



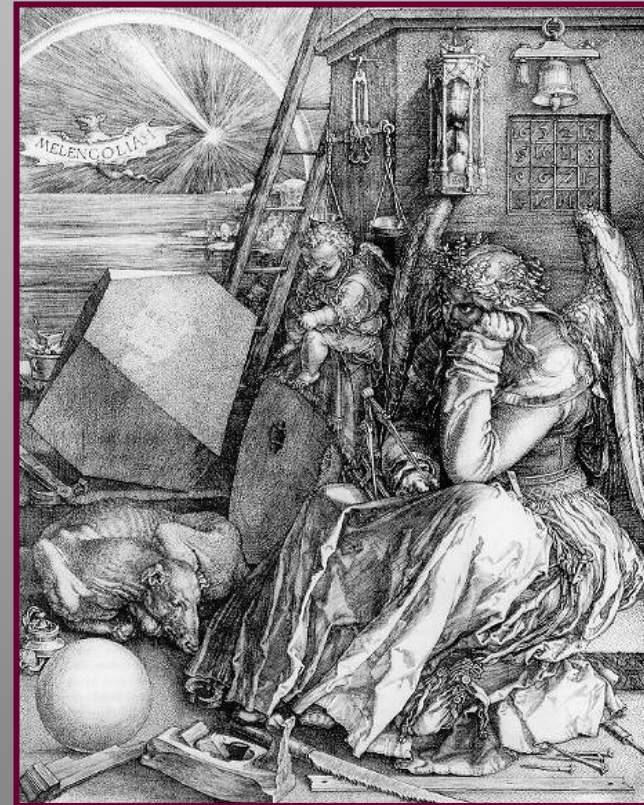


Sommersemester 2003

Modul 5.1, Nervensystem und Psyche

Psychodynamische und Psychotherapeutische Aspekte der Depression

Prof. Dr. Henning Schauenburg



Übersicht

- Probleme im Umgang mit Depressiven in der ärztlichen Praxis
- Theorien zu lerntheoretischen und psychodynamischen Wurzeln der Depression
- Grundzüge der Psychotherapie der Depression
- Wirkfaktoren von Psychotherapie
- Kritische Aspekte der Pharmakotherapie

WHO: Global Burden of Disease Studie 1997

Disease burden measured in Disability-Adjusted Life Years (DALYS)

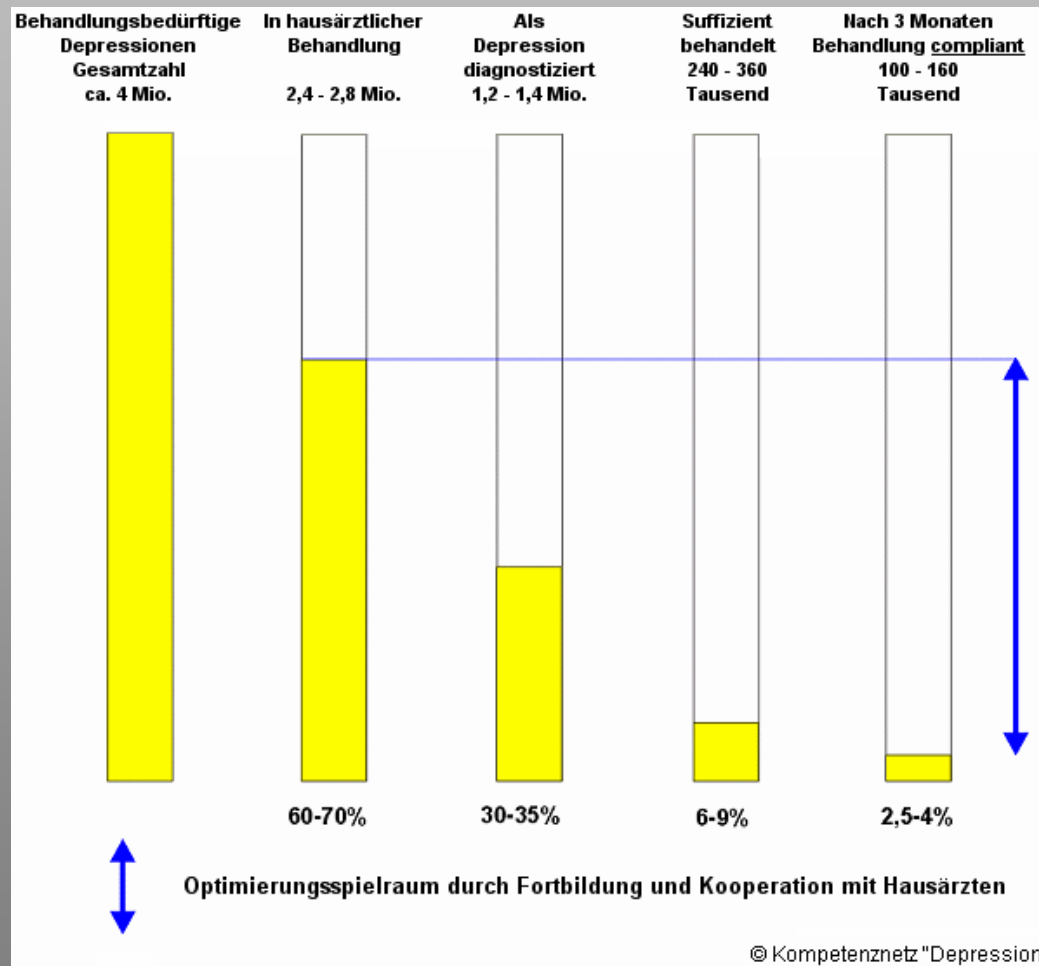
Estimate 1990

Projection 2020

Rank	Cause	% total	Rank	Cause	% total
1	Lower respiratory infections	8.2	1	Ischaemic heart disease	5.9
2	Diarrhoeal diseases	7.2	2	<u>Unipolar major depression</u>	5.7
3	Perinatal conditions	6.7	3	Road traffic accidents	5.1
4	<u>Unipolar major depression</u>	3.7	4	Cerebrovascular disease	4.4
5	Ischaemic heart disease	3.4	5	Chronic obs pulmonary disease	4.2
6	Cerebrovascular disease	2.8	6	Lower respiratory infections	3.1
7	Tuberculosis	2.8	7	Tuberculosis	3.0
8	Measles	2.7	8	War	3.0
9	Road traffic accidents	2.5	9	Diarrhoeal diseases	2.7
10	Congenital abnormalities	2.4	10	HIV	2.6

In females and developing countries unipolar major depression is projected as becoming the leading cause of disease burden

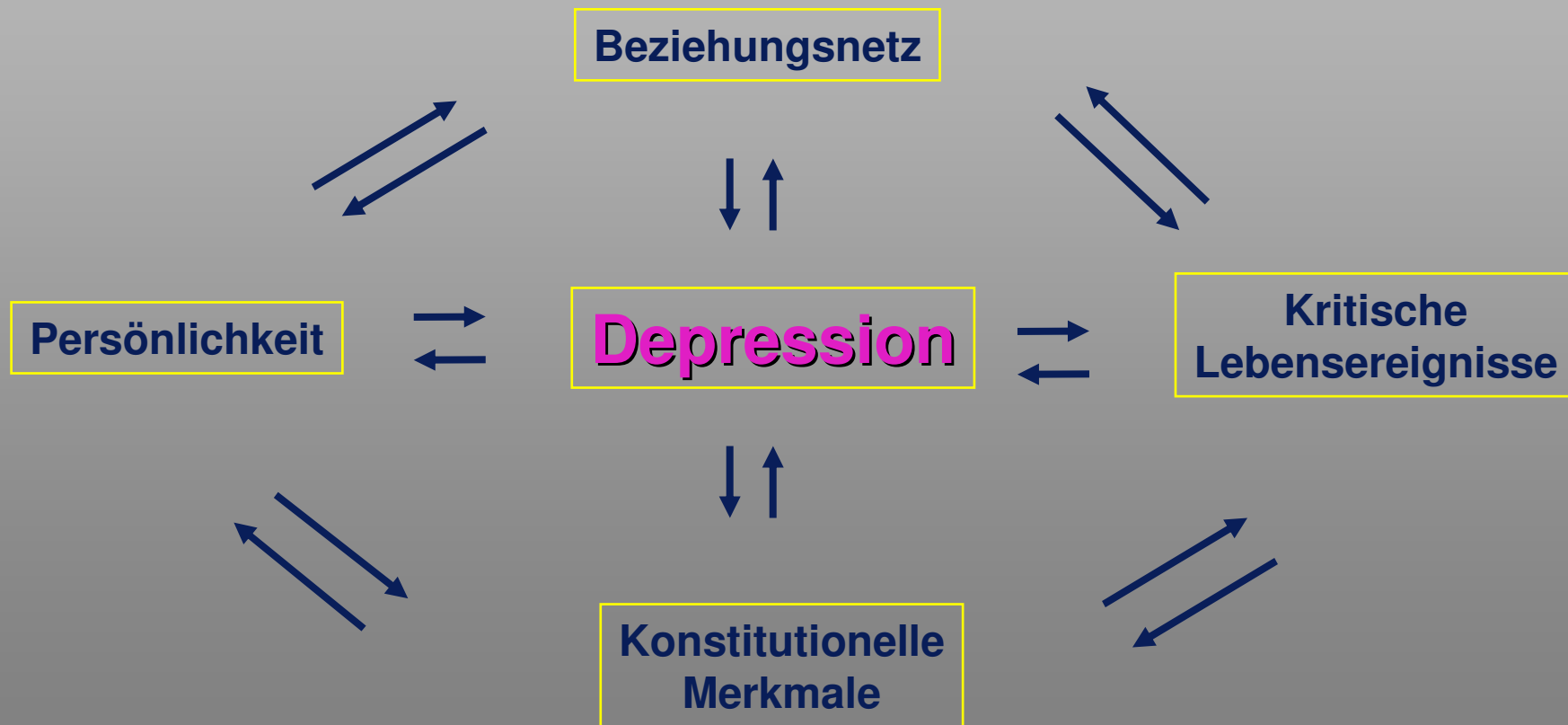
Fehl- und Unterversorgung der Depression



Gründe für Nichtbehandlung von depressiven Erkrankungen

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

Multiple-Entry-Modell der Depression



Lerntheoretische Modelle der Depression

(Seligman 1974, Beck 1974, Lewinsohn 1974, Hautzinger 1984)

- **Ausgangspunkt: als unbeeinflussbar wahrgenommene Lebensereignisse oder chronische Belastungen**
Folge: Depressionstypischer kognitiver Stil:
selektiv negativ verzerrte Wahrnehmung der Realität, der Welt, der eigenen Person, der Zukunft, willkürliche Schlussfolgerungen, Übergeneralisierungen, übersteigerte Selbstkritik, moralisch-absolutistisches Denken
Erwartung der Hilflosigkeit (bei objektiv gegebener situativer Kontrollmöglichkeit)
Folge: handlungsbehindernde Emotionen (depressive Stimmung)
Folge: motivationale Defizite, sozialer Rückzug, Abnahme positiver Erfahrungen
- **Zirkuläre Verstärkung der depressiven Weltsicht und der dysfunktionalen Gedanken.**

Depressive Vulnerabilität

(„Depressiver Grundkonflikt“ - psychodynamisches Modell)

- Primär oder sekundär (Trauma, multiple Verluste) unsichere Bindung (Erleben von Leere und Verlassenheit).
- ↓ Unsicheres Selbstwertgefühl, starke Bedürftigkeit nach Zuwendung oder Bestätigung (an andere Menschen oder innere Ideale gerichtet). Neigung zu Enttäuschbarkeit und Kränkbarkeit.
- ↓ Maladaptive Interaktionen (Ambivalenz, unterschwellige Aggression, Selbstentwertung, Pseudoaltruismus)
- ↓ Ärger und Distanz bei Anderen
- ↓ Wachsende Bedürftigkeit

Depression und Persönlichkeit

Unterschiedliche Verarbeitungsformen der depressiven Vulnerabilität

Ziel: Abwehr der Depression, aber... „die Lösung wird zum Problem“

Eher abhängige Verarbeitung

Eher (pseudo)unabhängige Verarbeitung

Dependente Persönlichkeit

- Willfährigkeit
- Passivität
- Suchtverhalten

Dekompensation:
Verlusterlebnisse

Altruistisch- Überfürsorglich („Helfersyndrom“)

- Selbstaufopferung
- Verleug. v. Aggress.
- Anspruch auf Wiedergutmachung

Dekompensation:
Verluste, Erschöpfung

Narzisstische Pers.

- Verleug. v. Bedürftigk.
- narz. Kompensation
- Entwertung anderer
- Selbstzweifel
- Kränkbar.

Dekompensation:
Kränkungen,
Lebenskrisen, Alter

Schizoide Pers.

- Distanz,
- Misstrauen
- Vermeidung von Emotionalität

Dekompensation:
Schwellensit.,
Näheerlebnisse

Psychobiologische Aspekte der Depression

Frühes Trauma

Psychologisch, z.B. Deprivation, Mißbrauch

Biologisch, z.B. Virusinfektion, genetisch

„biological priming“

Änderung d. Rezeptorstruktur d. „second messenger“-
Kaskade

1. Latenzphase

(Re)-Aktivierung durch psychologische Mechanismen

Trauer, Rollenwechsel, Rollenkonflikt, Deprivation

„Biologische Ereignisse“

Virusinfekt, Operation, Unfall

Fehlen einer adäquaten emotional-kognitiven Verarbeitung

2. Latenzphase

Psychobiologische Stressreaktion

CRH-Overdrive, Kortisolanstieg, Zunahme von β -Rezeptoren

DEPRESSION

J. Aldenhoff, Nervenarzt 68: 379-89, 1997

Schwierigkeiten und Fehler beim Umgehen mit akut Depressiven

- Nichterkennen
- Bagatellisieren
- Nichtaushalten von eigener Hilflosigkeit
- „Agieren“ der eigenen Gegenübertragung
- Unreflektierter Verweis auf „Positives“ (Überforderung)
- Zu frühe Deutung der latenten Aggression
- Vermeiden von Medikation trotz Indikation

Therapie der Depression

- Bei der akuten Depression PTH und AD etwa gleich wirksam. Ebenso alle wissenschaftlich begründeten Therapieverfahren (VT, psychodyn. Th., IPT).
- Kein sicherer Vorteil für primäre Kombinationsbehandlung (AD+PTH)
- Beste Ergebnisse für sequentielle Strategien: bei leichten und mittelschweren Depressionen erst Psychotherapie und bei Nichtwirksamkeit nach 6-8 Wochen zusätzlich AD
- **Indikation für Medikation:**
 - schwere Symptome (Angst, Schlafstörung etc.)
 - längere Depressivität unter Psychotherapie
 - Chronische D., höheres Alter
 - evtl. Prophylaxe bei rezidiv. depressiven Episoden

Psychotherapie der Depression

- **Drei Zielaspekte:**
Aktivität, dysfunktionale Kognitionen, ungünstige Affekt- und Beziehungsdispositionen
- **Akute Depression:**
 - **Aufbau einer Sicherheit gebenden Beziehung**
 - **Aufklärung und Stützung,**
 - **Behandlung der Kernsymptome (Rückzug, Antrieb, Suizidalität)**
 - **klare Behandlungsplanung**
- **Nach Stabilisierung:**
 - **Bearbeitung ungünstiger Beziehungsmuster (Idealisierung anderer, Selbstentwertung, daraus folgend Abhängigkeit)**
 - **Bearbeitung ungünstiger Kognitionen**
 - **Kompetenzsteigerung**
 - **konkrete Problemlösung**

Langfristige Wirkungen von Psychotherapie

(Zuroff et al. (2003): Enhanced adaptive capacities after brief treatment for depression.
Psychotherapy Research 13, 99-115)

- In Studien oft nur kurze Therapien (z.B. 20 Sitzungen). Rückfallrate innerhalb eines Jahres meist > 50%. Hauptrisikofaktor: depressive „Restsymptome“.
Frage: Was schützt wirklich vor Rückfällen ?
Spezifisches Wissen über eigene adaptive Mechanismen (EAC) ?
- TDCRP-Studie (Elkin et al.). 239 Pat., unipolare Major Depression, 16 Wochen Therapie, Kognitive Therapie (CBT) vs. Interpersonelle Therapie (IPT) vs. Imipramin (IMI) vs. Plazebo + klin. Management (PLA-CM). Messzeitpunkte: Ende, 6-, 12-, 18-montige Katamnese.
- Ergebnisse:
 - # IMI=CBT=IPT > PLA-CM, aber
 - # Psychotherapiebedingungen signifikant höhere EAC als IMI und PLA-CM, d.h. bessere Schutzwirkung nach 6 Monaten
 - # Hohe EAC sagen geringere Stressreaktivität voraus, besonders bei schwereren Belastungen.
 - # EAC besserer Prädiktor als die häufig gefundene Restdepressivität !!

Die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten für den Therapieerfolg

(Blatt et al. (1996): Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP). J. Consult. Clin. Psychol. 64, 1276-1284)

- TDCRP-Studie: Erfolgreiche Therapeuten, unabhängig von Intervention (IPT, CBT, IMI) ?
- Erfolgreicher waren Therapeuten, die eher ein „psychologisches“ Bild der Depression hatten, eine längere Behandlung befürworteten und pharmakotherapeutische Strategien in Ihrem klinischen Alltag eher seltener einsetzten.
- Wohlgemerkt: auch Therapeuten im IMI-Arm

Behandlung mit Antidepressiva

-Kritische Aspekte-

(D. O. Antonuccio et al. (1999): Raising Questions about Antidepressants. Psychother Psychosom 68: 3-14)

- **Biochemische Theorien der Depression uneindeutig**
- **Dosierung und Plasmaspiegel von Antidepressiva nur in minimaler Beziehung zum Behandlungsergebnis.**
- **Industrielle Interessen, filedrawer bias**
- **Doppelblindstudien: keine „blinden“ Bedingungen (Nebenwirkungen!)**
- **„Wirklicher“ Effekt der AD relativ gering, Plazebo: Verbesserungen bei bis zu 50 %. Effektgröße für Antidepressiva bei 1.55, für Plazebo bei 1.16!**
- **Psychotherapie mindestens ebenso effektiv wie Pharmakotherapie – auch bei Schwerkranken. Kombinationsbehandlung keine Vorteile, besser adaptive Indikation von AD. Zusätzliche P.th. wahrscheinlich überlegen bei Langzeitverläufen (u.a. verbesserte Compliance)..**

Aber...AD als Sedativa, wichtig für „Beziehung“, therapeutische „Anbindung etc.

Literatur zum Thema Depression

- Hoffmann N u. Schauenburg H (2000): Psychotherapie der Depression. Thieme, Stuttgart
- Kuiper PC (1991): Seelenfinsternis. Fischer, Frankfurt/M.
- Mentzos S (1994): Depression und Manie. Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bronisch T (1995): Der Suizid. Ursachen - Warnsignale - Prävention. CH. Beck, München

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Morgen:

PD Dr. G. Reich: Ess-Störungen