



---

UniversitätsKlinikum Heidelberg



# Zur Psychotherapie der Depression - State of the Art und Zukunftsperspektiven-

**Henning Schauenburg**

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische  
Medizin, Universität Heidelberg



# Depressive Störungen- Themenübersicht

- Auftreten und Identifizierung
- Depression und Persönlichkeit
- Depressionsbehandlung in der Praxis
- Psychotherapie oder Pharmakotherapie
- Was machen Psychotherapeuten?
- Wirkfaktoren der Psychotherapie



## **Hauptsymptome einer depressiven Episode (nach ICD-10)**

- Depressive Stimmung (ungleich Trauer)
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
  
- Mind. über 14 Tage



## Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
  - Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
  - Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
  - Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
  - Suizidgedanken oder -handlungen
  - Schlafstörungen
  - verminderter Appetit
- 
- Schweregrad:
    - Leicht: 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome
    - Mittelgradig: 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome
    - Schwer: 3 Hauptsymptome +  $\geq$  4 Zusatzsymptome



## „Somatische“ Symptome

- Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten
- Mangelnde emotionale Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse
- Frühmorgendliches Erwachen
- Morgendliches Stimmungstief
- Psychische und körperliche Hemmung oder Agitiertheit
- Deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust
- Deutlicher Libidoverlust



## **Gründe für Nichtbehandlung von depressiven Erkrankungen**

- **Nichterkennen durch Ärzte etc.**
- **Scheu vor Ansprechen durch Ärzte**
- **Angst vor Stigmatisierung**
- **Tendenz der Patienten zu „Selbstmissachtung“**
- **Resignation**
- **...**



## Screeningfragen (WHO)

- 1. Fühlten Sie sich im den letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die sie sonst gerne tun?
  
- Sensitivität 96%!



# Epidemiologie



# Prävalenzen depressiver Störungen

Depressive Episoden (ICD-10 F 32.1)	Jahresprävalenz	10,7%
	Punktprävalenz	5,6 %
	Lebenszeitpräval.	17,1%

Bipolare Störungen

Lebenszeitpräval. 1%

(Angenommen werden noch einmal so viele „subklinisch“ depressive Pat. mit hohem Erkrankungsrisiko)

(Bundesgesundheitssurvey 1999)



## Alter, Geschlecht, Risikofaktoren

Lebenszeitprävalenz: Frauen 25,0 %  
Männer 12,3 %

Prävalenz bei über 40-jährigen: Frauen %  
Männer

(Bundesgesundheitsurvey 1999)

Trend: Ersterkrankungsalter sinkt stetig!

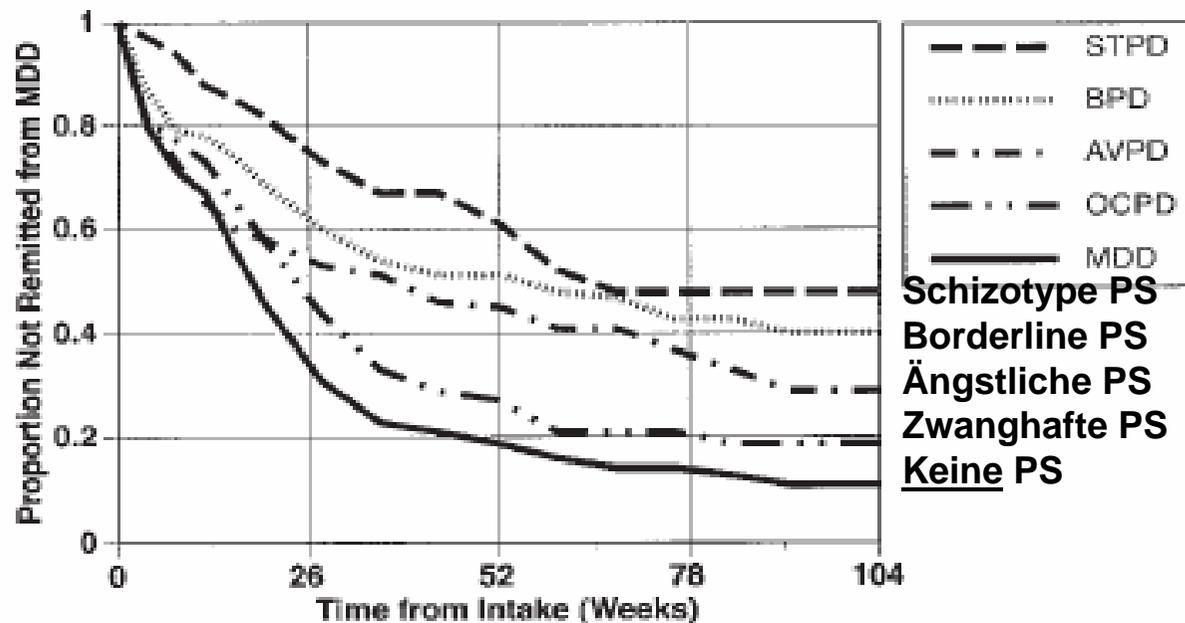
Epidemiologische Hauptrisikofaktoren:

Soziale Schicht, Beschäftigungsstatus, Stadtbevölkerung



## Risikofaktor Persönlichkeit: Naturalistischer Verlauf depressiver Erkrankungen

Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)



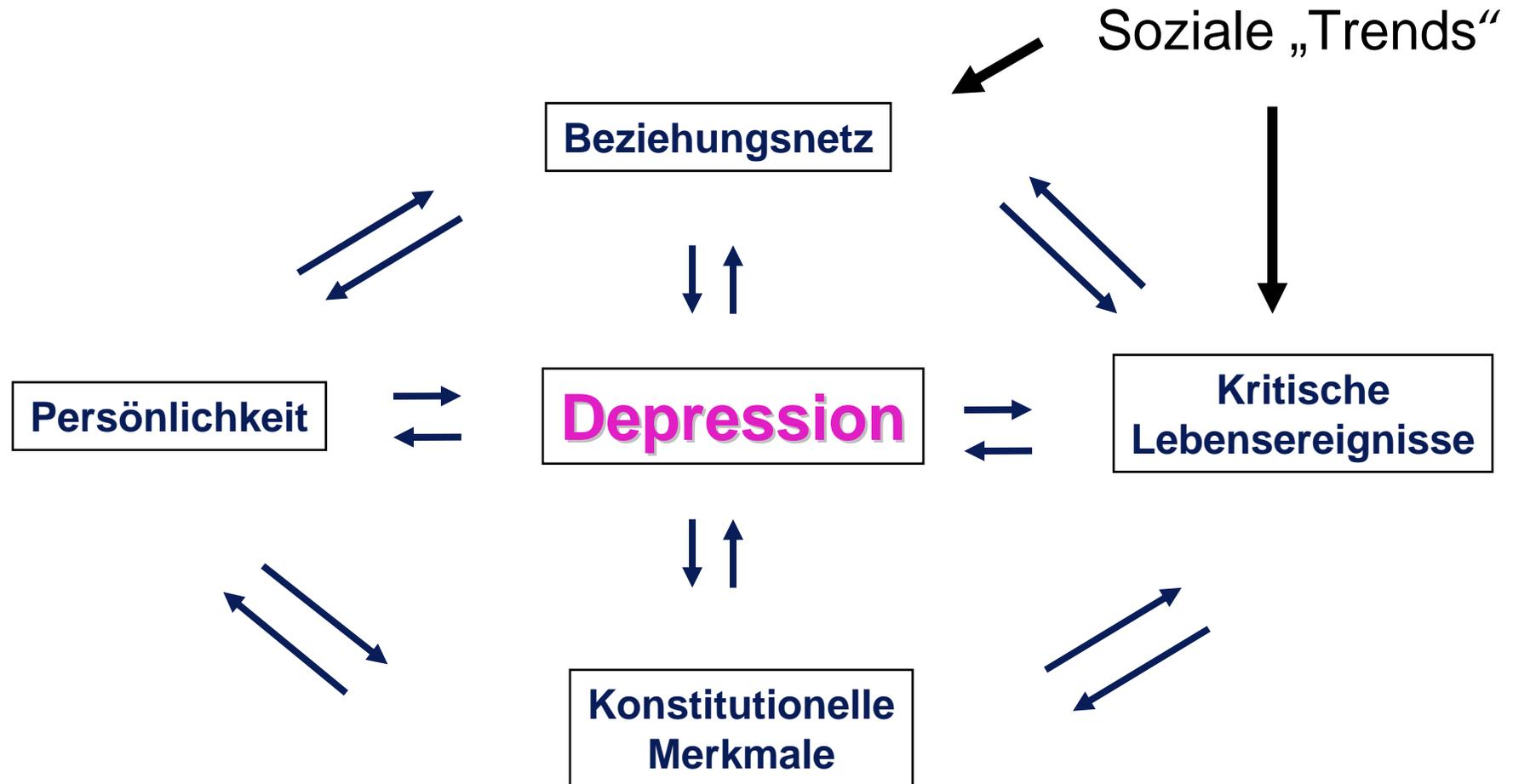
Grilo et al. (2005) J Consult Clin Psychol 73, 78-85  
Einfluss von Therapien und anderen Kovariaten folgt



# Ätiologie



## Multiple-Entry-Modell der Depression





## Neurobiologie der frühen Erfahrung („Epigenetik“)



- **Stressmodell:** Gute mütterliche Pflege, erhöhte Dichte an Glucocorticoid-Rezeptoren im Hippocampus. Folge: verbesserte Feedback-Hemmung der Cortisolausschüttung unter Stress (M. Meaney, 2005).
- Mechanismus: Nicht Gensequenz sondern Aktivität einer Promotorregion wird (reversibel!) beeinflusst. (Methylierung eines Cytosinbestandteiles → Promotor inaktiv → Rezeptordichte niedrig)
- Aktuelle Forschungsfrage: Wie kann durch pharmakologische, aber vor allem durch Umwelteinflüsse (Psychotherapie?) Methylierungsstatus verändert werden.



## Neurobiologische Subtypen depressiver Störungen ?

- Grundlage: bekannte Hypofunktion des anterioren Gyrus Cinguli („Inkonsistenzüberwachung“):
  - \* „Resignierter Subtyp“: chron. Unteraktivierung des Anterioren Gyrus Cinguli
  - \* „Präfrontaler-Subtyp“: Erleben der Selbst-Ideal-Diskrepanz (erhaltene Aktivierbarkeit des ACC)

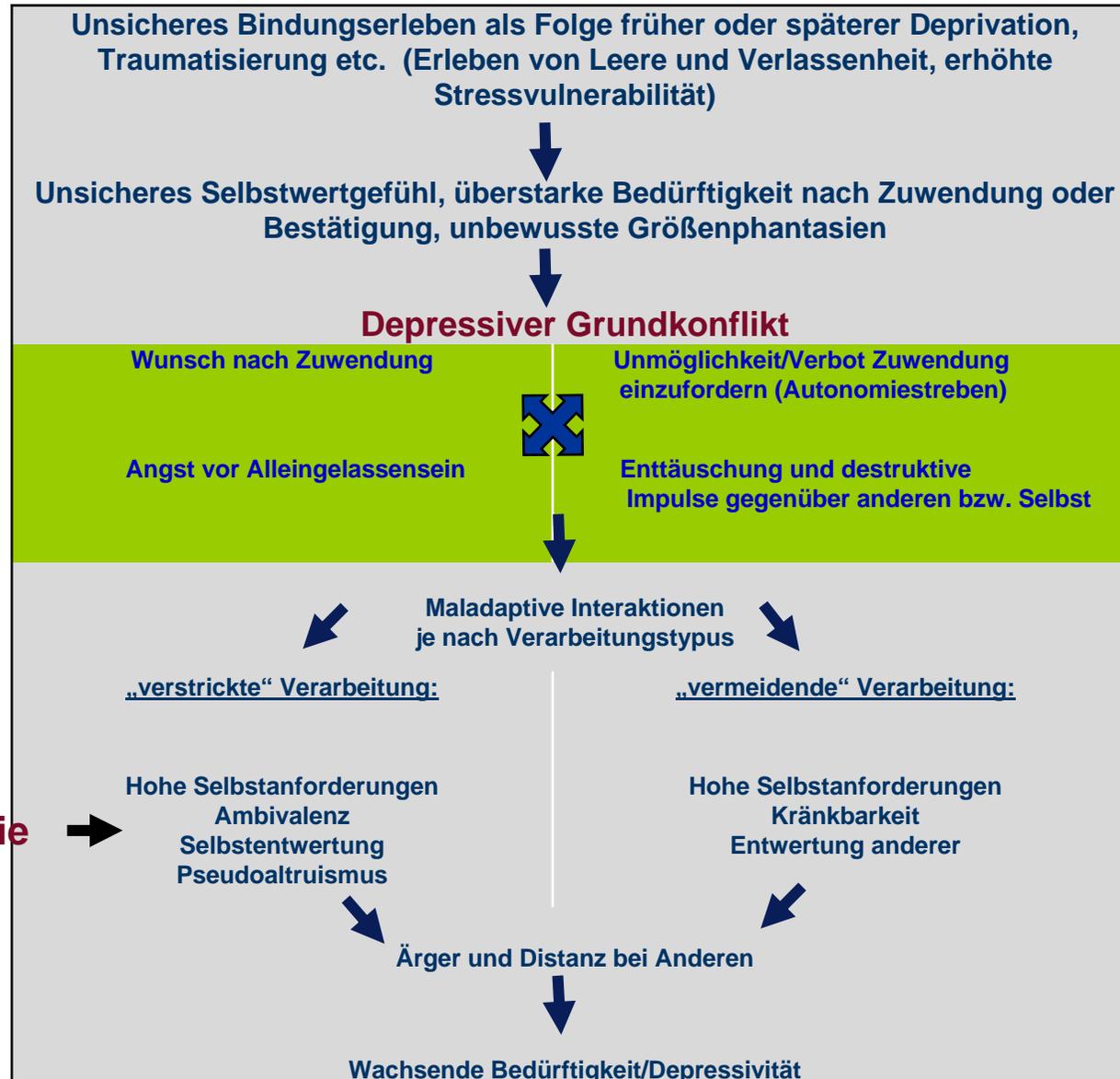
Davidson et al. (2000) Ann Rev Psychol, 53, 545-574
- PFC-Typ bessere Prognose unter Pharmakotherapie.  
Für Psychotherapie noch nicht untersucht.



# Psychogenese



## Psychodynamische Theorie der depressiven Disposition



Psychotherapie →



# Therapie



## Depressive Störungen - Langzeiterkrankungen?!

**Keine Reaktion oder nur  
teilweise Reaktion auf Behandlung** ca. **30-50%**

**Wiedererkrankungsrisiko**  
nach *einer* depr. Episode ca. **50 -75%**  
nach *mehreren* depr. Episoden ca. **80%**

**Chronifizierung**  
(Beschwerden mindestens 2 Jahre) ca. **10-20%**

(Quelle: Linden et al., 2003; AWMF Leitlinie Psychotherapie der Depression)



## **Depressionsbehandlung in der Praxis**

### **Die STAR-D-Studie (Am J Psychiatry 2006)**

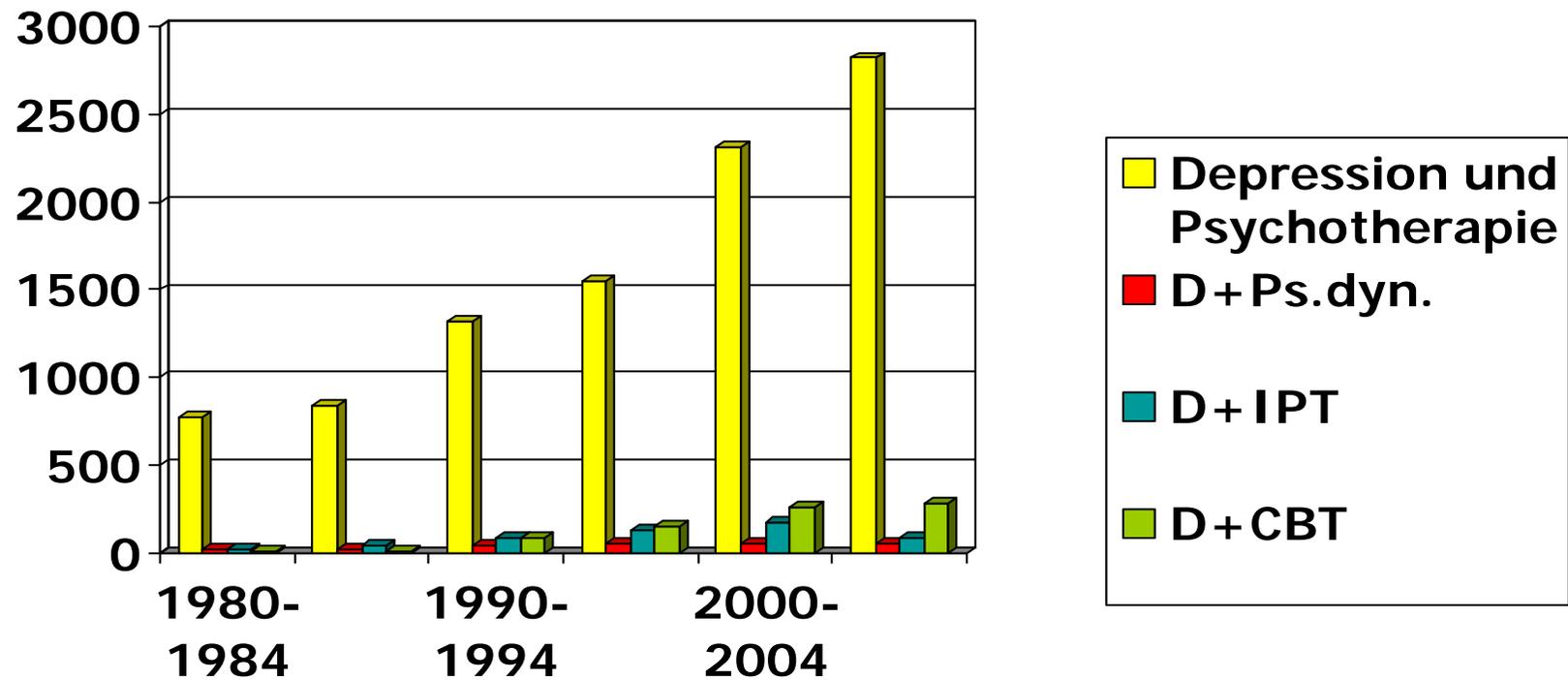
(Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression, N=3671)

- Größte prospektive sequenzielle Behandlungsstudie unter repräsentativen Bedingungen (z.B. rel. chron. Patienten), 41 Zentren (45% Primärversorgung)
- Startbehandlung 12 Wochen Citalopram
- Bis zu 3 Folgebehandlungen möglich (Switch, Kombin., Augmentation, Psychotherapie)
- Remission unter Citalopram und Schritten 2-4 36%, 30%, 13%, 13%. Kumulative Remissionsrate: 67%
- Sehr hohe Rückfallraten! Andauernde Remission in Gesamtstichprobe nach 4 Schritten nur 43%!



## Depression und Psychotherapie

PubMed-Recherche





## Psychotherapie vs. Pharmakotherapie vs. Kombinationstherapie

- Insgesamt: Vergleichbare Wirkung PT/AD bei akuten Depressionen
- Kombinationstherapie bei schweren Depressionen überlegen (umstritten) Thase (1996), Arch Gen Psychiat 54, 1009-1015
- Psychotherapie = Pharmakotherapie auch bei schweren Depressionen? (deRubeis et al. (1999), Am J Psychiatry 156, 1007-1013),
- Studie bei Pat. mit rez. Depressionen: sequenzielles Vorgehen (primär Psychotherapie, bei unzureichender Remission nach 6-8 Wochen zusätzlich Med.) der primären Kombination überlegen (Frank et al. (2000), J Clin Psychiatry 61(1),51-57.
- Psychotherapie: geringere Drop Out-Quoten, besser Nachhaltigkeit aber etwas verzögerte Besserung



# Psychotherapie depressiver Störungen

- Grundelemente:
  - Entlastung
  - Aktivitätsaufbau
  - Bearbeitung pathogener Affektdispositionen, Überzeugungen und Interaktionen



# Psychotherapie depressiver Störungen

- **Entlastung:**
  - Stabiles und klares Kontaktangebot
  - Entlastung über Erklärung, Bezug zu aktuellen Belastungen, evtl. Deutungen
  - Vermeiden von Vorwürfen, Bagatellisierung, schnellem Trost/Rat
  - Erarbeiten kleiner Erfolge



# Psychotherapie depressiver Störungen

- **Aktivitätsaufbau**

- Miniaufgaben
- Tages-/Wochenstruktur schaffen
- Genussförderung

.....

Vorsicht vor Überforderung !



## Psychotherapie depressiver Störungen

- **Bearbeitung pathogener Affektdispositionen, Überzeugungen und Interaktionen**
  - Musteridentifizierung ggf. auch im ther. Kontakt (z.B. Idealisierung anderer, Selbstentwertung.....)
  - „Tangentiale“ Interventionen („Ich stelle mir vor, , wenn ich so von mir dächte, hätte das vermutlich die und die Folgen“)
  - Ressourcenerarbeitung
  - Rückfallprophylaxe



## Psychotherapeutische Verfahren

- Psychodynamische Psychotherapie (RL-PT, - 100h)
- Psychoanalytische Therapie (RL-PT, -240h)
- Kognitive Verhaltenstherapie (RL-PT, -80h)
- Interpersonelle Psychotherapie (Evidenz)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) (Evidenz)
  
- Vergleichende Wirksamkeit:

Das Dodo-Vogel-Urteil !



**Lit.:**

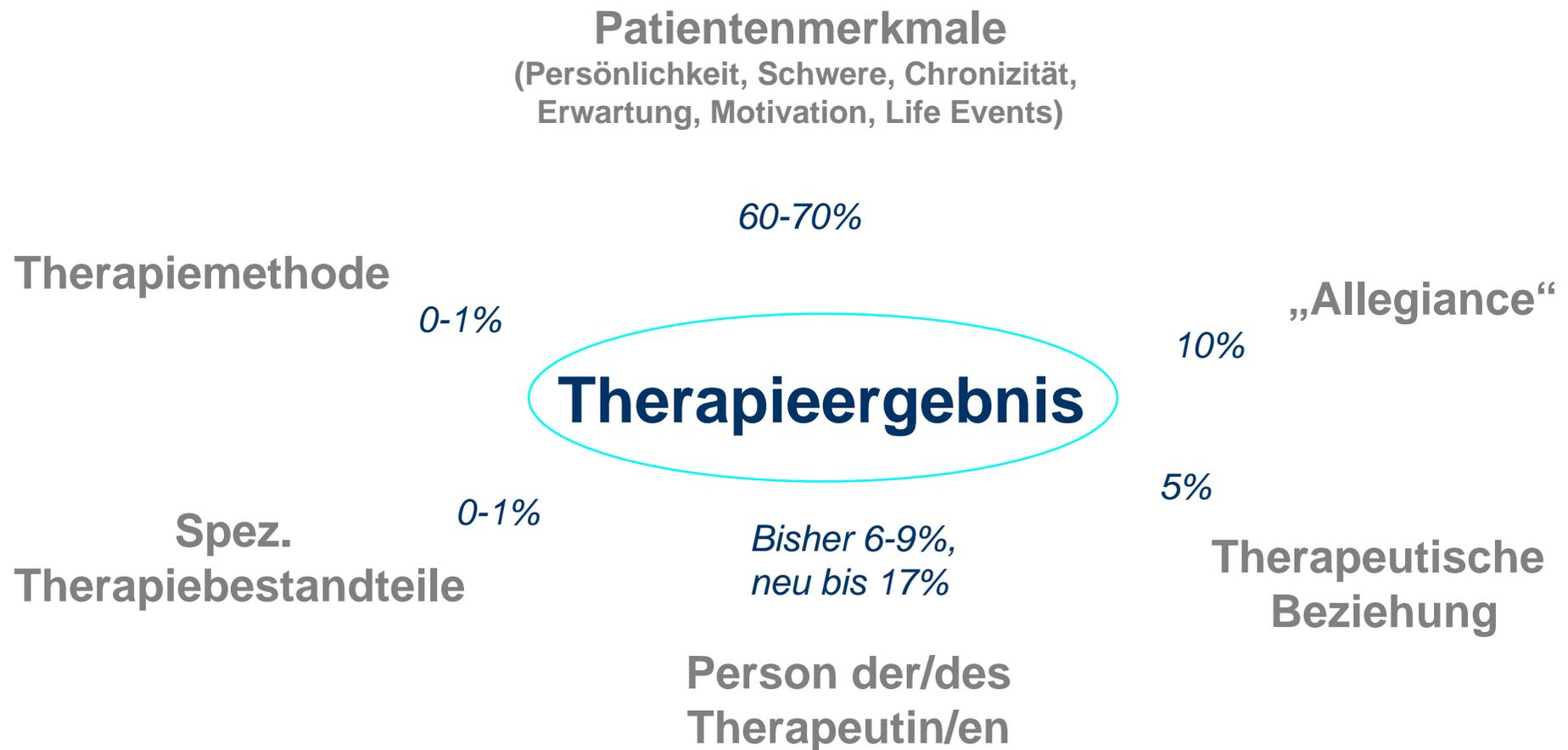
**Schauenburg H, Hofmann B (Hrsg.):**

**Psychotherapie der Depression.**

**Thieme, Stuttgart, erscheint April 2007**



# Einflüsse auf das Ergebnis von Psychotherapie





# Rückfallverhinderung



## Erhaltungstherapie

vgl. Schauenburg & Clarkin (2003), Z Psychosom Med Psychotherap, 49, 377-390

- 70%-Reduzierung des hohen Rückfallrisikos durch dauerhafte AD-Gabe (Geddes et al. Lancet 361, 2003: 653-661)
- Aber: hohe Drop-Out-Rate, wenig geeignet für komorbide Persönlichkeitsstörungen.
- PT nach Beendigung weniger Rückfälle als AD (nach Absetzen) (Evans et al., Arch Gen Psychiatry 49, 1992: 802-809), sog. „Carry-over-Effekt“ (Veränderung pathogener Interaktionsmuster, kognitive Umstrukturierung etc.).
- Niedrigfrequente Erhaltungstherapie bzw. case management, z.B. 10 Sitzungen über 8 Monate, Rückfallrisiko von 74% auf 34% reduziert (vgl. mit VT ohne ET), (Jarret et al. Arch Gen Psychiat 58, 2001: 381-388)



## Fazit und Perspektiven

- **Depressive Erkrankungen sind unterbehandelt.**
- **Psychotherapie mindestens ebenso wirksam wie Pharmakotherapie, dabei nachhaltiger.**
- **„Unspezifische“ Wirkfaktoren besonders relevant**
- **Kurze (Psycho-) Therapieangebote sind in der Mehrzahl nicht ausreichend.**
- **Erhaltungstherapie wichtige zusätzliche Strategie.**
  
- **Hauptziele in der Versorgung der nächsten Jahre:**
  - verbesserte Erkennung,
  - schnellere Therapieangebote
  - bessere Integration stationärer und ambulanter Versorgung,
  - Verbesserung der „Schnittstellen“-Problematik.



- **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



# Persönlichkeitstypologie depressiver Patienten

(z.B. Beck, Blatt, Arieti, Bowlby)

Typus	Soziotrop / anaklitisch verstrickt-unsicher		Autonom / introjektiv vermeidend	
Themen	Einsamkeit, Verlassenheit, somatische Beschwerden		Selbstentwertung, Perfektionismus	
Klinisch	Dependent	Altruistisch- überfürsorglich	Narzisstisch	Schizoid
„Distale“ Merkmale und Interaktionsmuster	-Willfähigkeit -Passivität -Suchtverhalten	-Selbstaufopferung -Verleugnung von Aggression -Anspruch auf Wiedergutmachung	-Verleugnung v. Bedürftigkeit -narzisstische Kompensation -Entwertung -Selbstzweifel -Kränkbarkeit	-Distanz, -Misstrauen -Vermeidung von  Emotionalität
Typische Auslöser	Verlusterlebnisse	Verlusterlebnisse, Erschöpfungs- depression	Kränkungen, Lebenskrise, Alter	Schwellensituation, Näheerlebnisse
Reaktion auf Pharmakotherapie Übersicht: Luyten et al. 2005)	Geringer (Wunsch nach Abhängigkeit ?)		Höher (Med.: Erhaltung von „Unabhängigkeit“?)	