the proposed criteria of the German Social Security Code V (efficacy, need, utility, and cost-effectiveness). A review of existing literature (2000–2008) on causes, course, and treatment options for patients with post-stroke depression (PSD) [19] showed that psychotherapeutic interventions for PSD are supposedly efficacious. However, they are not sufficiently evaluated to date. The same holds for pharmaco-treatment of PSD.

Randomized controlled trials, published 2007–2009, which evaluate evidence-based psychological interventions for the treatment of PSD, are preferentially described in the presented article. A feasibility study examining psychotherapeutic intervention in post-stroke depression showed its efficacy. In comparison to monotherapies, the combination of psychotherapy and pharmacotherapy is notably efficacious and, therefore, should be used as a preliminary basis for guidelines. Alternative possibilities for optimizing epistemological evaluation of psychotherapy are reported.

**Key words:** post-stroke depression, treatment, psychotherapy, guidelines, principles of evaluation research

© Hippocampus Verlag 2010

## Einleitung

Die Gesellschaft für Neuropsychologie hat sich 2008, neben anderen Berufsverbänden, an der Erstellung evidenzbasierter Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

für die neuropsychologische Diagnostik und Rehabilitation beteiligt. Psychotherapie als anerkanntes Heilverfahren hat ihren Behandlungsnachweis auf höchster Evidenzstufe bekanntermaßen erbracht [2, 3, 5, 6, 9, 10, 14, 24, 25, 28]. Effiziente psychologische Interventionsmethoden sollten aus

diesem Grund auch für die Behandlung der PSD nachzuweisen sein. Im Folgenden werden entsprechende Studien nach den vorliegenden Evidenzkriterien gesichtet und kurz dargestellt (aufbauend auf unserer Übersichtsarbeit von 2008, die die frühere Literatur sichtet). Im Anschluss daran wird kurz auf methodische und ethische Probleme der evidenzbasierten Medizin eingegangen, fokussiert auf die Behandlung von psychischen Störungen bei organischen Hirnerkrankungen.

Der Schwerpunkt des folgenden Artikels liegt auf der Sichtung der Evidenz für psychotherapeutische Interventionen. Da parallel dazu die Möglichkeit der pharmakologischen Behandlung existiert, vorab einige Publikationen zu dieser Frage: *Starkstein* et al. [26] sehen anhand ihres Reviews (Überprüfung randomisiert-kontrollierter Studien) die Wirksamkeit von Sertralin, Citalopram und Nortriptylin für die Behandlung von PSD als nachgewiesen, räumen jedoch die begrenzte Wirksamkeit eines präventiven Effektes ein. Der kurzfristige Behandlungseffekt von Antidepressiva ist auch nach Einschätzung von *Paolucci* [20] evident. Der Autor stellt jedoch den nachhaltigen Effekt im Sinne einer funktionalen Besserung in Frage: »There is a clear evidence that antidepressant treatment may improve depression but it is unable to produce a full clinical remission or prevent the onset of diagnosable depressive illness. Moreover, data available regarding the choice or the length of optimal treatment are still not convulsive.« *Hackett* et al. [11] fanden keine eindeutigen präventiven pharmakologischen Behandlungseffekte (14 Studien mit insgesamt 1.515 ProbandInnen) und einen schwachen, jedoch signifikanten Interventionseffekt für Psychotherapie: »There was no clear effect of pharmacological therapy on the prevention of depression or other endpoints. A significant improvement in mood and the prevention of depression was evident for psychotherapy, but the treatment effects were small.«

### Psychotherapeutische Behandlung als Monotherapie

*Watkins* et al. [29] untersuchten in einer randomisiert-kontrollierten Studie (n=411) an PatientInnen mit PSD den Effekt einer PatientInnen-zentrierten Counseling-Strategie als psychologisch orientiertes »Motivational Interviewing«. Die Interventionsgruppe (n=204) erhielt einmal wöchentlich eine Einzelsitzung von 30–60 Minuten (lösungs-zentrierte Techniken zur Förderung der Selbstwirksamkeit). Die Kontrollgruppe wurde als »care as usual« (»usual medical, nursing and therapy input«) mit der Interventionsgruppe verglichen (n=207). Nach drei Monaten wurden die Gruppen anhand des »General Health Questionnaire« (GHQ-28), der »Depression Screening Scale« (Yale), dem Barthel Index (BI) und der »SEQ« (Beliefs and expectations of recovery scale) untersucht. Es konnte ein signifikanter Effekt für die Interventionsgruppe hinsichtlich der Stimmungslage (»mood«/GHQ-28) nachgewiesen werden. Ein signifikant protektiver Effekt anhand der Depression Screening Scale wurde ebenfalls gefunden. Keine Effekte wurden im Bereich der faktischen und selbst eingeschätzten

Selbstversorgung nachgewiesen (BI und Beliefs and expectations of recovery scale). Die AutorInnen vergleichen den gezeigten positiven Effekt mit anderen Studien, die keinen eindeutigen signifikant positiven Effekt für psychologisch ausgerichtete Interventionen feststellen konnten (in [29]: *Leathley*, 2003; *Dennis*, 1997; *Forster*, 2005).

*Robinson* et al. [23] untersuchten die Wirksamkeit einer PSD-Präventiv-Behandlung mit Escitalopram oder einer Problemlösungstherapie im Vergleich zu einer Placebomedikation (n=176). Drei Monate nach dem Ereignis wurden nichtdepressive ProbandInnen (Kriterien entsprechend neuropsychologischer und psychiatrischer Verfahren) nach randomisiertem Vorgehen über zwölf Monate in eine von drei Gruppen eingeteilt: Escitalopram (n=59), Problemlösungstherapiegruppe (n=59) oder Placebo (n=58). Die Gruppe Problemlösungstherapie (Manualtherapie) nahm innerhalb der ersten zehn Wochen an sechs Behandlungssitzungen und anschließend einmal monatlich an einer Sitzung teil. Die Ergebnisse der Untersuchung: Die TeilnehmerInnen der Placebogruppe entwickelten signifikant häufiger eine Depressionen als die ProbandInnen der Behandlungsgruppe mit Escitalopram (22,4% gegenüber 8,5%) und 2,2-mal häufiger als Patienten, die an der Problemlösungstherapie teilnahmen (11,9%). Die Ergebnisse zeigen einen Effekt hinsichtlich einer signifikant geringeren Inzidenzrate der PSD nach zwölf Monaten Behandlung im Vergleich zur unbehandelten Placebogruppe. Eine »intention to treat«-Analyse der Daten ergab, dass Escitalopram der Placebobehandlung (23,1% gegenüber 34,5%) überlegen war, während die Problemlösungstherapie keinen signifikant nachgewiesenen Effekt gegenüber der Placebogruppe (30,5% gegenüber 34,5%) zeigte. Die Befunde (DSM-IV-Kriterien) zeigten nach abschließender Bewertung der AutorInnen, dass die Behandlung mit Escitalopram oder die Teilnahme an einer Problemlösungstherapie einer PSD vorbeugend entgegenwirken kann.

*Paolucci* [21] bewertet die o. g. Robinson-Studie als »unaufrechtig« hinsichtlich des Anspruchs der Allgemeingültigkeit der Aussagen. Drei Punkte werden kritisiert: Das zu geringe Durchschnittsalter (61,3 Jahre) entspräche nicht dem Alter ähnlicher Studien und darüber hinaus nicht der Inzidenzrate entsprechender Schlaganfallregister. Die ProbandInnen hätten einen ungewöhnlich hohen Anteil von 38% an »white matter lesions« aufgewiesen, die möglicherweise aufgrund nur kleinerer Gefäßerkrankungen asymptomatisch verlaufen seien, dafür aber das Risiko nachfolgender Infarkte in sich getragen hätten. Entsprechend dem zweiten Einwand habe die verwendete Erhebungsskala »Functional Independence Measure« ein eher geringes Ausmaß an Funktionsbeeinträchtigungen der ProbandInnen gezeigt. Da »disability« ein relevanter Faktor für die Ausbildung einer PSD sei, repräsentiere die gewählte Stichprobe keine geeignete Population, um die Behandlungsfrage zu klären. Abschließend wird aber richtigerweise festgestellt: »Robinson's data suggest that, in selected cases, it is possible to prevent the development of PSD.«

Eine neuere randomisiert-kontrollierte Untersuchung von *Finkenzeller et al.* [7] konnte anhand eines Vergleiches von Interpersoneller Psychotherapie (IPT), antidepressiver Pharmakotherapie (Sertralin) und einer Kombination beider Verfahren (Kombi) keinen Effektivitätsunterschied feststellen. Ein »erwarteter Behandlungsvorteil einer Kombinationsbehandlung konnte nicht festgestellt werden«. Sowohl jeweilige Monotherapien als auch die Kombinationstherapie zeigten einen signifikanten Behandlungseffekt. Vierundsiebzig stationäre RehabilitationspatientInnen mit PSD (ICD-10-Kriterien) wurden in die Studie aufgenommen (IPT: n=27, Pharmakotherapie: n=24, Kombinationstherapie: n=23) und innerhalb ihres stationären Aufenthaltes (4–8 Wochen) behandelt. Eine signifikante Symptomreduktion konnte anhand des Hamilton-Depressionsinventars (HAMD:  $p < 0,001$ ) und durch die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D:  $p < 0,001$ ) nachgewiesen werden. Es wurde ein negativ signifikanter Zusammenhang zwischen Ausmaß der Depression und erhaltener Leistungsfähigkeit nachgewiesen (HAMD/HADS-D und Barthel Index:  $p < 0,007$ ; Erweiteter Barthel Index:  $p < 0,008$ ). Die AutorInnen betonen vor dem Hintergrund ihrer Untersuchungsergebnisse die relevante Notwendigkeit der Behandlung von PSD: »Die im Hinblick auf diese Ziele (Integration und Partizipation) bedeutenden psychischen Störungen finden in der somatisch, auf funktionelle Fähigkeitsstörungen ausgerichteten Reha immer noch nicht den Stellenwert, der ihr mit Blick auf das Rehaergebnis zukommt.«

Im Rahmen eines »single-subject quasi experimental designs« (SSED) als Machbarkeitsstudie konnten *Rasquin et al.* [22] den positiven Effekt einer »cognitive-behavioural-intervention« (CBI) bei fünf ProbandInnen (P) mit PSD darstellen. Anhand der qualitativen Ergebnisse des »Beck Depression Inventory« (BDI), des »Stroke Adapted Sickness Profile« (SIP), der »Visual Analogue Scale« (VAS) und der »Symptom Checklist« (SCL-90) wurden die Symptome der Patienten innerhalb einer vierwöchigen Baseline-Phase (A) mit einer anschließend durchgeführten achtwöchigen Interventionsphase (B/60 Min. wöchentlich) und einer Follow-up-Untersuchung verglichen. Der behandelnde Psychotherapeut war hinsichtlich der Skalenwerte der Patienten zu allen Zeitpunkten verblindet. Eine unabhängige psychologische Assistentin führte die Untersuchungen ohne Informationen über die Intervention durch. Die Daten wurden deskriptiv nach dem »Reliable Change Index« hinsichtlich relevanter qualitativer Symptomveränderungen analysiert. Die Ergebnisse des BDI und der SCL-90 wurden als Kriterien für »no change« oder »clinically significant change« depressiver Symptome zugrundegelegt. Der Behandlungseffekt orientierte sich am Datenvergleich während und nach der Intervention im Verhältnis zur Baseline. Die Veränderung der »Lebensqualität« wurde durch die Ergebnisse des SIP nach 12 und 16 Wochen im Vergleich zu den Baseline-Werten dargestellt. Anhand der VAS wurden *Stimmungsveränderungen* nach 12 und 16 Wochen im Unterschied zur Baseline-Erhebung abgebildet.

### Ergebnisse

Die Baseline-Daten (wöchentliche Erhebung) zeigten sich trotz einiger Fluktuationen zwischen zwei Messzeitpunkten (BDI) bei allen Patienten über vier Wochen unverändert. Nach vier und acht Wochen Intervention (monatliche Erhebung) konnte bei drei Patienten eine signifikante Verbesserung anhand der BDI-Werte nachgewiesen werden (baseline scores: 29,8/12; 22,3/16; 21,5/15). Die SCL-90-Werte zeigten bei vier Patienten keine Veränderungen (ein verbesserter Wert: 44,5/25). Bei zwei Patienten konnten die SIP-Ergebnisse Verbesserungen nachweisen (16,3/12; 7,9/4). Anhand der VAS wurde ein Monat nach Beendigung der Intervention bei vier von fünf Patienten eine relevante Stimmungsverbesserung deutlich. Drei Monate nach Beendigung der Interventionsphase zeigten sich anhand des BDI bei vier von fünf Patienten unverändert stabile Ergebnisse. Die AutorInnen resümieren, dass die CBI bei einer Subgruppe von Patienten positive Behandlungseffekte erzielen kann. Die begrenzte Aussagekraft des vorliegenden SSED wird abschließend diskutiert (u. a.: methodische Aspekte: kleine Stichprobe, keine Randomisierung, keine Kontrollgruppe, inhomogene qualitative Ergebnisse, Follow-up sehr früh; Stichprobe: drei Patienten erhielten ein Antidepressivum [Nebenwirkungen u. a. Migräne], zwei Patienten konnten an der Interventionsphase aufgrund kardiovaskulärer Probleme und aufgrund mangelnder intrapsychischer Reflektionsfähigkeit nur bedingt teilnehmen). Alle Patienten beurteilten die CBI positiv. Es wurden über den Gesamtzeitraum der Studie tendenziell positive Skalenwerte im Verlauf erhoben (inklusive des Wechsels von stationärem Aufenthalt und Entlassung und entsprechender Bewusstwerdung der alltags- und berufsrelevanten Folgekonsequenzen mit temporären Stimmungsverschlechterungen). »Based on these results we can conclude that this intervention is feasible but inadequate in 'dose', and we can cautiously conclude that the intervention might reduce depressive symptoms.«

### Kombinationstherapien versus Monotherapie

Eine Untersuchung von *Williams et al.* [31] konnte im Rahmen einer kontrolliert-randomisierten Untersuchung darstellen, dass eine edukativ ausgerichtete psychologische Intervention (»Activate-Initiate-Monitor Intervention«) zur Verbesserung der Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit einer pharmakologischen Behandlung einen förderlichen und präventiven Einfluss auf PatientInnen hatte (Interventionsgruppe n=89; Kontrollen n=93; beide Gruppen mit Paroxetin behandelt). Die Betroffenen der Interventionsgruppe des »Care Management« erhielten relevante Informationen zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung einer Depression. PatientInnen, welche dieses Behandlungssetting durchliefen, zeigten nach sechs und nach zwölf Wochen signifikant weniger depressive Symptome als die unbehandelte Gruppe: »Both depression response (51% versus 30%,  $p = 0,005$ ) and remission (39% versus 23%,  $p = 0,01$ ) were more likely in the Activate-Initiate-Monitor

Intervention than in the usual care group.« Das Ergebnis dieser Studie zeigt nach Einschätzung der AutorInnen Hinweise auf den effektiven Einfluss einer psychologischen Depressionsbehandlung.

Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie von *Mitchell et al.* [18] erhielten PatientInnen mit PSD (n=101) innerhalb von vier Monaten nach Schlaganfall eine achtwöchige »Psychosocial-Behavioral Intervention«-Therapie (neun Sitzungen). Die Interventionsgruppe (n=48) wurde mit einer Kontrollgruppe (n=53) »usual care« verglichen. Beide Gruppen erhielten ein Antidepressivum (SSRI). Um das Ausmaß und die erwarteten Veränderungen (kurz-, mittelfristige und Langzeiteffekte) der Depressionsentwicklung abbilden zu können, wurden die ProbandInnen beider Gruppen zu vier Zeitpunkten untersucht (9 Wochen »immediate post-treatment«, 4, 12 und 24 Monate »post-treatment«). Folgende Erhebungsinstrumente wurden verwendet: die Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), die Stroke Impact Scale (SIS), die Geriatric Depression Scale (GDS) und der BI. Unmittelbar nach Beendigung der Therapie zeigten sich anhand der HDRS signifikant verringerte Werte bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (p<0,001). Dieses Ergebnis als Indikator für das Vorliegen einer deutlichen Remission konnte auch nach zwölf Monaten nachgewiesen werden (p=0,05). »The mean percent decrease (47%±26% intervention versus 32%±36% control, p=0,02) and the mean absolute decrease (-9,2±5,7 intervention versus -6,2±6,4 control, p=0,023) in Hamilton Rating Scale for Depression at 12 months were clinically important and statistically significant in the intervention group compared with control.« Abschließend resümieren die AutorInnen: »A brief psychosocial-behavioral intervention is highly effective in reducing depression in both the short and long term.«

*Watkins* [30] bewertet die o.g. *Mitchell*-Studie aus folgenden Gründen kritisch: Durch die Erhebung mit der HDRS würden vorrangig physiologische Symptomverän-

derungen der ProbandInnen im Verlauf abgebildet werden; der daraus abgeleitete Interventionseffekt wird als fraglich dargestellt. Weiterhin wird angemerkt, dass aus einer sehr großen PatientInnenpopulation (n>1.000) lediglich eine Stichprobe von n=101 ProbandInnen selektiert wurde. Die Selektionskriterien orientierten sich nach *Watkins* »ungeeigneter Weise« an einem Cut-off-Score >10 durch die GDS (Kriterium für eine leichte milde Depression). Entsprechend der Kritik der Autorin wurde über diese Auswahl der repräsentative Schweregrad der PSD nicht erfasst. Es wird darüber hinaus angemerkt, dass durch dieses Selektionsverfahren viele ProbandInnen mit einer schwereren Depression von der Untersuchung unberechtigtweise ausgeschlossen wurden und somit das eigentliche und angemessene Potential an zur Verfügung stehenden Daten nicht ausgeschöpft werden konnte. Abschließend wird die Untersuchung von *Mitchell* dahingehend gewürdigt, als dass sie die förderliche Wirksamkeit von »activity and participation« als Einflussfaktoren der Remission einer PSD überzeugend demonstrieren konnte.

**Schlussfolgerungen**

Aus dieser Übersicht ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

1. Eine wirksame Behandlung der PSD ist möglich (und auch nötig, siehe unseren früheren Artikel [19] zu den negativen Auswirkungen der PSD auf den weiteren Rehabilitationsverlauf bzw. auf die Lebensqualität), wenn auch die Forschungslage bis dato nicht breit angelegt ist.
2. Kombinationstherapien sind bei der Gesamtschau der Publikationen die derzeit bestmögliche Behandlungsmethode bei einer PSD (siehe Tab. 1).
3. Einzelne Studien ergeben signifikante Erfolge für Psychotherapie und Pharmakotherapie als Monotherapien. Psychotherapeutische Intervention können somit als Monotherapie für die PSD-Behandlung empfohlen werden,

AutorInnen	Jahr	Fragestellung	Methodik	Ergebnis	Evidenzgrad
Finkenzeller et al.	2009	Effektivität von Kombinationstherapie	Interpersonelle Psychotherapie vs. Sertralin vs. Kombination beider Verfahren	Kombinationstherapie und jeweilige Monotherapien effektiv	Ib
Mitchell et al.	2009	Effektivität von Psychotherapie im Vergleich zur Pharmakotherapie	Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant vs. Usual Care	Psychotherapie effektiv hinsichtlich kurz und langfristiger PSD Behandlung	Ib
Rasquin et al.	2009	Effektivität von Psychotherapie	Cognitive-Behavioural Intervention	Psychotherapie zeigt anhaltende Besserung der Symptomatik	III
Robinson et al.	2008	Effektivität von Pharmakotherapie vs. Kombinationstherapie im Vergleich zur Placebobehandlung	Escitalopram vs. Placebo vs. Problem-Solving Therapy	Pharmakotherapie und Kombinationstherapie ist effektiver als Placebo; Psychotherapie ist effektiver als Placebobehandlung (allerdings nicht bei »intention to treat«-Analyse)	Ib
Watkins et al.	2007	Effektivität von Psychotherapie im Vergleich zu »usual care«	Motivational Interviewing vs. Usual Care	Psychotherapie ist effektiver als »usual care«	Ib
Williams et al.	2007	Effektivität von Kombinationstherapie im Vergleich zu Pharmakologie	Activate-Initiate-Monitor care management vs. Usual Care	Kombinationstherapie ist effektiver als Pharmakotherapie	Ib

Tab. 1: Studienübersicht

bei allerdings bis dato sehr geringer Datenlage. Der Nachweis der Effektivität von Psychotherapie als Monotherapie ist am besten gezeigt für jüngere Patienten mit eher kleineren Infarktarealen.

4. Bei hoher Heterogenität der gewählten psychotherapeutischen Techniken sowie eher geringer und zudem unterschiedlicher Therapiefrequenz ist aktuell keine Aussage darüber möglich, welche psychotherapeutische Maßnahme am besten geeignet ist.
5. Gegenüber reiner Pharmakomonotherapie erhöhen psychotherapeutische Maßnahmen als ergänzende Behandlung deren Effektivität.
6. Falls Psychotherapie als Monotherapie keine Besserung zeigt, sollte eine zusätzliche Behandlung mit einem Antidepressivum erfolgen.

Der Überblick zeigt, dass Handlungsempfehlungen im Sinne der »evidence-based medicine« (EBM) für die Behandlung der PSD möglich sind. Andererseits wurden im Rahmen der Recherche aber auch Grenzen eines solchen Orientierungsrahmens für die Leitlinienentwicklung im Bereich der Psychotherapie deutlich, die abschließend an dieser Stelle kurz diskutiert werden sollen.

Im Rahmen einer geisteswissenschaftlichen und daraus konsequenterweise abzuleitenden psychologischen Auffassung wird die PSD als *persönlichkeits- und kontextabhängige* emotionale Reaktion verstanden. Die Psychotherapie bietet im Sinne ihrer traditionellen hermeneutisch-wissenschaftlichen Forschungsorientierung und dem daraus resultierenden Erkenntnisgewinn konsequenterweise eine bestmögliche (wertegebundene, subjektabhängige) Behandlungsmethode an. Die innere Validität beruht damit auf der Integrität eines *gegenstandsangemessenen* Studiendesigns und kann dann den durch die EBM gestellten Kriterien nach Randomisierung, Verblindung, Placebokontrollen/Nichtbehandlung, der Forderung nach standardisierter oder manualisierter Behandlung bei sehr begrenzten Zeitfenstern nur teilweise gerecht werden (vgl. [16]). Hierzu einige Gedanken bezüglich Placebogruppen, Randomisierung und Verblindung:

**Placebokontrolle:** Im Rahmen der Pharmakologieforschung wirken Placebos *unspezifisch psychologisch* und ein Pharmakon *spezifisch physiologisch*. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine spezifische Analyse des »Wirkstoffeffekts« im Vergleich zum unspezifischen Effekt. Eine ähnliche Unterscheidung zwischen globalem Effekt einer Placebobehandlung und Psychotherapie ist dagegen problematisch. ProbandInnen haben Modelle hinsichtlich einer psychotherapeutischen Intervention und werden einer Placebointervention gegenüber eine nachvollziehbare Skepsis entwickeln. Dasselbe gilt für die TherapeutInnen, die kaum die gleiche Kohärenz gegenüber Placebo- und echter Behandlung zeigen werden.

**Randomisierung:** Eine echte Randomisierung wäre bezüglich Psychotherapie aufgrund der vernachlässigten „Passungen“ zwischen Therapieverfahren und PatientInnen problematisch

(vgl. [12]). Da die Entscheidungswahl der PatientInnen missachtet würde, ist die Gefahr der Reaktanz hoch, sodass ein Effekt kaum abzubilden sein dürfte. Gäbe man aber der Entscheidungsfreiheit der PatientInnen Raum, so kommt es womöglich zu erheblichen Drop-out-Effekten, die die Aussagekraft der Studie einschränken würden.

**Verblindung:** Da TherapeutInnen bei einer Psychotherapie immer wissen, ob die gewählte Behandlung (»case expertise« entsprechend der PatientInnenmerkmale) die wirksame spezifische Komponente (narrative Fähigkeiten, Persönlichkeitstheorie, Behandlungsbedingungen, Behandlungstechnik) enthält, ist grundsätzlich kein Doppelblindversuch möglich.

Diese aufgeführten Tatsachen führen dazu, dass die psychotherapeutische Behandlung der PSD in der Vergangenheit zumeist gegen pharmakologische Behandlung oder als Add-on-Verfahren evaluiert wurde, wodurch jedenfalls scheinbar die Frage der Placebokontrolle gelöst wäre (nicht aber das Problem der Verblindung). Allerdings ist die Ausgangslage für die Psychotherapie, einen Wirksamkeitsnachweis zu liefern, deutlich ungünstiger als für die Pharmakotherapie: Welches neue Antidepressivum wäre bei einem geforderten Nachweis der Überlegenheit gegenüber älteren Medikamenten auf den Markt gekommen? Insofern sollte additiv zu den Vorgaben der EBM eine Geltungssicherung auf Grundlage praxisnaher Fallanalysen (qualitative Forschung) und daraus abgeleiteter Kausalzusammenhänge das Fundament einer psychotherapeutischen Behandlung bilden. Im Sinne der bereits *existierenden Evidenz* von Psychotherapie proklamieren namhafte VertreterInnen im Sinne der sog. »empirically supported treatments« [4, 12, 13, 16, 17, 32]) ein angemessenes pragmatisches Vorgehen nach den Vorgaben der »Task Force on Evidence-Based Practice« [1]. Danach sollten zukünftig auch *geltungssichernde*, qualitativ und komplementär orientierte Forschungsmethoden (u. a. »narrative-based medicine«, »Triangulierung« und »Mixed Methodology«) einen schulübergreifenden wissenschaftlich-professionellen Königsweg der Heilverfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und der genannten Kriterien des SGB V bilden und für den Evidenznachweis (»Effektivität«) mit herangezogen werden (vgl. [8, 15, 27]).

## Literatur

1. APA Presidential Task Force Report on EBPP. Evidence-Based Practice in Psychology. Am. Psychologist 2006; 61 (4): 271-285.
2. Berger M, Brakemeier EL, Klesse C, Schramm E. Depressive Störungen. Nervenarzt 2009; 80: 540-555.
3. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. General Hospital Psychiatry 2008; 30 (4): 293-302.
4. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. Annual Review Psychology 2001; 52: 685-716.
5. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol 2008; 76 (6): 909-922.

6. De Mello MF, Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255: 75-82.
7. Finkenzeller W, Zobel I, Rietz S, Schramm E, Berger M. Interpersonelle Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Post-Stroke-Depression. Machbarkeit und Effektivität. *Nervenarzt* 2009; 80: 805-812.
8. Flick U. *Triangulation. Eine Einführung*. 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008.
9. Grawe K. *Neuropsychotherapie*. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2004.
10. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2001.
11. Hackett ML, Anderson CS, House A, Halteh C. Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 3: Art. No.: CD003689. DOI: 10.1002/14651858.CD003689.pub3.
12. Kritz J. Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal* 2005; 4 (1): 12-20.
13. Leichsenring F, Rüger U. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der EBM. Randomisiert kontrollierte Studien vs. Naturalistische Studien – gibt es einen Goldstandard? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2004; 50:203-217.
14. Luty SE, Carter JD, Mckenzie JM, Rae AM, Frampton CMA, Mulder RT, Joyce PR. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 496-502.
15. Mayring P; Huber GL, Gürtler L, Kiegelmann M (Hrsg). *Mixed methodology in psychological research*. Sense Publishers, Rotterdam 2007.
16. Mertens W. Einige Überlegungen zur randomisierten klinischen Studie. Department Psychologie. Ludwig Maximilians Universität München (Quelle Online-Version 2008: 1-11).
17. Mey G. Stand und Perspektiven einer »Qualitativen Psychologie« (in Deutschland). Zur Einführung in den Themenschwerpunkt. *Journal für Psychologie* 2007; 15 (2).
18. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ, Buzaitis A, Cain KC, Fruin M, Tirschwell D, Teri L. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant: Living Well With Stroke: Randomized, Controlled Trial. *Stroke* 2009; 40 (9): 3073-3078.
19. Mödden C, Hildebrandt H. Poststroke Depression: Diagnose, Verlauf und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit. *Neurologie und Rehabilitation* 2008, 14 (4): 175-184.
20. Paolucci S. Epidemiology and Treatment of post-stroke depression. Review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008; 4 (1): 145-154.
21. Paolucci S. Escitalopram and problem solving therapy reduce the incidence of post-stroke depression. *Evid Based Ment Health* 2009; 12: 10.
22. Rasquin SMC, van Sande P, Praamsta AJ, van Heugten CM. Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility. *Neuropsychological Rehabilitation* 2009; 19 (2): 208-222.
23. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A, Small ST, Fonzetti P, Hegel M, Arndt S: Escitalopram and Problem-Solving Therapy for Prevention of Poststroke Depression: A Randomized Controlled Trial. NIH Public Access (Author Manuscript), *JAMA* 2008; 299 (20): 2391-2400.
24. Schramm E, Schneider D, Zobel I, van Calker D, Dykierk P, Kech S, Härter M, Berger M. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *J Affect Disord* 2008; 109 (1-2): 65-73.
25. Schramm E, van Calker D, Dykierk P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M. An intensive treatment program of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 768-777.
26. Starkstein SE, Mizrahi R, Power BD. Antidepressant therapy in post-stroke depression. *Exp Op on Pharmacotherapy* 2008; 9 (8): 1291-1298.
27. SVR. Gutachten. Kurzfassung (Quelle: Homepage des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen), 2003.
28. van Schaik, Digna JF, van Marwijk, Harm WJ, Beekman TF Aartjan, de Haan Marten, van Dyck Richard. Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 52. doi: 10.1186/1471-2296-8-52 (Published online).
29. Watkins CL, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, Jack CIA, Lightbody CE, Sutton CJ, van den Broek MD, Leathley MJ. Motivational Interviewing Early After Acute Stroke. *Stroke* 2007; 38: 1004-1009.
30. Watkins CL, French B. Psychological Intervention Poststroke: Ready for Action? *Stroke* 2009; 40: 2951-2952.
31. Williams LS, Kroenke K, Bakas T, Plue LD, Brizendine E, Tu W, Hendrie H: Care Management of Poststroke Depression: A Randomized, Controlled Trial. *Stroke* 2007; 38: 998-1003.
32. Zurhorst G. Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal* 2003, 2 (2): 97-104.

**Interessenvermerk:**

Es besteht kein Interessenkonflikt.

**Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Claudia Mödden  
 Rehabilitationszentrum Oldenburg  
 Neurologische Abteilung  
 Brandenburger Str. 31  
 26133 Oldenburg  
 E-Mail: neuropsychologie@rehazentrum-ol.de