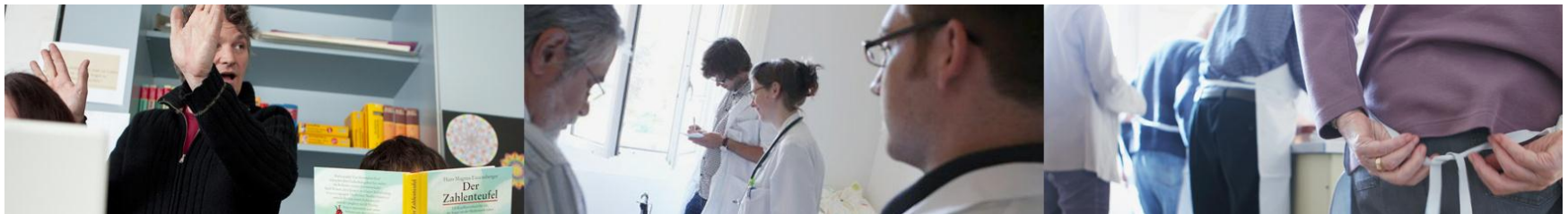


Psychotherapie der Depression

Dr. phil. Christoph Stucki

Depression und Suizidalität – Einschätzung und Behandlung
7. Jahressymposium des Berner Bündnis gegen Depression
in Zusammenarbeit mit dem Psychiatriezentrum Münsingen

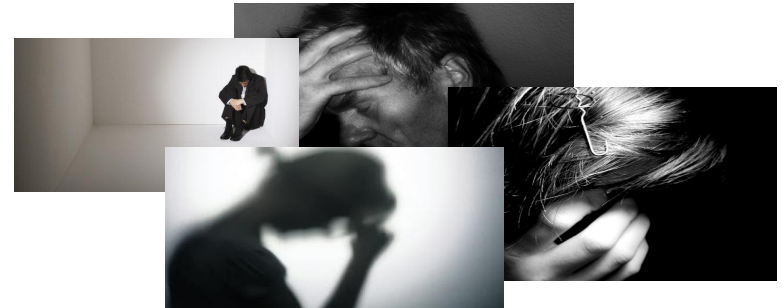


Donnerstag, 24. Oktober 2013

Ausgangslage

Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten...

- sind viele Betroffene nicht in Behandlung oder lehnen eine solche ab
- brechen viele die Behandlung ab
- erreichen nicht alle eine signifikante Verbesserung
- erleiden viele Rückfälle und werden erneut depressiv



Depression



Menschen mit Depressionen wird also nur zu einem kleinen Teil dauerhaft geholfen.

Empirische Grundlagen

- Wirkt Psychotherapie?
- Welche Psychotherapie ist bei Depression am Wirksamsten?
- Wie lange wirkt Psychotherapie?



Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern – Metaanalyse

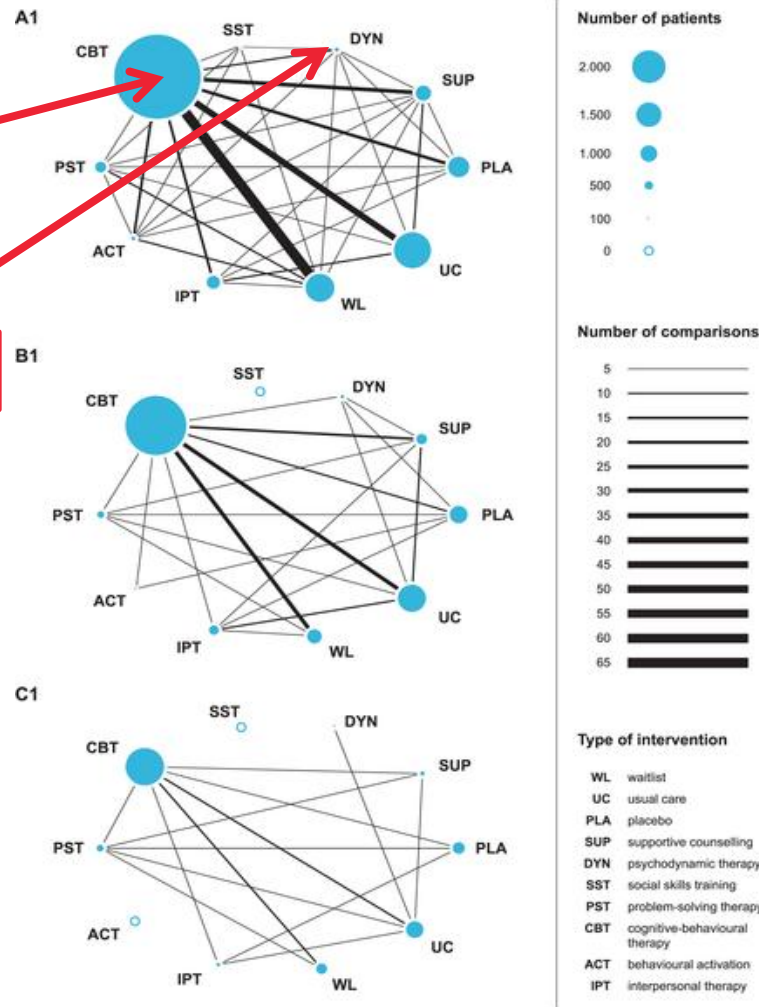
Barth, J. et al. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapy Interventions for Patients with Depression **Meta-Analysis**

- Methode: Systematische Metaanalyse über Studien in PubMed, PsychINFO, Embase bis Ende 2012.
- 198 Studien
- Einteilung in 7 „Bereiche“ (CBT, IPT, Behavioral Activation, Problem Solving Therapy, Psychodynamic Therapy, Social Skills Training, Supportive Counselling)
- 15118 Patienten
- nur 36 Studien beinhalten 50 oder mehr Patienten pro Gruppe
- alle Studien wurden in westlichen Ländern durchgeführt

Figure 2. Networks of evidence of all trials (A1), moderately sized trials (B1), and large trials (C1).

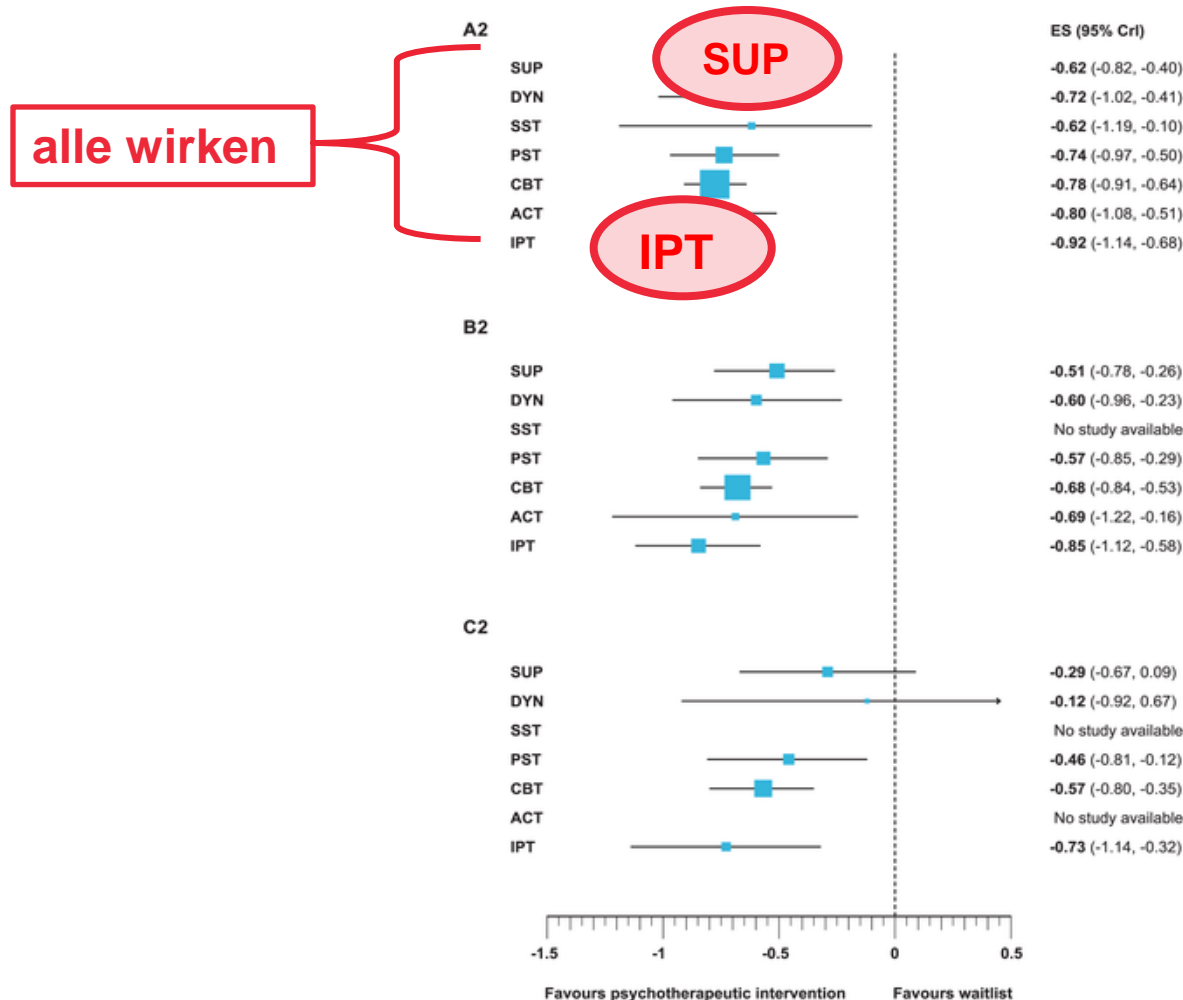
Verhaltens-
therapie

Psychoanalyse



Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, et al. (2013) Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. PLoS Med 10(5): e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001454>

Figure 3. Efficacy of different psychotherapeutic intervention compared to waitlist of all trials (A2), moderately sized trials (B2), and large trials (C2).



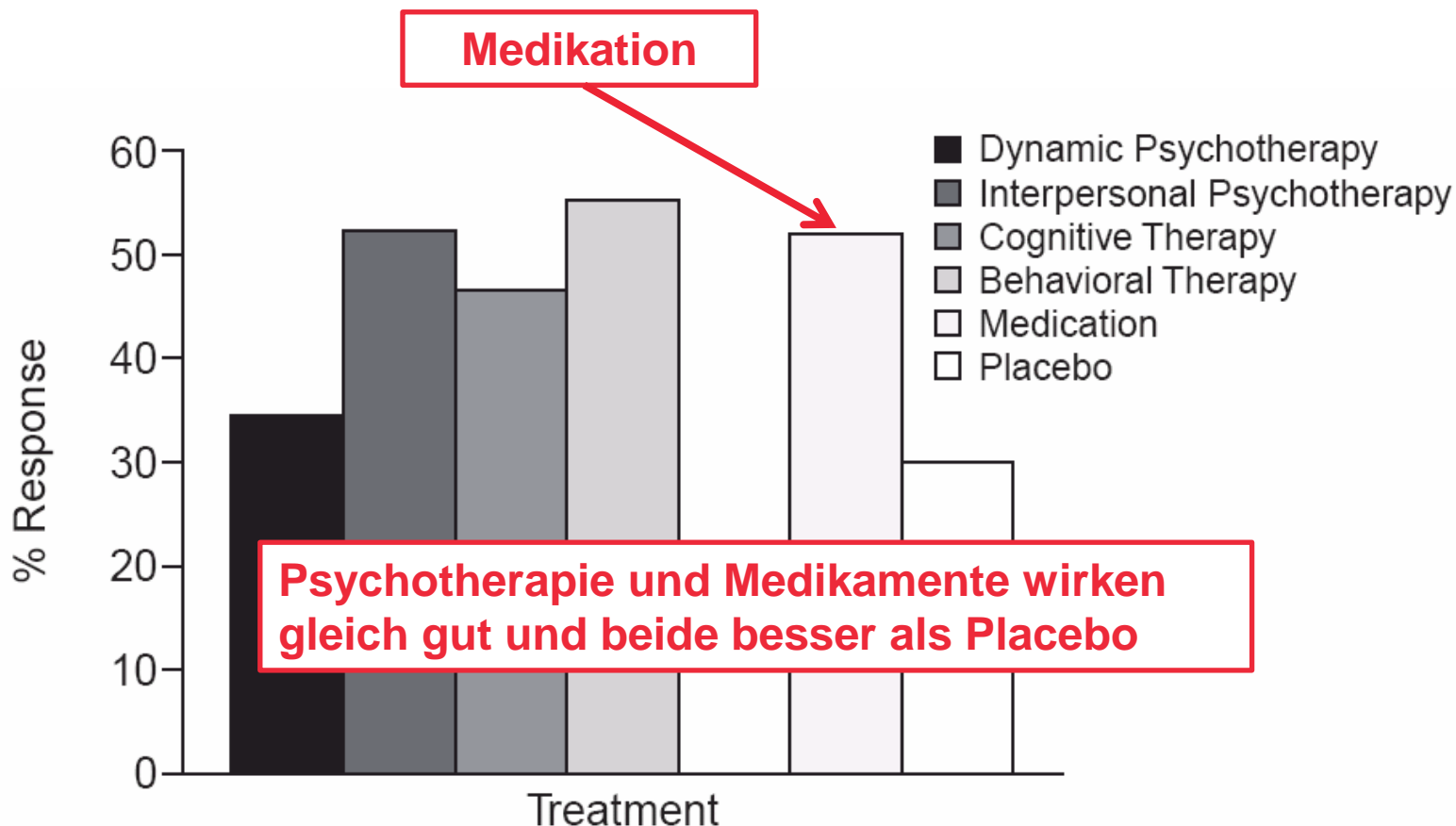
Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, et al. (2013) Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. PLoS Med 10(5): e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001454>

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern – Metaanalyse

- Psychotherapie hilft ES .62 - .92 (mittlere bis hohe Effektstärken)
- Psychotherapie ist besser als (Warte-)Kontrollgruppe
- Ähnliche Effekte für alle Arten von Psychotherapie
- Patientenmerkmale (z.B. Alter), Setting (z.B. Einzel, Gruppe, Internet), Art der Depression (MDE, postpartale Depression) spielen keine Rolle
- Wissenschaftliche Evidenz ist stärker für CBT, IPT, PST als für andere Verfahren, da mehr und bessere Studien mit mehr Patienten vorhanden sind

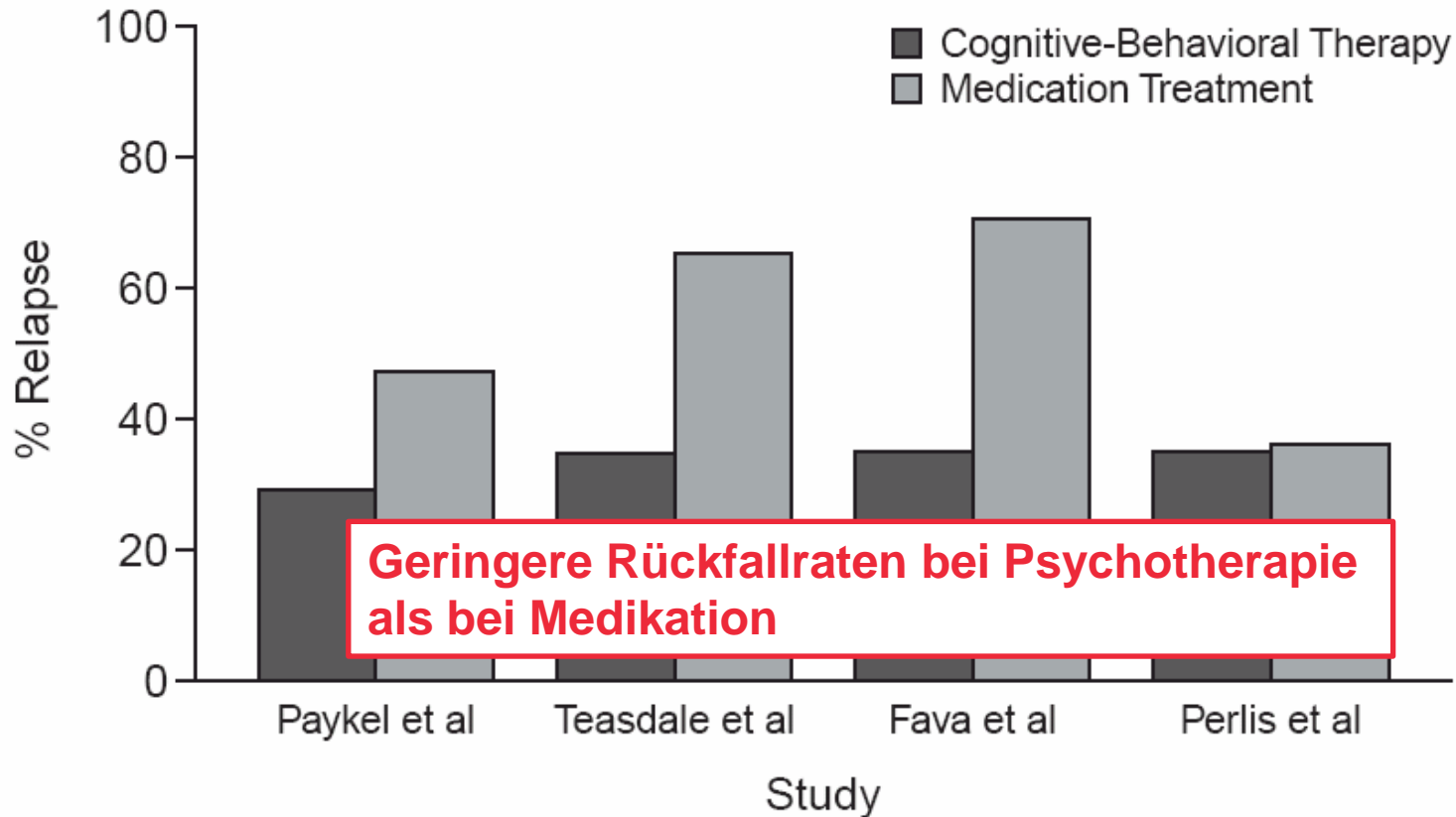
Barth, J. et. Al. 2013

Response auf Psychotherapie vs Medikation und Placebo



Hollon et al., 2005, J Clin Psychiatry

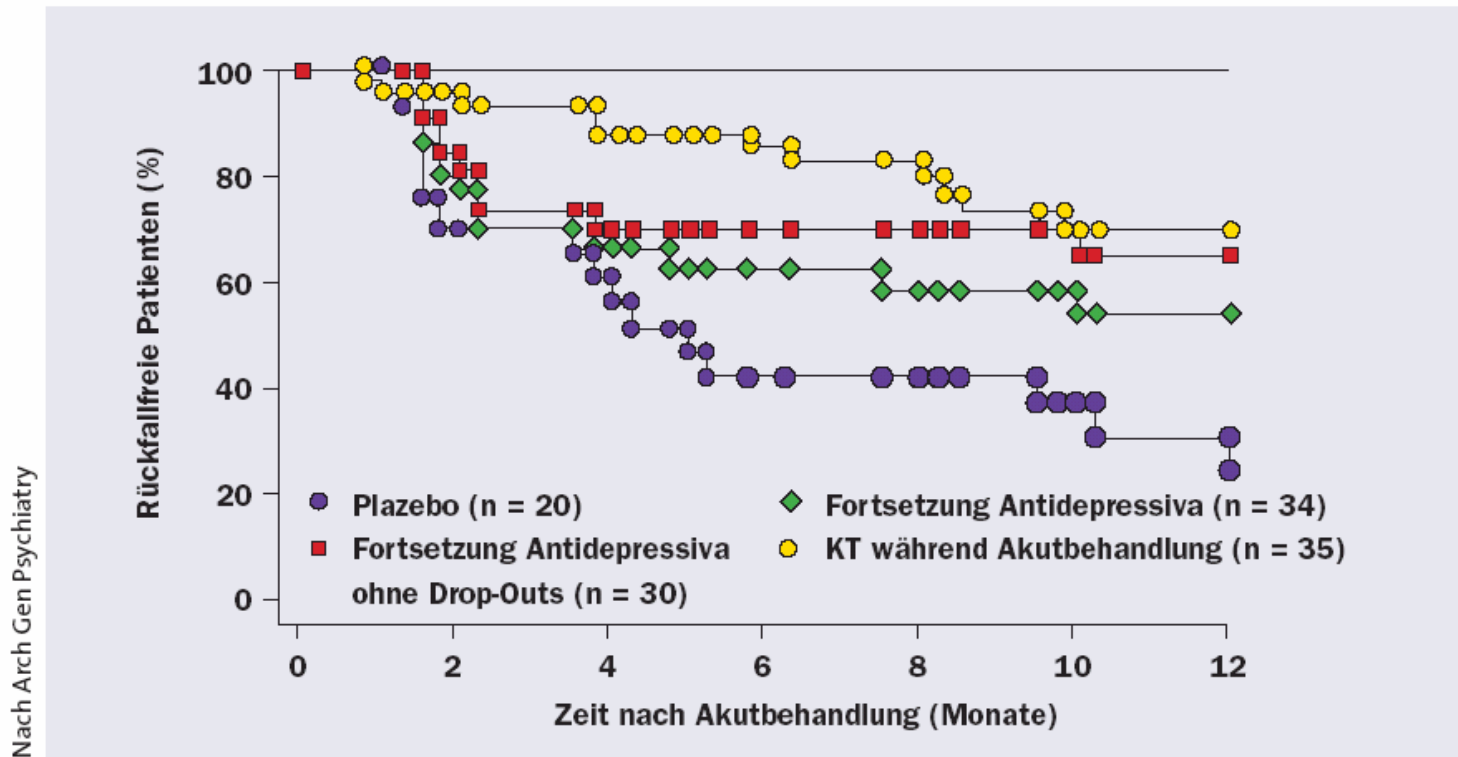
Rückfallraten KVT vs Medikation



Hollon et al., 2005, J ClinPsychiatry

Rückfallraten

Psychotherapie bietet besseren Schutz



Hollon et al., 2005, ArchGen Psychiatry

Nationale Versorgungsleitlinie S3 „unipolare Depression“ der DGPPN

Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p>3-39</p> <p>Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.</p>	0
<p>3-40</p> <p>Zur Behandlung akuter <u>leichter- bis mittelschwerer</u> depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.</p>	A
<p>3-41</p> <p>Bei akuten <u>schweren</u> Depressionen soll eine <u>Kombinationsbehandlung</u> mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.</p>	A
<p>3-42</p> <p>Wenn ein <u>alleiniges</u> Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren- bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.</p>	A
<p>3-43</p> <p>Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.</p>	Statement

Akute unipolare Depression

Wahl, resp. Durchführung einer Psychotherapie,

- die sich an Symptomen orientiert. D.h. störungsorientiertes Vorgehen (insb. KVT & interpersonale Therapien)
- die einen aktive Therapeuten postuliert (klare Fragen stellen, konkrete Vorschläge zu Veränderungen, Übungen, etc.)
- die ein kooperatives, und dennoch direktives Therapeutenverhalten beinhaltet (Fokus auf zentrale Probleme, Strukturieren, Anforderungen stellen)

Hautzinger (2010)

Akute unipolare Depression

Wahl, resp. Durchführung einer Psychotherapie,

- die ein gestuftes, Erfolge vermittelndes Vorgehen beinhaltet
- die ein verständliches Therapiemodell bereithält
- in der Transparenz der Intervention gefördert wird
- in der Krisen vorbereitet werden

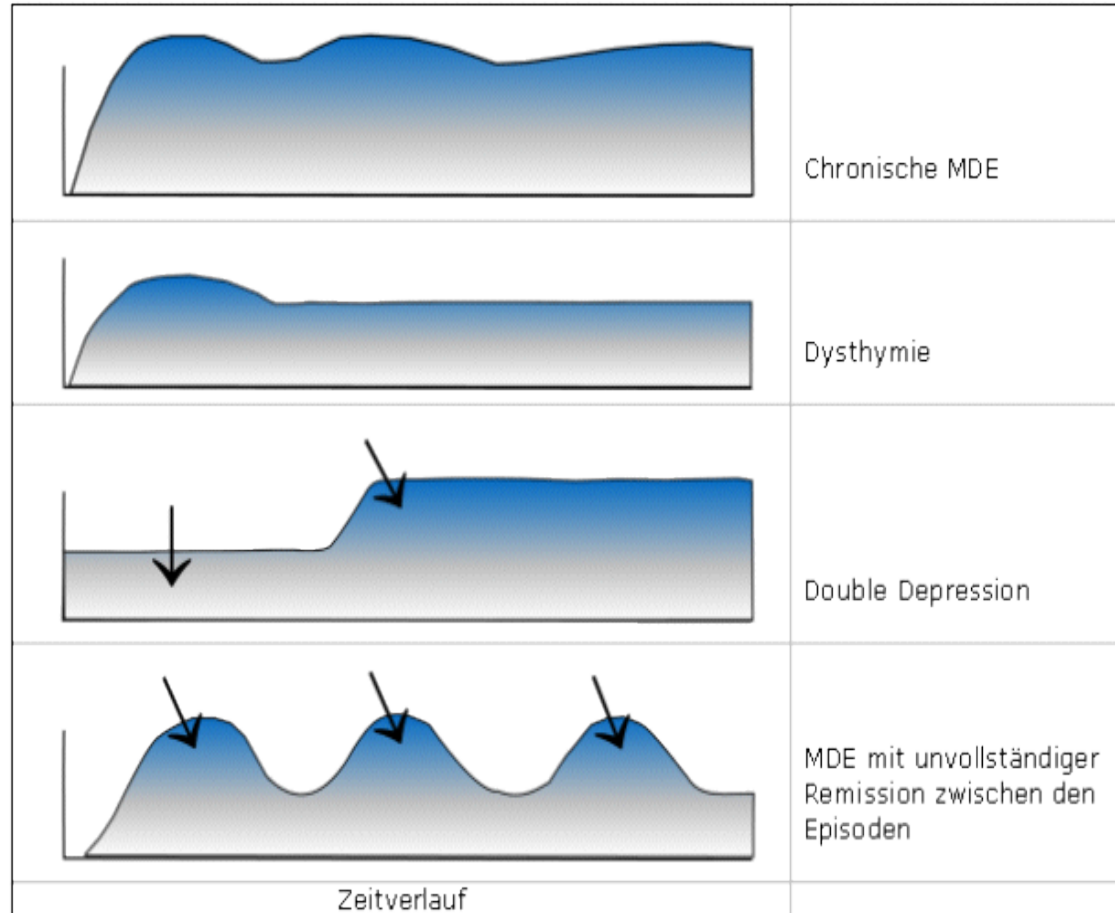
Hautzinger (2010)

Chronische Depression

- Depressive Erkrankungen nehmen bei ca. einem Drittel aller Fälle trotz medikamentöser und/oder psychotherapeutischer Behandlungen einen **chronischen Verlauf**.
- Als „**chronisch**“ gilt dabei eine **Dauer von mehr als zwei Jahren**.



Chronische Depression



Nationale Versorgungsleitlinie S3

Chronische Depression

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
3-45 Bei schweren und rezidivierenden sowie <u>chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression</u> sollte die Indikation zur <u>Kombinationsbehandlung</u> aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.	B
3-46 Studienergebnisse liefern Hinweise, dass <u>die Compliance bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet.</u>	Statement

Chronische Depression



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Während noch vor einigen Jahren der chronifizierte Verlauf einer Depression therapeutisch als nur schwer zu beeinflussen galt, gibt es mittlerweile **erfolgreiche Therapiemethoden**, insb. **CBASP**, welche z.T. spezifisch zur Behandlung chronisch depressiver Störungen entwickelt wurde.
 - MBCT Achtsamkeitsb. kognitive Therapie (Segal & Teasdale)
 - EFT Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg & Watson)
 - Schematherapie (Young)
 - CBASP (McCullough)

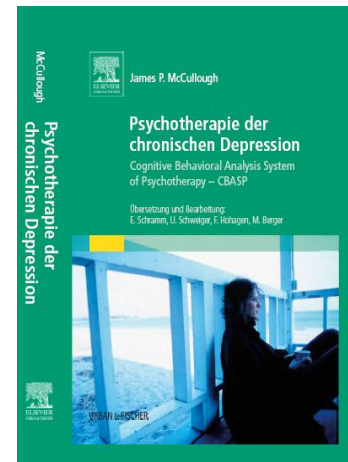
Chronische Depression



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Während noch vor einigen Jahren der chronifizierte Verlauf einer Depression therapeutisch als nur schwer zu beeinflussen galt, gibt es mittlerweile **erfolgreiche Therapiemethoden**, insb. **CBASP**, welche spezifisch zur Behandlung chronisch depressiver Störungen entwickelt wurde.

Cognitive Behavior Analysis System of
Psychotherapy



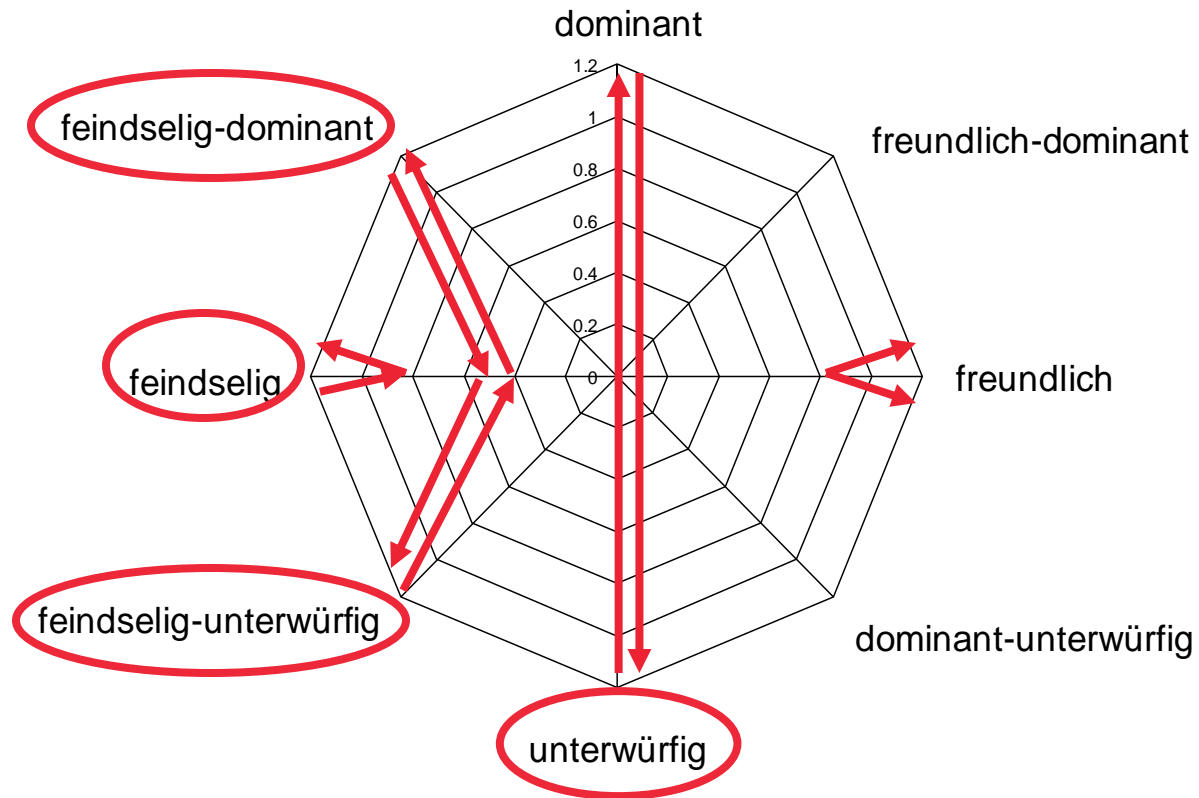
CBASP bei chronischer Depression

Beziehungstil von chronisch Depressiven:

- Distanz und/oder Feindseligkeit, Submissivität
- „Dominanzfalle“: Impact auf andere ink. Therapeuten:
Dominant-feindselige Reaktion



Impact Message Inventory nach Kiesler



CBASP bei chronischer Depression

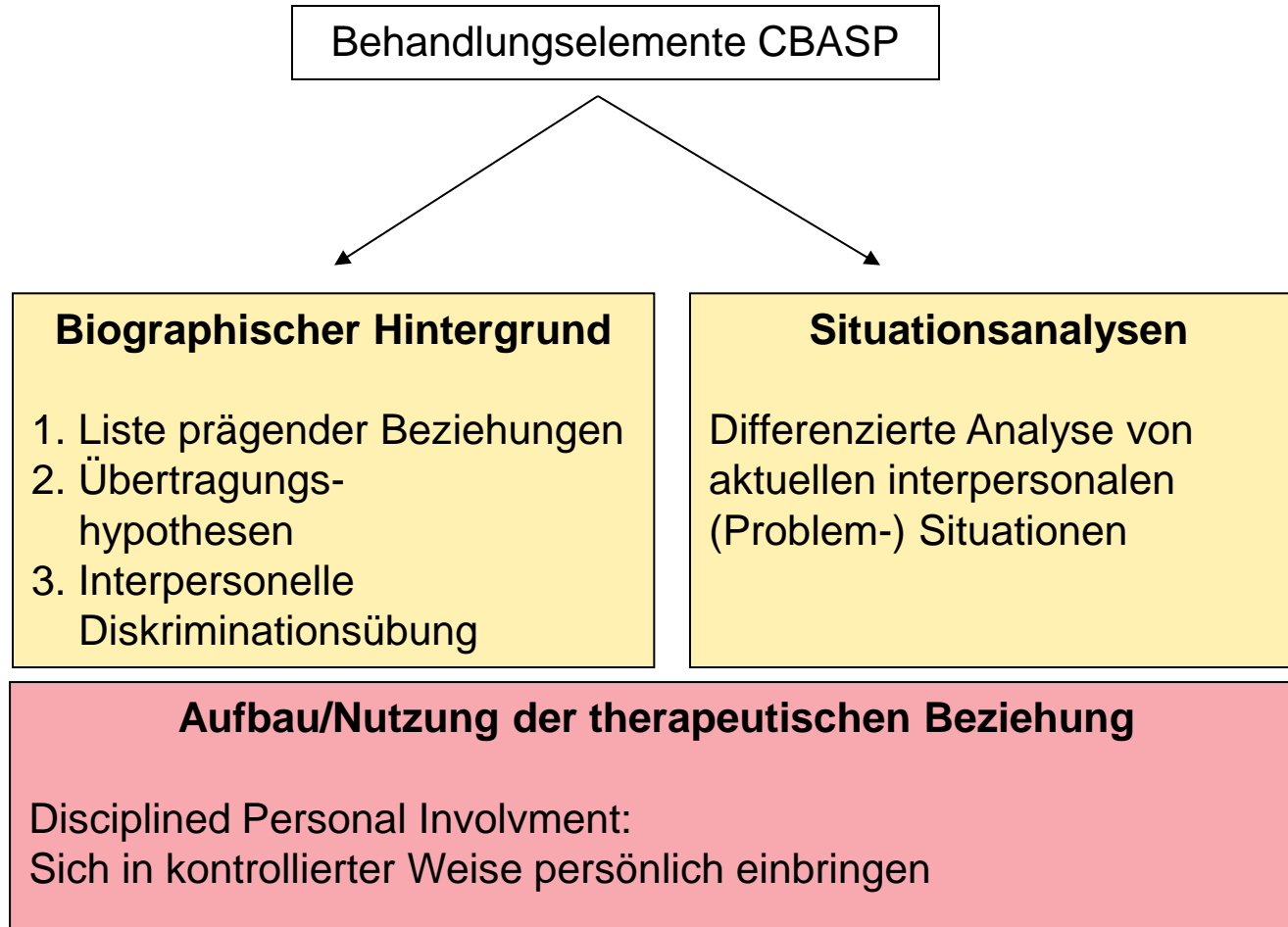
Beziehungstil von chronisch Depressiven:

- Distanz und/oder Feindseligkeit, Submissivität
- „Dominanzfalle“: Impact auf andere inkl. Therapeuten:
Dominant-feindselige Reaktion

Grundthese CBASP

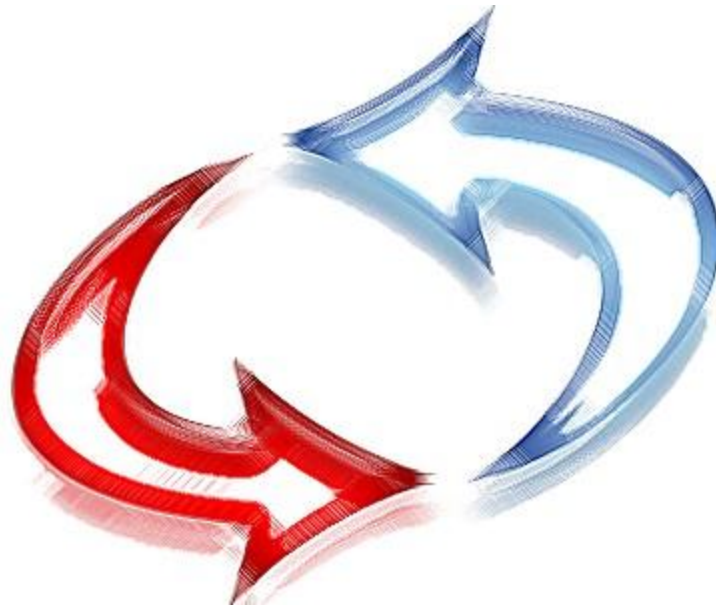
Patienten mit chronischen Depressionen zeigen problematisches Interaktionsverhalten, das zu ungünstigen Reaktionen und Misserfolgen führt und damit die Depression mitverursacht, resp. aufrechterhält

CBASP bei chronischer Depression



CBASP bei chronischer Depression

**CBASP-Element:
Disciplined Personal Involvement**



Nutzung der therapeutischen Beziehung

DPI: Disciplined Personal Involvement

Sich in kontrollierter Weise persönlich einbringen

1. Offenlegen der persönlichen Reaktion
2. Verhalten, das die Reaktion auslöst, benennen
3. Verdeutlichen/Betonen, dass das Verhalten die Reaktion auslöst (Verhalten beeinflusst Umwelt)
4. Nachfragen, ob Patient diese Reaktion möchte, resp. was er ansonsten möchte
5. Alternatives Verhalten suchen/aufzeigen und einüben

Nutzung der therapeutischen Beziehung

DPI: Disciplined Personal Involvement

Sich in kontrollierter Weise persönlich einbringen

- **Diszipliniert**: Ich überlege vorher, was ich sage, wie ich es sage, und was das Ziel dessen ist, was ich sage
- **Persönlich**: Ich gebe eine authentische, persönliche Reaktion von mir Preis
- **Sich einbringen**: Ich bin bereit, mich mit meinen eigenen Gefühlen und Motiven auf den Patienten und sein ganz individuelles Verhalten einzulassen

Beispiel 1: Disciplined Personal Involvement

- Patient:** Sie helfen mir ja nur, weil sie damit viel Geld verdienen. Ich glaube, diese Sitzungen mit Ihnen sind reine Zeitverschwendung.
- Therapeut:** Wissen Sie, wie das für mich ist, wenn Sie so etwas sagen?
- Patient:** Nein
- Therapeut:** Es verletzt mich!
- Patient:** Was? Sie müssen ja ziemlich dünnhäutig sein, wenn Sie das verletzt!
- Therapeut:** Warum sagen Sie das? Haben Sie nicht das Gefühl, dass Sie mich verletzen können, wenn Sie so etwas sagen?
- Patient:** Mmh, vielleicht doch
- Therapeut:** Das, was Sie tun oder sagen hat durchaus Einfluss darauf, wie ich mich fühle.
- Patient:** Mmh

Beispiel 1: Disciplined Personal Involvement

Therapeut: Möchten Sie mich denn verletzen?

Patient: Nein, natürlich nicht!

Therapeut: Was möchten Sie mir denn sagen?

Patient: ja, dass Sie merken, dass ich frustriert bin, weil es nicht vorwärts geht.

Therapeut: Aha, Warum sagen Sie das nicht gleich...

Durchführung des CBASP-Gruppenprogramms

Indikation für CBASP Gruppe

- **Chronische Depression**
- **gleichzeitige Anbindung des Patienten an einen Einzeltherapeuten vorhanden**
- **keine akute Suizidalität oder Suizidversuche im letzten Jahr**
- keine Substanzabhängigkeit
- keine andere primäre psychiatrische Erkrankung im Vordergrund
- keine Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung

Durchführung des CBASP-Gruppenprogramms

Procedere

Anmeldung

Dr. phil. C. Stucki, Leitender Psychologe Psychiatrische Poliklinik

Tel.: 031 632 88 11

Mail: christoph.stucki@gef.be.ch

-> Patient wird zu Vorgesprächen aufgeboten und erhält Informationen über die Gruppe

Wer: Dr. phil. Christoph Stucki, Leitender Psychologe
Dr. med. Brigitte Schneider, Spitalfachärztin

Wann: Anmeldung ab sofort
Jeweils am Donnerstag von 15:00 – 16:45

Wo: Laupenstrasse 49, 3. Stock (Räume der PTK)

Kontakt: **Dr. phil. Christoph Stucki**
Leitender Psychologe
Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie
Murtenstrasse 21, 3010 Bern
christoph.stucki@gef.be.ch

