

**vitos:**

Weil-Lahn

Ein Unternehmen des  
**LWV**Hessen

**Psychotherapie der Depressionen:  
Erste Schritte zur personalisierten  
Therapie der Persistierenden  
Depressiven Störung //**

**Priv. Doz. Dr. med. Dieter Schoepf  
Klinikdirektor KPP Vitos Klinikum Weil-Lahn  
Stellv. Ärztlicher Direktor Vitos Weil-Lahn**

**LVR Fokustagung 2020**

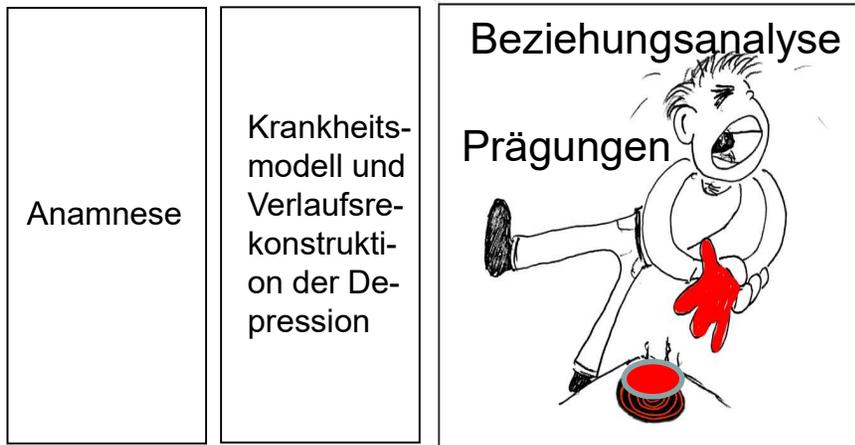
**Donnerstag, 23. Januar 2020, 11.15 Uhr – 12.15 Uhr**

<b>Agenda</b>	
➔	<b>Psychotherapiemodelle</b>
	Amerikanische Studien
	Europäische Studien
	Subgruppeneffekte CBASP vs SP und Implikationen
	Subgruppeneffekte CBASP vs ESC/CM und Implikationen

# Kernelemente des CBASP

## Erste Behandlungsphase

Erhebung „Stimulusinput“ - Einsatz kontingente persönliche Reaktion (KPR) sofort möglich



## Zweite Behandlungsphase

Die Therapiehypothese zeigt dem Therapeuten eine stattgefundenene „Hot Spot“ Situation an



Prägungen: Wie haben die prägenden Bezugspersonen FRÜHER das Leben des Patienten beeinflusst?

Therapiehypothese: Was passiert HEUTE in den Beziehungen des Patienten aufgrund seiner früheren Beziehungserfahrungen?

## Kernelemente der supportiven Psychotherapie

Aufbau einer zuverlässigen therapeutischen Beziehung, um den chronisch depressiven Patienten bei der Symptombewältigung und krankheitsbedingten Alltagsproblemen zu unterstützen



<b>Agenda</b>	
	Psychotherapiemodelle
➔	<b>Amerikanische Studien (NIMH-Studien)</b>
	Europäische Studien
	Subgruppeneffekte CBASP vs SP und Implikationen
	Subgruppeneffekte CBASP vs ESC/CM und Implikationen



Multizentrisch (11 Zentren), Cross-Over, US NIMH:

### Remission (ITT)

CBASP: 16 Std, 3 Monate (173/216)	33 %
Nefazodone: 12 CM, 3 Monate (167/220)	30 %
CBASP + Nefazodone: (179/226)	48 %

### Response (ITT)

CBASP: 16 Std, 3 Monate	48 %
Nefazodone: 12 Std + CM, 3 Monate	48 %

**CBASP + Nefazodone**

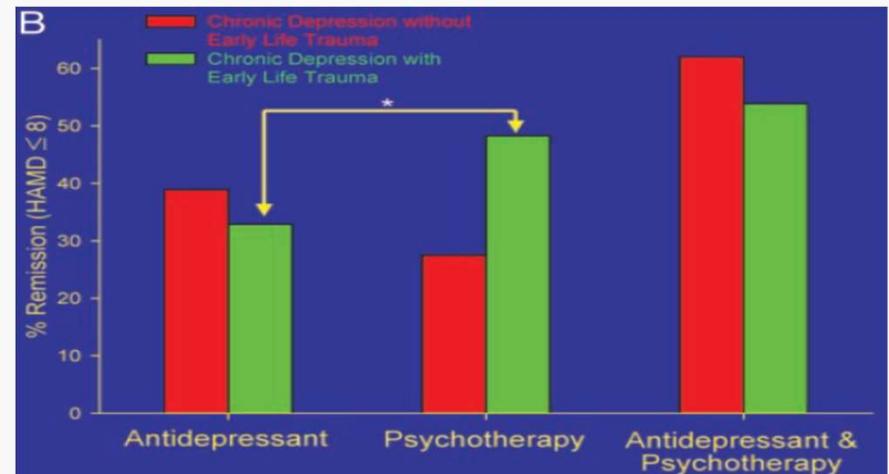
**73%**

## Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma

Charles B. Nemeroff<sup>1\*</sup>, Christine M. Heim<sup>2\*</sup>, Michael E. Thase<sup>1†</sup>, Daniel N. Klein<sup>3</sup>, A. John Rush<sup>4</sup>, Alan F. Schatzberg<sup>5</sup>, Phillip T. Ninan<sup>6\*</sup>, James P. McCullough, Jr.<sup>7\*</sup>, Paul M. Weiss<sup>8†</sup>, David L. Dunner<sup>9‡</sup>, Barbara O. Rothbaum<sup>10</sup>, Susan Kornstein<sup>11§</sup>, Gabor Keltner<sup>12¶</sup>, and Martin B. Keller<sup>13¶¶</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA 30322; <sup>2</sup>Department of Biostatistics, School of Public Health, Emory University, Atlanta, GA 30322; <sup>3</sup>Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA 15213; <sup>4</sup>Department of Psychology, State University of New York, Stony Brook, NY 11794; <sup>5</sup>Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX 75390; <sup>6</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305; <sup>7</sup>Department of Psychology, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA 23284; <sup>8</sup>Department of Psychiatry/Ambulatory Care, Virginia Commonwealth University Health System, Richmond, VA 23284; <sup>9</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Seattle, WA 98105; and <sup>10</sup>Department of Psychiatry, Brown University, Providence, RI 02906

Communicated by Wylie Vale, The Salk Institute for Biological Studies, La Jolla, CA, September 23, 2003 (received for review July 2, 2003)



### Quellen:

Keller M, McCullough JP, Klein DN et al. (Primäranalyse mit Kurz-FUP 2000)

Nemeroff CB, Heim, CM, Thase ME et al. (Sekundäranalyse – Completers – stratifiziert nach Entwicklungstrauma 2003)

## Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy and Brief Supportive Psychotherapy for Augmentation of Antidepressant Nonresponse in Chronic Depression: The REVAMP Trial

Arch Gen Psychiatry 2009; 66 (11): 1178 - 88

Published in final edited form as:

*J Consult Clin Psychol.* 2011 June ; 79(3): 342-352. doi:10.1037/a0023208.

## Social Problem Solving and Depressive Symptoms Over Time: A Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Brief Supportive Psychotherapy, and Pharmacotherapy

Daniel N. Klein,  
Department of Psychology, Stony Brook University

### Quellen:

Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO et al. (Primäranalyse ohne FUP 2009)

Klein DN, Leon AC, D'Zurilla TJ et al. (Sekundäranalyse - Completers - 2011)

Multizentrisch (9 Zentren), Augmentation, US NIMH :

### Remission (NR/PR - ITT)

+ CBASP: 12 Std, 3 Monate (175/200)	15 %
+ SYSP: 12 Std, 3 Monate (158/195)	15 %
+ Medikation: 12 CM Std, 3 Mon. (80/96)	15 %

### Total Response (NR/PR - ITT)

+ SYSP: 12 Std, 3 Monate	25 %
+ Medikation: 12 CM, 3 Monate	25 %

### + CBASP: 12 Std, 3 Monate

25%

Über die Gesamtstudienpopulation ist CBASP bei Patienten mit einer Präferenz für Pharmakotherapie, die initial mit AD behandelt werden, mit einer Therapieintensität von 12 Therapiestunden bei initialem Nichtansprechen supportiver Psychotherapie und Pharmakotherapie in der Reduktion depressiver Symptome nicht überlegen.

Die Arbeit mit der Situationsanalyse führt zu einer signifikant besseren Problemlösefähigkeit und sozialen Anpassung.

## Heterogene Studienlage

1. Die **erste NIMH geförderte Studie** zeigte ein hervorragendes Ansprechen des CBASP für die kombinierte Behandlung mit einem modernen Antidepressivum in einem „Cross-Over“ Design.
2. Die **NIMH geförderte Folgestudie** konnte in einem „Optimierungsdesign“ für initial unzureichendes Ansprechen auf medikamentöse antidepressive Behandlung diese Ergebnisse nicht replizieren.
3. Aufgrund der **Ergebnisheterogenität** waren weitere RCTs notwendig, die vor allem in den Zehner- und Zwanzigerjahren des neuen Jahrtausends in Europa durchgeführt wurden.

<b>Agenda</b>	
	Psychotherapiemodelle
	Amerikanische Studien
➔	<b>Europäische Studien (Auswahl)</b>
	Subgruppeneffekte CBASP vs SP und Implikationen
	Subgruppeneffekte CBASP vs ESC/CM und Implikationen

## The Effectiveness of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial

Jenneke E. Wiersma<sup>a</sup> Digna J.F. Van Schaik<sup>a</sup> Adriaan W. Hoogendorn<sup>a</sup>  
Jack J. Dekker<sup>b</sup> Hendrikus L. Van<sup>b</sup> Robert A. Schoevers<sup>c</sup> Marc B.J. Blom<sup>d</sup>  
Kristel Maas<sup>d</sup> Johannes H. Smit<sup>a</sup> James P. McCullough Jr.<sup>e</sup>  
Aartjan T.F. Beekman<sup>a</sup> Patricia Van Oppen<sup>a</sup>

### Holland, trizentrisch, naturalistisch, 2-armig:

#### Remission (initial 142, completers 104/139)

AD + CAU: 23 Std/12 Monate 9 %  
AD + CBASP: 23 Std/12 Monate 26 %

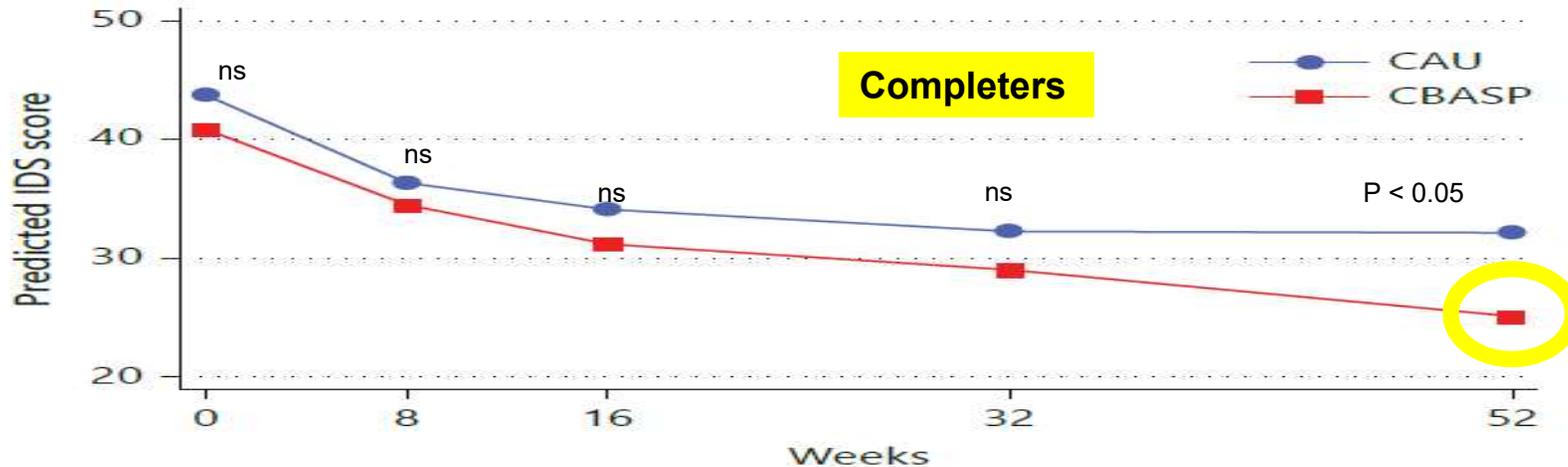
#### Total Response (initial 142, completers 104/139)

AD + CAU: 23 Std/12 Monate 19 %

**AD + CBASP: 23 Std/12 Monate**

**41 %**

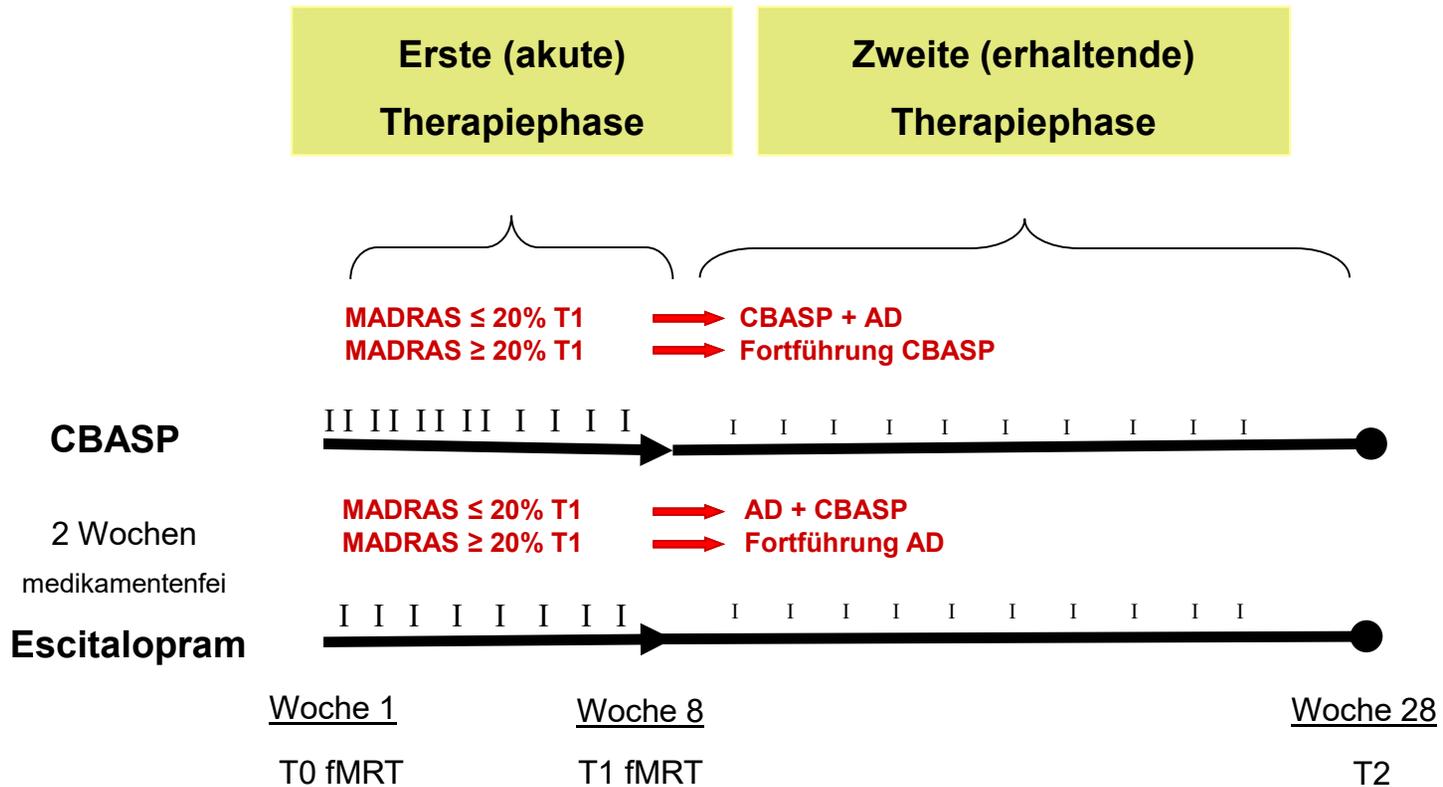
ITT: Keine sign. Unterschiede



Quelle:

Wiersma JE, Van Schaik DJF, Hoogendorn AW ....  
Van Oppen P (Primäranalyse **2014**), LZ-FUP (**2019**)

## Studiendesign CBASP- I



Quelle:

Schramm E, Zobel I, Schoepf D ... Normann C (Primäranalyse **2015**), Langzeit-FUP (**2017**)

Regular Article

Psychotherapy  
and Psychosomatics

Psychother Psychosom 2015;84:227-240  
DOI: 10.1159/000381957

Received: October 17, 2014  
Accepted after revision: March 30, 2015  
Published online: May 23, 2015

### Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression

Elisabeth Schramm<sup>a</sup> Ingo Zobel<sup>b</sup> Dieter Schoepf<sup>c</sup> Thomas Fangmeier<sup>a</sup>  
Knut Schnell<sup>e</sup> Henrik Walter<sup>f</sup> Sarah Drost<sup>d</sup> Paul Schmidt<sup>a</sup>  
Eva-Lotta Brakemeier<sup>g</sup> Mathias Berger<sup>a</sup> Claus Normann<sup>a</sup>

**Deutschland, bizenstrisch, 2-armig, cross over:**

**Remission (ITT)**

CBASP: 22 Std/28 Wochen (19/60) 37%  
ESC: 18 CM/28 Wochen (20/60) 50%  
CBASP/ESC (20/60) 30%

**Total Response (ITT)**

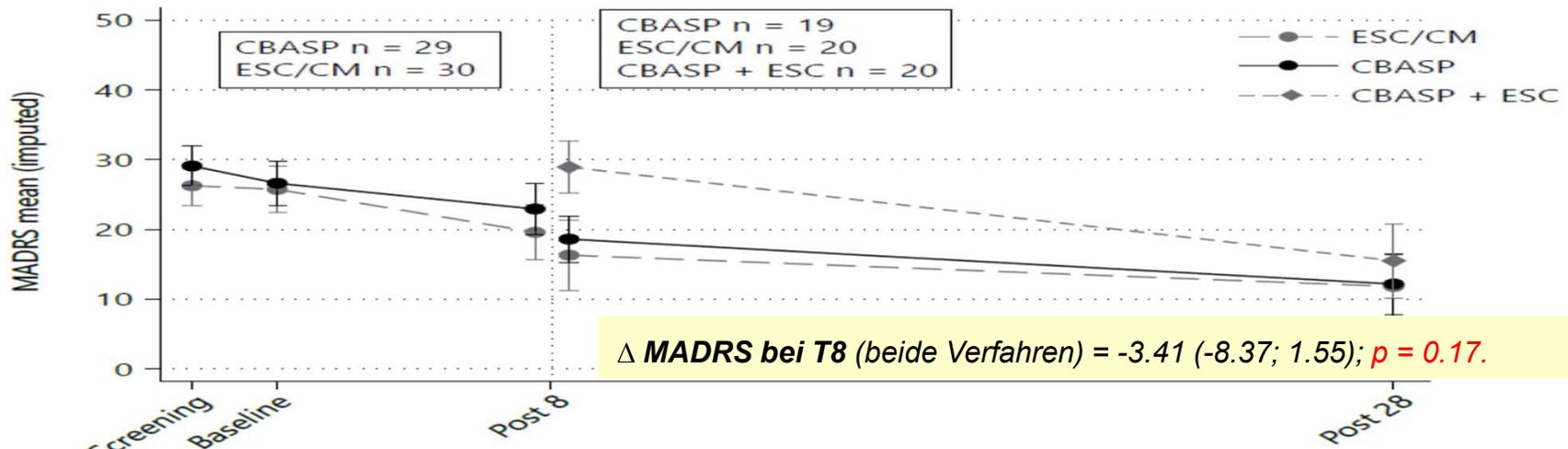
ESC: 18 CM/28 Wochen 60%

**CBASP: 22 Std/28 Wochen**

**68 %**

**CBASP/ESC**

**45 %**



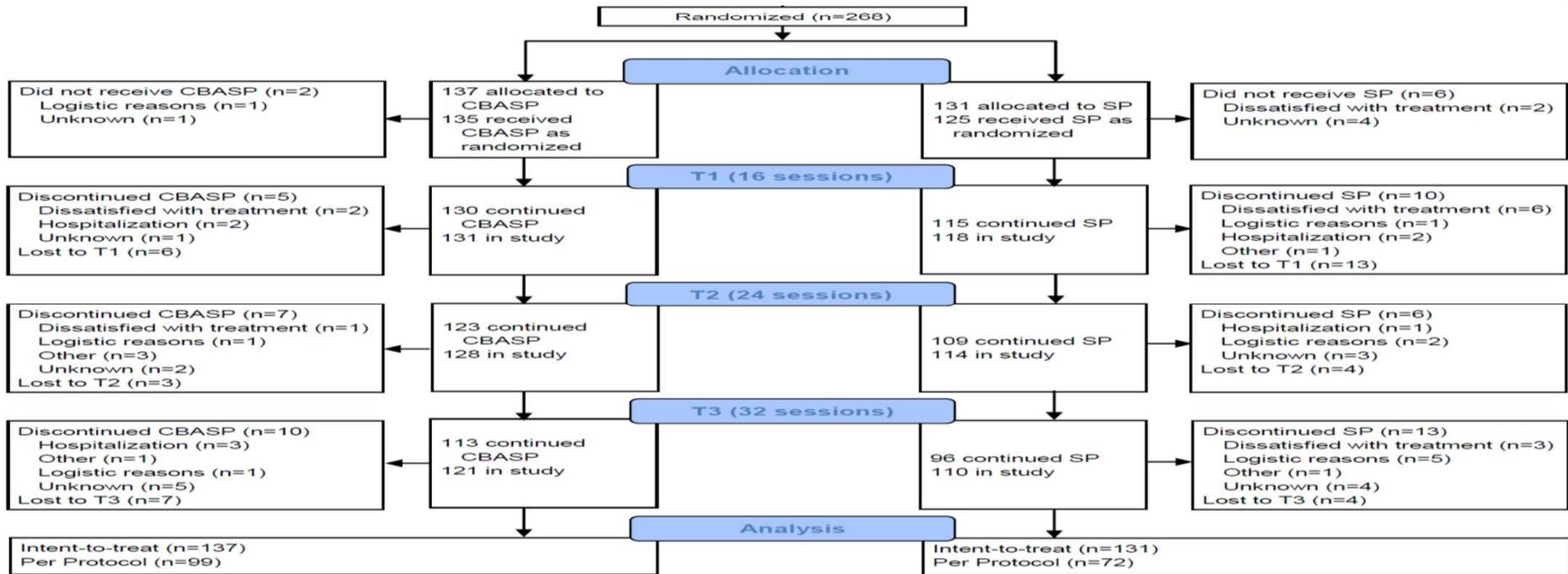
Quelle:

Schramm E, Zobel I, Schoepf D ... Normann C (Primäranalyse **2015**), Langzeit-FUP (**2017**)

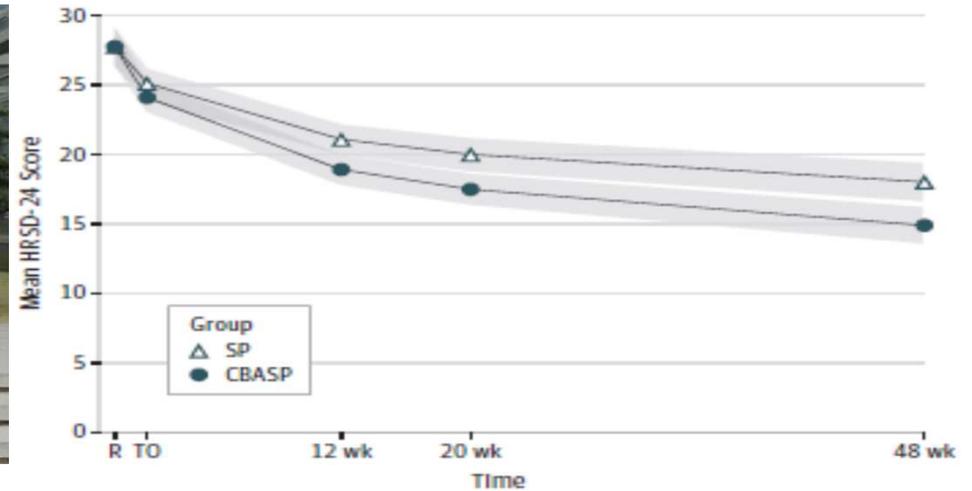
JAMA Psychiatry | Original Investigation

# Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression A Randomized Clinical Trial

Elisabeth Schramm, PhD; Levente Kriston, PhD; Ingo Zobel, PhD; Josef Bailer, PhD; Katrin Wambach, PhD; Matthias Backenstrass, PhD; Jan Philipp Klein, MD; Dieter Schoepf, MD; Knut Schnell, MD; Antje Gumz, MD; Paul Bausch, MSc; Thomas Fangmeier, PhD; Ramona Meister, MSc; Mathias Berger, MD; Martin Hautzinger, PhD; Martin Härter, MD, PhD



Die Effektstärke der Überlegenheit von CBASP vs. SYSP ist in der Hauptanalyse bei Woche 48 mit  $d = 0.39$  klein, d.h. der Zusatznutzen ist eher statistisch als klinisch bedeutsam über die Gesamtgruppe.



	Number (Percent)				
Outcome	CBASP (n=137)	SP (n=131)	OR [95% CI]	p	NNT
<b>Response</b>					
Start	6 (4.4)	4 (3.1)	1.45 [0.40 - 5.28]	0.75	75
12 weeks	28 (20.4)	19 (14.5)	1.51 [0.80 - 2.87]	0.20	17
20 weeks	48 (35.0)	28 (21.4)	1.98 [1.15 - 3.42]	0.01	7
48 weeks	67 (48.9)	46 (35.1)	1.77 [1.08 - 2.89]	0.02	7
<b>Remission</b>					
Start	2 (1.5)	0 (0.0)	n.a.	0.50	69
12 weeks	12 (8.8)	5 (3.8)	2.42 [0.83 - 7.07]	0.10	20
20 weeks	27 (19.7)	14 (10.7)	2.05 [1.02 - 4.11]	0.04	11
48 weeks	44 (32.1)	28 (21.4)	1.74 [1.00 - 3.02]	0.05	9

## ITT Studienpopulation

### Predictors and Moderators of Remission with CBASP versus Supportive Psychotherapy in early-onset chronic depression: - Preliminary results of a secondary analysis -

**Ilinca Serbanescu<sup>1,2</sup>; Anne Saalfeldt<sup>1</sup>; Jan Philipp Klein<sup>3</sup>; Nele Erkens<sup>3</sup>; Henrik Walter<sup>4</sup>; Sarah Drost<sup>1</sup>; Knut Schnell<sup>5</sup>; Peter Neudeck<sup>6</sup>;  
Magdalena Groß<sup>1</sup>; Ingo Zobel<sup>7</sup>; Henrik Kessler<sup>8</sup>; Martin Hautzinger<sup>9</sup>; Ramona Meister<sup>10</sup>; Martin Härter<sup>10</sup>; Elisabeth Schramm<sup>11</sup>; Dieter  
Schoepf<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, CBASP Centre of Competence, University of Bonn, Bonn, Germany, <sup>2</sup>Department of Epileptology/Center for Economics & Neuroscience, University of Bonn, Bonn, Germany, <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Lübeck University, Lübeck, Germany, <sup>4</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité Berlin, Berlin, Germany, <sup>5</sup>Department of Psychiatry, Asklepios Clinics Göttingen, Göttingen, Germany, <sup>6</sup>Academy for Behavioral Therapy Cologne, Cologne, Germany, <sup>7</sup>Psychology School, Fresenius University of Applied Sciences Berlin, Berlin, Germany, <sup>8</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Ruhr-University Bochum, Bochum, Germany, <sup>9</sup>Department of Psychology, Clinical Psychology, and Psychotherapy, Eberhard Karls University Tübingen, Tübingen, Germany, <sup>10</sup>Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg-Eppendorf, Germany, <sup>11</sup>Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany

**Contact information of corresponding author: [ilinc.serbanescu@ukbonn.de](mailto:ilinc.serbanescu@ukbonn.de)**

## Prädiktoren

Im Vergleich zwischen remittierten und nicht-remittierten Patienten prädizierten:

- ➔ höhere Depressionswerte,
- ➔ ein höherer Grad an Suizidalität und interpersonaler Problematik,
- ➔ ein höherer Grad an körpernahen Angst- und phobischen Symptomen,
- ➔ sowie Misshandlungen in der Kindheit (alle Traumaformen),
- ➔ und vorherige psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlungen mit Antidepressiva

**bei Therapiebeginn spätere Non-Remission (syndromal).**

**Die Ergebnisse der anschließenden Faktorenanalyse in Verbindung mit dem finalen Regressionsmodell deuten auf eine multifaktorielle Interaktion zwischen psychopathologischen Symptomen und Kindesmiss-handlungen hin, die zum persistierenden Verlauf der chronischen Depression beitragen.**

## Fazit-I

1. **Europäische Studien** haben mittlerweile die Wirksamkeit des CBASP in der Behandlung der Persistierenden Depressiven Störung in Deutschland und Holland bewiesen und einen statistisch signifikanten Zusatznutzen des CBASP gegenüber der supportiven Psychotherapie in einer großen Multizenterstudie über 48 Wochen gezeigt.
2. Die **Ergebnisse** der deutschen CBASP vs. SP Multicenterstudie weisen darauf hin, dass es sich bei der Persistierenden Depressiven Störung um eine heterogene Population handelt, die in Abhängigkeit von klinischen Merkmalen unterschiedlich auf verschiedene Behandlungsinterventionen anspricht.
3. Eine **Prädiktorenanalyse** derselben Studie hat gezeigt, dass eine multifaktorielle Interaktion zwischen psychopathologischen Symptomen und Kindesmisshandlungen zum persistierenden Verlauf der chronischen Depression mit frühem Beginn beiträgt.

**Agenda**

Therapiemodell

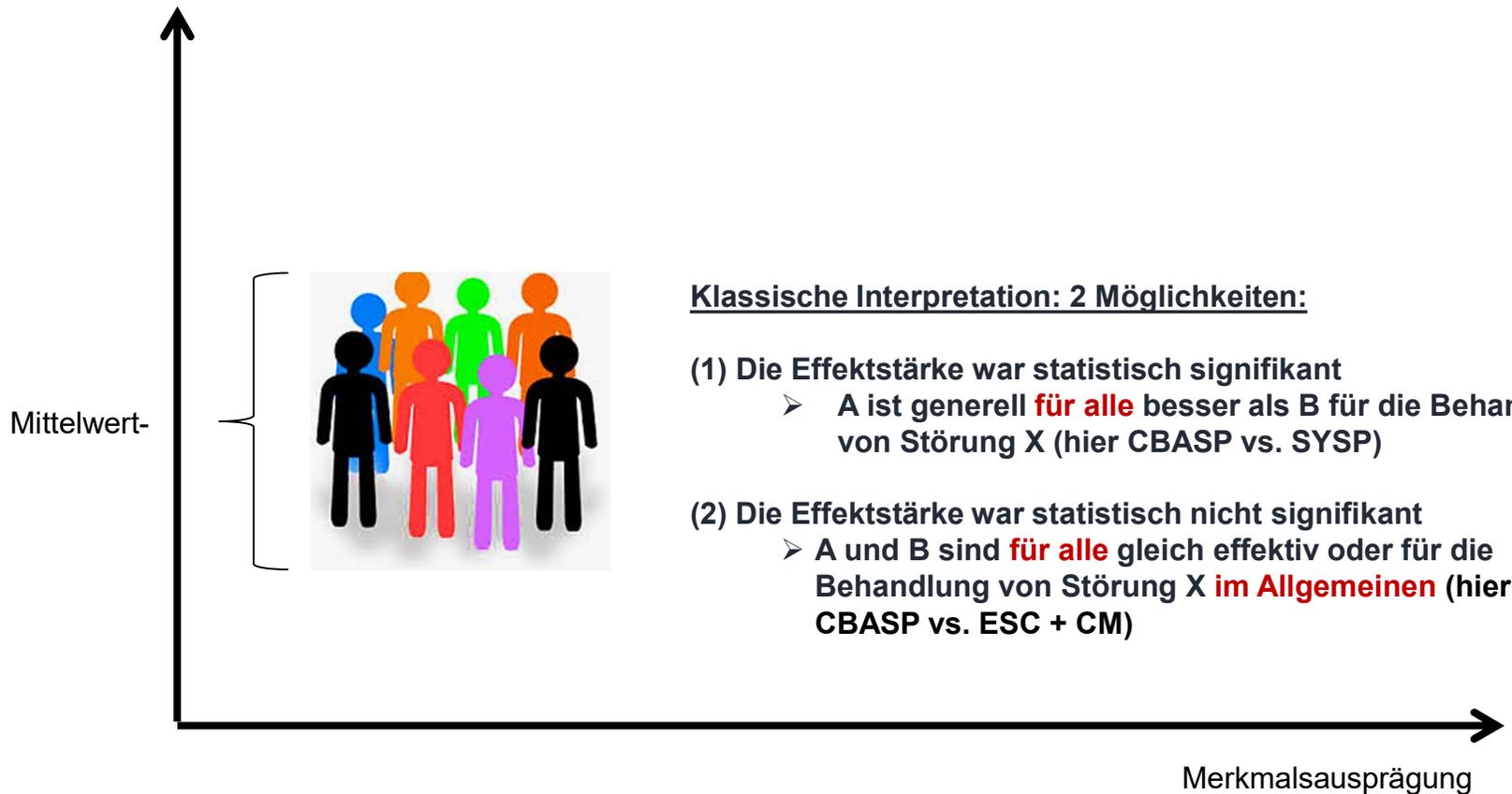
Relevante Amerikanische Studien

**Why Does the Randomized Clinical Trial Methodology  
So Often Mislead Clinical Decision Making?  
Focus on Moderators and Mediators of Treatment**

Helena Chmura Kraemer, PhD; and Robert D. Gibbons, PhD

Die in einem RCT berichtete Effektstärke ist lediglich ein Mittelwert

$\Delta$  (Ergebnis Behandlung A – Ergebnis Behandlung B)

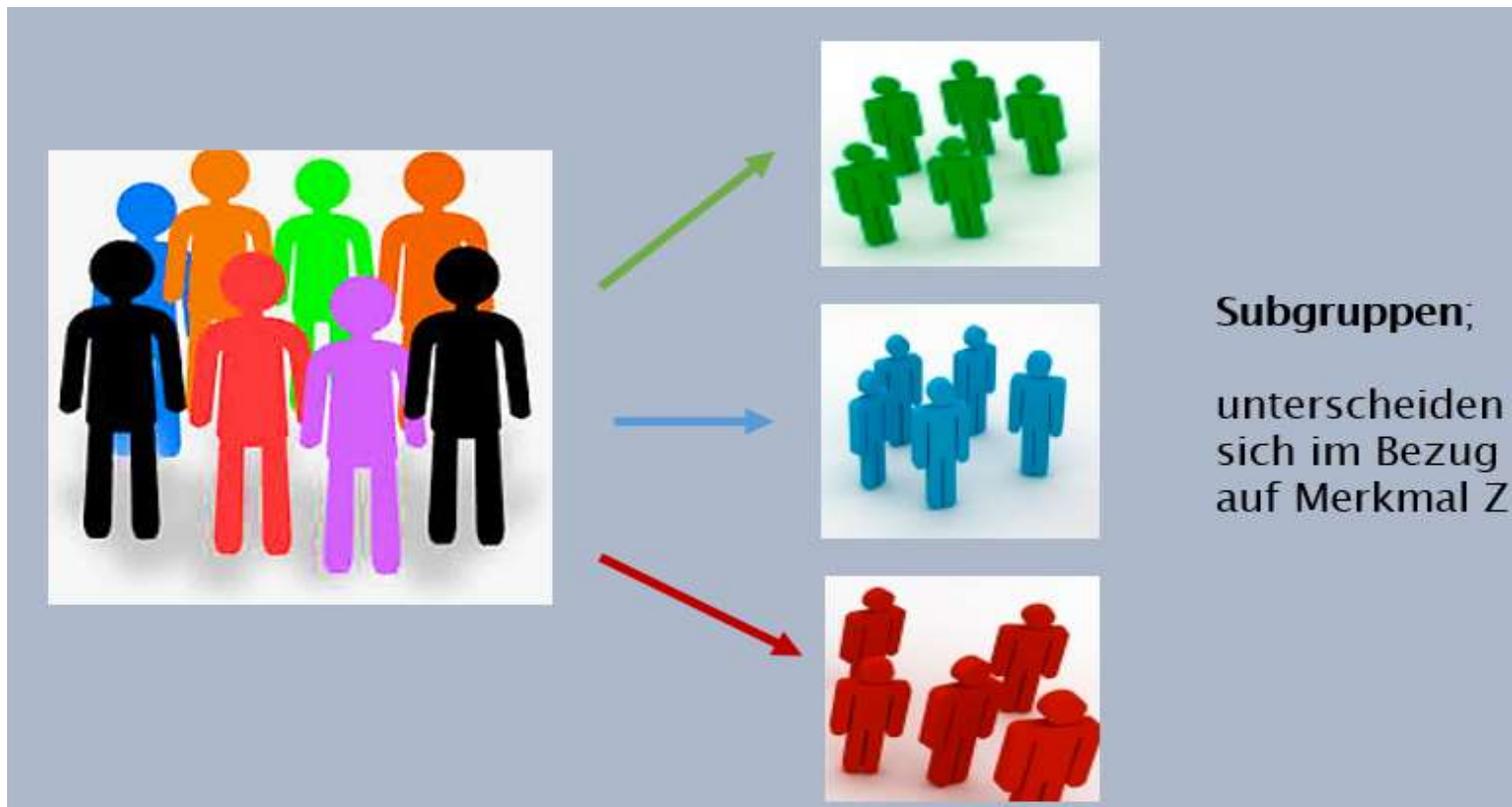


**In der Regel sind aber versteckte Subgruppeneffekte anzunehmen**

$\Delta$  (Ergebnis Behandlung A – Ergebnis Behandlung B)



Somit kann die Unterschiedlichkeit in der Wirkung zweier Behandlungen von Patienten zu Patienten in Abhängigkeit von seinen individuellen Merkmalen/Charakteristika variieren!



## Subgruppeneffekte CBASP vs. SYSP (48 Wochen)

**Frage 1:** Ist die supportive Psychotherapie bei einer Subgruppe von Patienten mit Persistierender Depressiver Störung wirksamer als die störungsspezifische Psychotherapie (CBASP)?

**Frage 2:** Wenn Ja, wie unterscheiden sich die Patienten beider Gruppen phänomenologisch in Ihren Merkmalen?

Behaviour Research and Therapy 124 (2020) 103512

---

Contents lists available at [ScienceDirect](#)



### Behaviour Research and Therapy

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/brat](http://www.elsevier.com/locate/brat)



---

Combining baseline characteristics to disentangle response differences to disorder-specific versus supportive psychotherapy in patients with persistent depressive disorder



Ilinca Serbanescu<sup>a,b,\*</sup>, Henrik Walter<sup>c</sup>, Knut Schnell<sup>d</sup>, Henrik Kessler<sup>e</sup>, Bernd Weber<sup>f</sup>, Sarah Drost<sup>f</sup>, Magdalena Groß<sup>f</sup>, Peter Neudeck<sup>f</sup>, Jan Philipp Klein<sup>g</sup>, Nele Assmann<sup>g</sup>, Matthias Backenstrass<sup>i,j</sup>, Martin Hautzinger<sup>k</sup>, Ramona Meister<sup>l</sup>, Martin Härter<sup>l</sup>, Elisabeth Schramm<sup>m</sup>, Dieter Schoepf<sup>f,n</sup>





## Methodologie

1. Es wurde der ggw. **effektivste Ansatz in der modernen Moderatorenforschung** eingesetzt: Der zusammengesetzte Moderatorenansatz  $M^*$  (Kraemer, 2013) kombiniert mit zwei maschinellen Lernalgorithmen (Lasso-Regression, 10-fache Kreuzvalidierung mit Tuning-Parameter  $\lambda$  zur Regularisierung der Merkmalsgewichtung).
2. Durch den Einsatz der **maschinellen Lernalgorithmen** war die Auswahl der Einzelmerkmale (Moderatoren) weniger stichprobenabhängig (und damit repräsentativer) als z.B. bei der klassischen Faktorenanalyse.
3. Als **abhängige Variable** wurde hier die prozentuale Differenz der HRSD-24-Werte bei Behandlungsbeginn (T0) und Behandlungsende (T48), d.h. das Responsekriterium, angewendet.

## Zum Phänotyp (Merkmale = potentielle Moderatoren)



### Sozio-Demographie

- **Geschlecht, Alter, Bildung, Arbeitsverhältnis, partnerschaftlicher Status**



### Kindheitstrauma

- **Moderat-schwerer Missbrauch** (emotional, körperlich o. sexuell) o. Vernachlässigung (emotional/körperlich) vor dem 18-ten Lebensjahr



### Frühere Behandlungen

- Antidepressiva, Psychotherapie, Kombinationstherapie, stat. Aufenthalte; Response u. Resistenz auf frühere Behandlungsversuche



### Klinische Merkmale

- **Depressionsschwere, Onset-Typ, Subtyp, psychische Komorbidität** (Achse I u. II DSM-IV), **interpersonelle Probleme**, Anzahl Suizidversuche



### Funktionsniveau

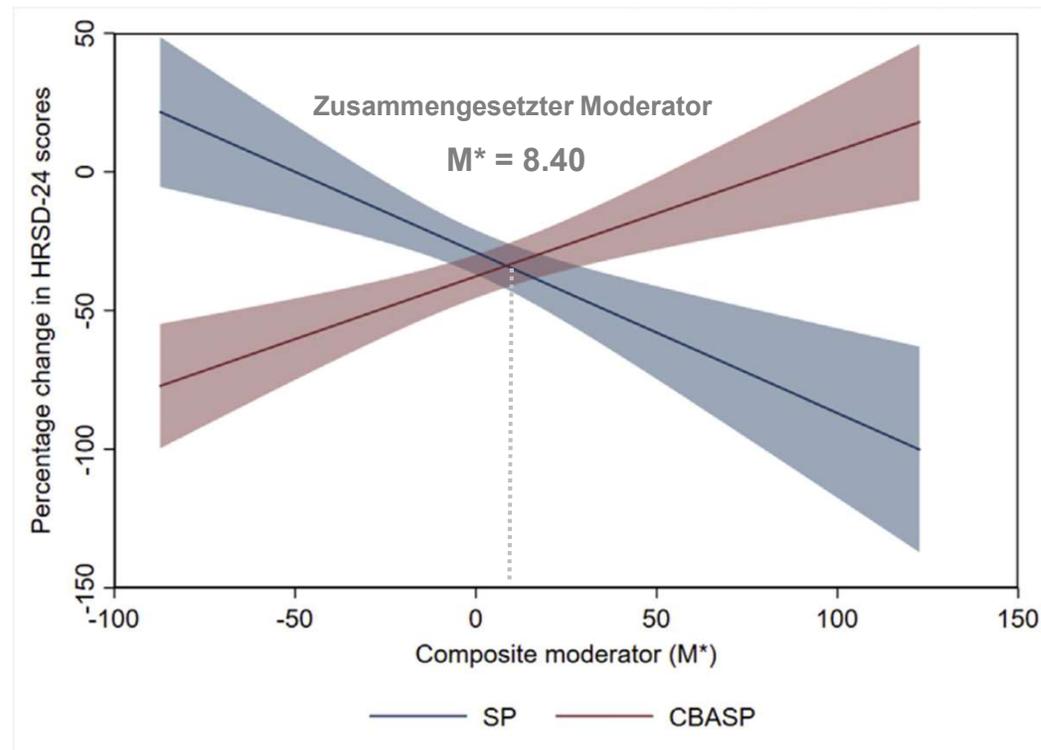
- Soziale Beziehungen, **globales Funktionsniveau**, Lebensqualität, Lebensbedingungen, soziale Unterstützung, körperliche Gesundheit

## Statistisch (relativ) stichprobenunabhängige Analyse

### Ergebnis 1: Interaktion von $M^*$ und Behandlung auf die % HRDS-24-Wert Differenz (prä/post)

$n = 139/237$  (58.7%) Fälle würden stärker von CBASP als von SP profitieren. Cohen's  $d = 0.57$

$n = 98/237$  (41.3%) Fälle würden stärker von SP als von CBASP profitieren. Cohen's  $d = -0.29$



## Statistisch (relativ) stichprobenunabhängige Analyse

### Ergebnis 2: Wie unterscheiden sich beide Subgruppen klinisch?

#### **Stärkere Wirksamkeit von CBASP (Subgruppe A)**

Weiblich, geschieden oder verwitwet, älter,  
arbeitslos, länger depressiv, mehr interperso-  
nelle Probleme und psychische Komorbidität

Baselinewerte (Depression/Angst) höher

„Kindesmisshandlung“ (alle 5 Formen)

Antidepressiva-, PT- und Kombinationsthera-  
pien, stationäre Vorbehandlungen

#### **Stärkere Wirksamkeit von SP (Subgruppe B)**

Jünger

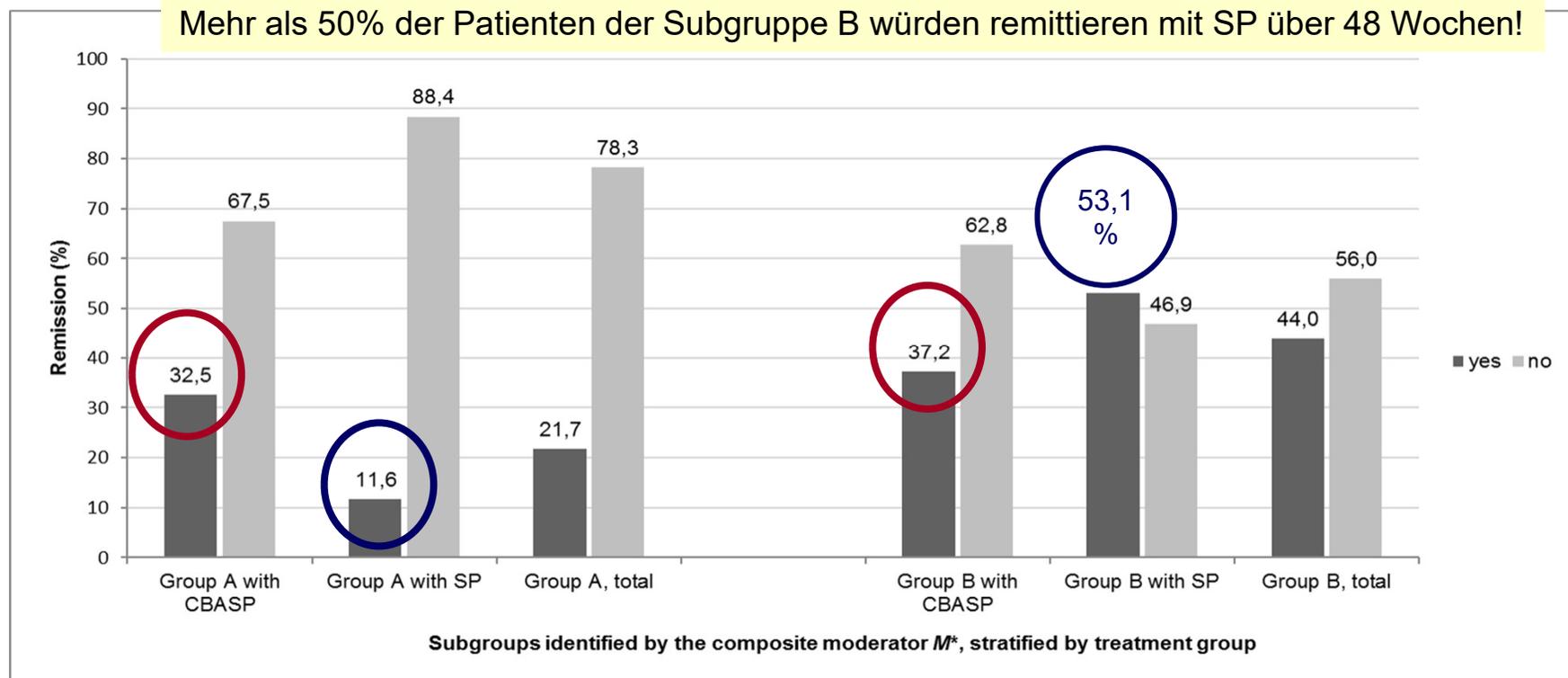
Rezidivierende depressive Störung mit un-  
vollständiger Remission im Intervall

Höheres soziales und globales Funktions-  
niveau vor der Behandlung

Höhere Lebensqualität vor der Behandlung

## Statistisch (relativ) stichprobenabhängige Analyse

Geschätzte Remissionsraten stratifiziert nach den zwei Subgruppen (HRSD-24-Wert  $\leq 8$  in Woche 48)



## Fazit-II

1. **Aus Sicht der personalisierten Therapie** spricht die Persistierende Depressive Störung mit Beginn vor dem 21. Lebensjahr in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression und dem Ausmaß an traumatischer Last tatsächlich deutlich unterschiedlich auf störungsspezifische und supportive Psychotherapie an.

➤ Hypothese, die im Rahmen neuer RCTs überprüft werden sollte!

2. **Von psychotherapeutischer Seite ist zu schlussfolgern:** Je höher das Ausmaß an interpersoneller Angst und Traumatisierung ist, desto stärker sollte das Inhibitionslernen im spezifischen interpersonellen Problembereich optimiert werden.

3. **In Bezug auf die Bildgebungsdaten gilt:** Die funktionellen DFG geförderten f-MRT Daten (System-Mapping) sollten nach Subgruppenanalysen stratifiziert und ausgewertet werden!

<b>Agenda</b>	
	Therapiemodell
	Amerikanische Studien
	Europäische Studien
	Subgruppeneffekte CBASP vs SP und Implikationen
➔	<b>Subgruppeneffekte CBASP vs ESC/CM und Implikationen</b>

# CBASP vs ESC/CM Moderatorenanalyse

**Regular Article**

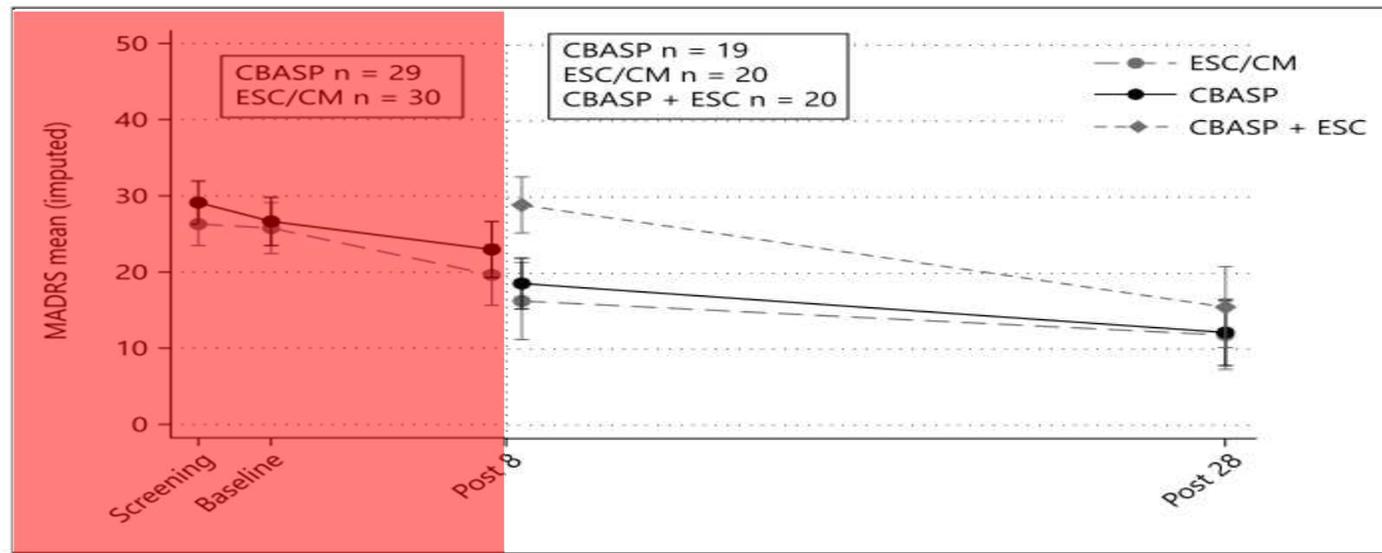
Psychotherapy  
and Psychosomatics

Psychother Psychosom 2015;84:227–240  
DOI: 10.1159/000381957

Received: October 17, 2014  
Accepted after revision: March 30, 2015  
Published online: May 23, 2015

## Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression

Elisabeth Schramm<sup>a</sup> Ingo Zobel<sup>b</sup> Dieter Schoepf<sup>c</sup> Thomas Fangmeier<sup>a</sup>  
Knut Schnell<sup>e</sup> Henrik Walter<sup>f</sup> Sarah Drost<sup>d</sup> Paul Schmidt<sup>a</sup>  
Eva-Lotta Brakemeier<sup>g</sup> Mathias Berger<sup>a</sup> Claus Normann<sup>a</sup>



## Subgruppeneffekte Akutbehandlung

**Frage 1: Sind CBASP und Escitalopram tatsächlich äquivalent wirksam in der Akutbehandlung von Patienten mit chronisch majorer Depression oder gibt es Subgruppeneffekte?**

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram as acute treatments for Chronic Depression: What works for whom?

Ilinca Serbanescu, MSc<sup>1,2</sup>; Bernd Weber, MD<sup>1,2</sup>; Elisabeth Schramm, PhD<sup>3</sup>; Henrik Walter, MD, PhD<sup>4</sup>; Knut Schnell, MD<sup>5</sup>; Sarah Drost, PhD<sup>6</sup>; Ingo Zobel, PhD<sup>7</sup>; Thomas Fangmeier, PhD<sup>3</sup>; Claus Normann, MD<sup>3</sup>; Dieter Schoepf, MD<sup>6,8</sup>

**Frage 2: Wenn Ja, wie unterscheiden sich die Subgruppen phänomenologisch in Ihren Merkmalen?**

**Table 3.** Remission and response rates for Post8

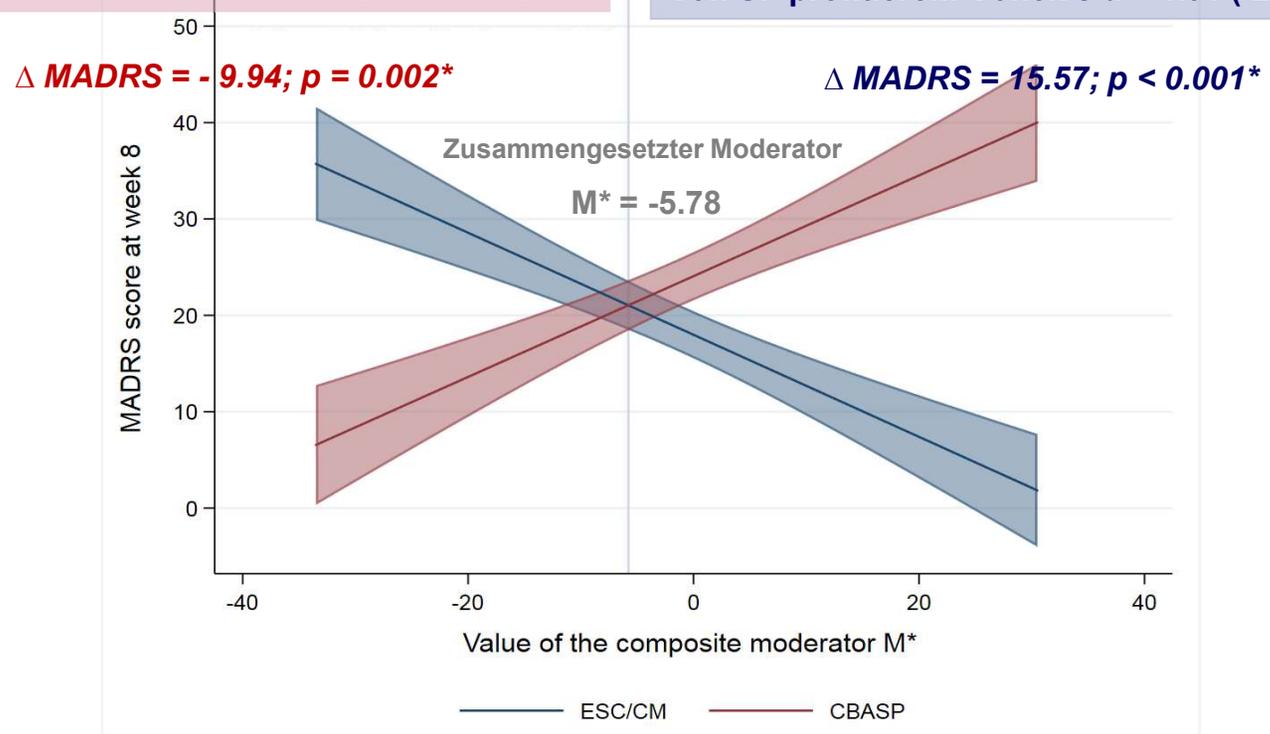
		Post8	
		% of n	FET, p
Remission (MADRS ≤9)	CBASP	3.4 (29)	0.195
	ESC/CM	16.7 (30)	
Response (≥50% improvement from baseline)	CBASP	6.9 (29)	0.080
	ESC/CM	26.7 (30)	

## Statistisch (relativ) stichprobenabhängige Analyse

### Ergebnis 1: Interaktion von $M^*$ und Behandlung auf den MADRS-Wert bei Woche 8

**$n = 20/47$  (42.6%) würden stärker von CBASP als von ESC/CM profitieren. Cohen's  $d = -1.63$  (0.59 - 2.64)**

**$n = 27/47$  (57.5%) würden stärker von ESC/CM als von SP profitieren. Cohen's  $d = 1.91$  (-2.81 - 0.97)**



## Statistisch (relativ) stichprobenabhängige Analyse

### Ergebnis 2: Vergleich der zwei Subgruppen

**Stärkeres Ansprechen auf CBASP  
(Subgruppe A)**

**Früher Krankheitsbeginn**

**Rezidivierender Krankheitsverlauf**

**Antidepressiva Vorbehandlungen**

**Höheres Funktionsniveau bei T0**

**Stärkeres Ansprechen auf ESC/CM  
(Subgruppe B)**

**Suizidversuche in der Vorgeschichte**

**Geschieden, weiblich, höhere Bildung**

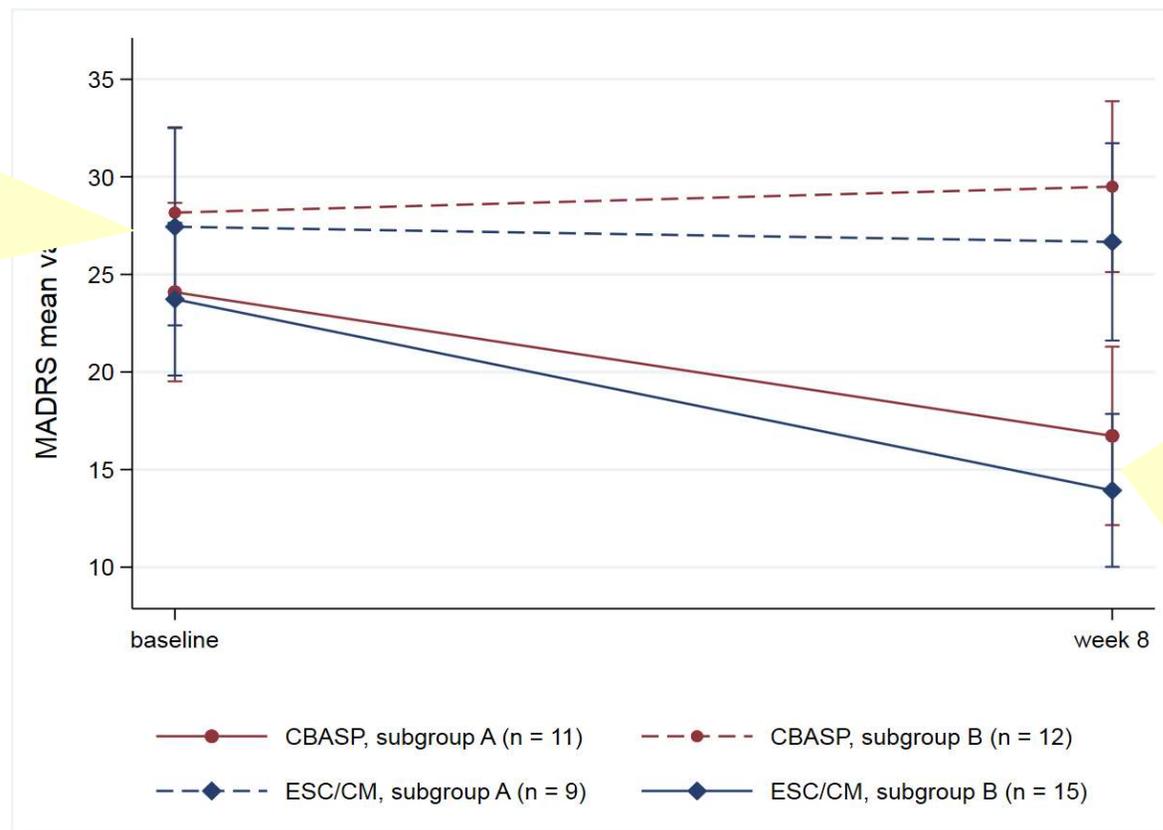
**Häufiger „Double Depression“**

**Stärkere Depressionsschwere bei T0**

## Depressionsschwere graphisch (MADRS-Summenwerte)

### Tatsächliche Unterschiede (T0-T8) stratifiziert nach Subgruppen

Patienten, die nicht mit dem geeigneten Verfahren behandelt wurden, zeigten keine Abnahme der Depressionswerte im MADRS



100% der Patienten, die bei Woche 8 remittiert waren (MADRS-Wert  $\leq 9$ ), wurden mit dem geeigneten Verfahren behandelt (fünf Fälle ESC/CM und ein Fall CBASP)

## Depressionsschwere tabellarisch (MADRS-Summenwerte)

### Unterschiede im zeitlichen Verlauf (T0-T8) stratifiziert nach Subgruppen

	Baseline	Week 8	Week 8 vs. baseline		
	MADRS, mean (SD)	MADRS, mean (SD)	$\Delta$ MADRS (95% CI)	SE	<i>P</i> value
CBASP, subgroup A	24.09 (7.80)	16.73 (5.83)	-7.36 (-12.98; -1.74)	2.87	0.01
CBASP, subgroup B	28.17 (9.11)	29.50 (8.12)	1.33 (-4.05; 6.71)	2.75	0.63
ESC/CM, subgroup A	27.44 (9.13)	26.67 (6.40)	-0.78 (-6.99; 5.44)	3.17	0.81
ESC/CM, subgroup B	23.73 (8.89)	13.93 (8.19)	-9.80 (-14.61; -4.99)	2.46	<0.001

## Fazit-III

1. **Die frühere Schlussfolgerung**, dass CBASP und ESC/CM bei chronisch depressiven Patienten klinisch äquivalent wirksam ist, wird für die akute Behandlungsphase durch die Moderatorenanalyse in Frage gestellt.
2. Die **Moderatorenanalyse deutet auf 2 Subpopulationen** mit unterschiedlichem Ansprechverhalten in der akuten Behandlungsphase hin. Auch dieser Befund bestätigt, dass es sich bei chronischen Depressionen um eine heterogene Klientel handelt.
  - **Hypothese, die im Rahmen neuer RCTs überprüft werden sollte!**
3. **Personalisierte Behandlungsempfehlungen** sollten zukünftig auf der Grundlage von zusammengesetzten (und nicht von einzelnen) Moderatoren erstellt werden.
4. Die **funktionellen f-MRT Daten** (System-Mapping) sollten entsprechend von Subgruppenanalysen stratifiziert und erneut ausgewertet werden.



Priv. Doz. Dr. med.

**Dieter Schoepf**

Psychiatrie & modulare Psychotherapie

