

**update 2016**

neueste Ergebnisse aus der Depressionsforschung

06.09.2016

lic. phil. Philipp Schmutz  
Psychologe



# Depression und Geschlechtsunterschiede

Hat sich die Genderverteilung seit den 1980er- und 1990er-Jahren verändert?

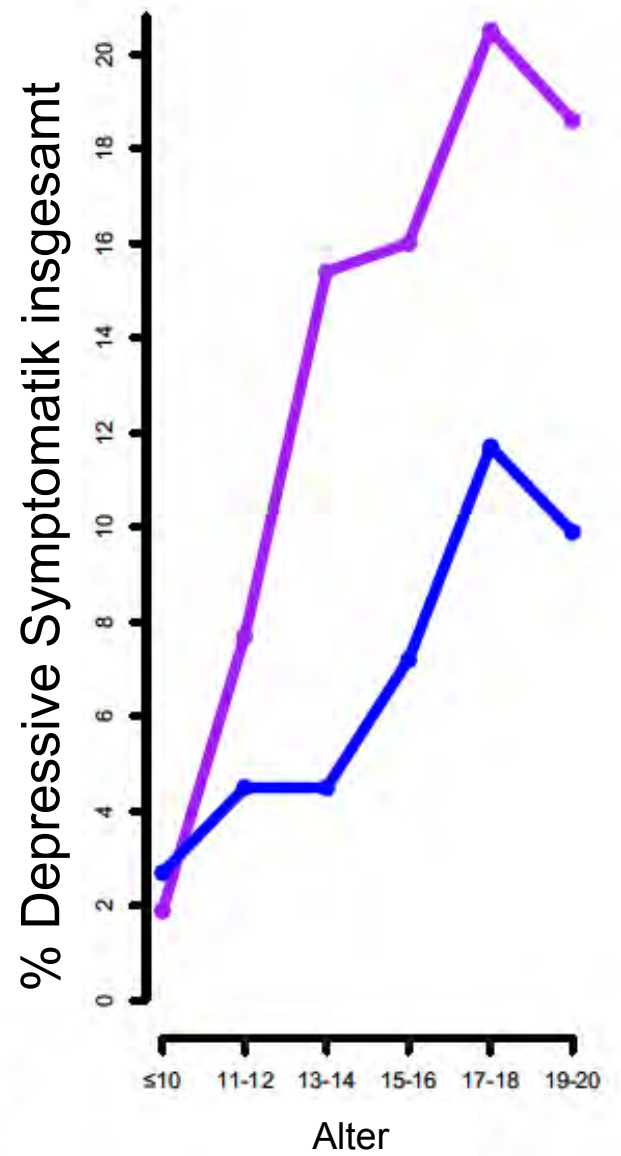
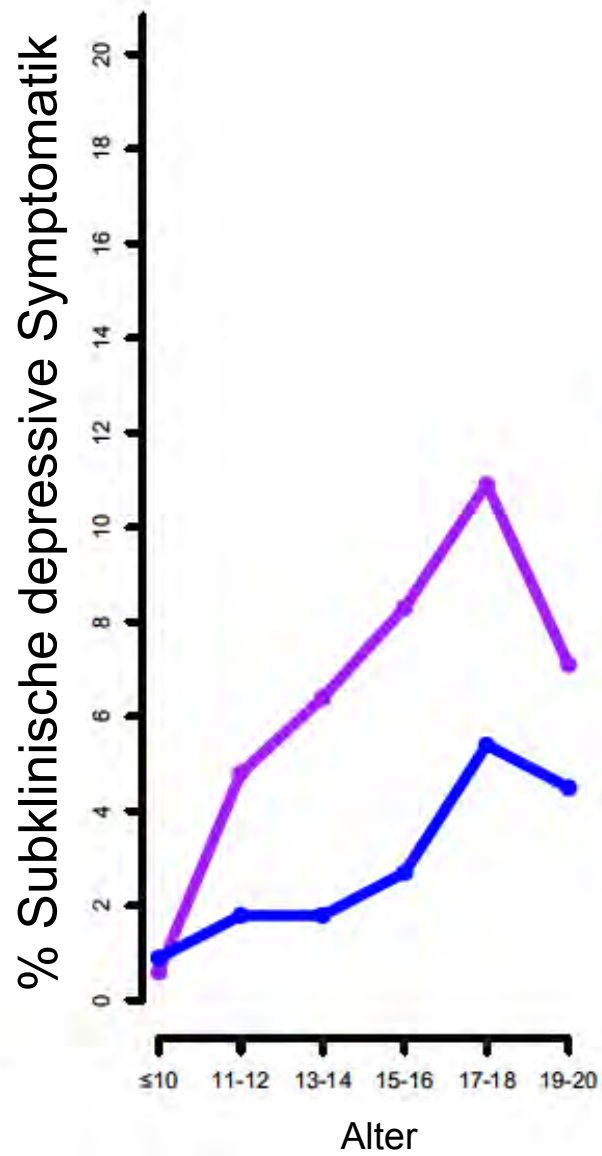
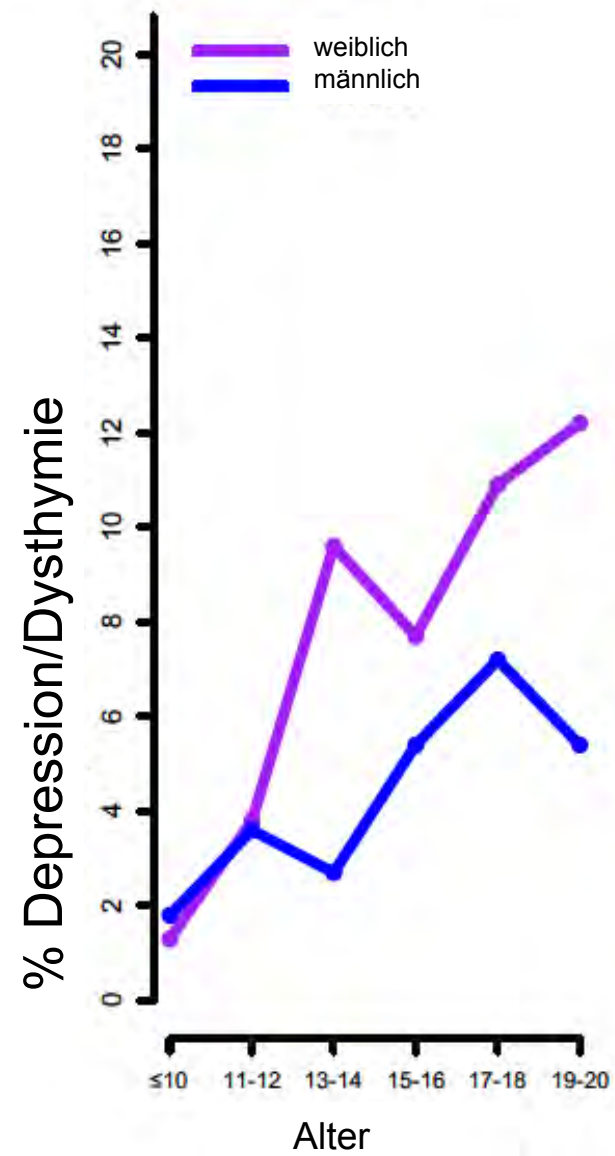
# Depression und Geschlechtsunterschiede

Lebenszeitprävalenz von major depression und dysthymia im  
Kindes- und Jugendalter (20 Jahre):

- Mädchen/Frauen: 24%
- Jungen/Männer: 15%

# Depression und Geschlechtsunterschiede

- Die Verteilung ist gleich geblieben.
- Die Unterschiedlichkeit beginnt ab einem Alter von 13 Jahren
- Depressive Symptome nehmen bei Mädchen früher zu als bei Jungen
- Die Dauer der depressiven Episoden ist vergleichbar
- Die Resultate zeigen die Wichtigkeit eine Prävention auf, die Genderaspekte berücksichtigt



# Psychotherapie

Metaanalyse mit 52 kontrollierten Studien (N = 3805) (1980-2013)

Untersuchte Psychotherapien:

- Kognitive Therapie
- Verhaltenstherapie
- KVT
- IPT
- Spieltherapie
- psychodynamische Therapien
- Lösungsorientierte Therapien
- Familientherapie

# Psychotherapie

- Nur KVT und IPT waren der Kontrollbedingung überlegen
- Spieltherapie und psychodynamische Therapien waren den Wartelisten nicht überlegen
- Im Langzeitverlauf zeigte nur noch die IPT positive Ergebnisse
- Kontrollgruppen verbesserten sich im Vergleich zu Wartelistengruppen
- IPT und Lösungsorientierte Therapien hatten weniger Discontinuität als KVT
- Fazit: IPT ist die Therapie der Wahl

Zhou et al. (2015)

# Lichttherapie bei nicht-saisonal abhängiger Depression

Metaanalyse über 9 kontrollierte Studien (1991-2015)(N = 419); unipolare und bipolare Störungen (depressive Phasen)

Al-Karawi & Jubair (2016)



# Lichttherapie bei nicht-saisonal abhängiger

- Signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik bei einer Anwendung von 2 bis 5 Wochen.
- Die Lichtintensität spielte keine Rolle
- Beste Einsatzzeit: früher Morgen
- (nicht signifikante) Besserung der Symptomatik bei perinataler Depression; auch nicht in Kombination mit Antidepressiva

Al-Karawi & Jubair (2016)

# Psychotherapien

- Führen Psychotherapien (KVT, ACT, Lösungsorientierte Verfahren) nebst des Rückgangs der depressiven Symptomatik auch zu einer Steigerung der Lebensqualität?
- Metaanalyse über 44 kontrollierte und randomisierte Studien (N = 5264)

Kolovos et al. (2016)

# Psychotherapien

- Psychotherapien haben einen Effekt auf die:
  - Depressionssymptomatik
  - Globale Lebensqualität
  - Auf die psychische Lebensqualität
  - Auf die physische Lebensqualität
- Der Effekt auf die psychische Lebensqualität ist höher als auf die physische Lebensqualität
- Der Effekt ist grösser bei major als bei minor depression

Kolovos et al. (2016)

# Kombination von ACT und KVT

- KVT
  - Hauptziel: Veränderung der Kognition
  - Hauptinterventionen: Kognitive Umstrukturierung, Verhaltensexperimente; Arbeit mit Spaltentechniken, Tagebüchern etc.
- ACT
  - Hauptziel: Schaffen einer Akzeptanz, Bildung von Werten und Aufbau eines Lebens nach diesen Werten
  - Hauptinterventionen: Defusion, Selbst, Achtsamkeit, Akzeptanz, Werte, Commitment; Arbeit mit Metaphern

Hallis et al. (2016)

# ACT oder KVT?

KVT	ACT
<ul style="list-style-type: none"><li>- Treffen Gedanken zu? Evidenz für oder gegen Gedanken?</li><li>- Dichotomes Denken</li><li>- Bei Aussagen wie: Immer, nie, muss etc.</li><li>- Das Umfeld hat eine andere Wahrnehmung</li><li>- Bei Metakognitionen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bei schwierigen Emotionen, die schwierig zu händeln sind.</li><li>- Bei nicht veränderbaren Situationen, chronischen Schmerzen, chronischen Krankheiten</li><li>- Bei Trauer</li><li>- Bei Traumatisierungen</li><li>- Bei starker Vermeidung</li></ul>

# Johanniskrautpräparate vs. SSRIs

Metaanalyse über 27 randomisierte, kontrollierte Studien (N = 3126)

Cui & Zheng (2016)

# Johanniskrautpräparate vs. SSRIs

- Vergleichbarer Effekt zwischen Johanniskraut und SSRIs
- Besseres Nebenwirkungsprofil von Johanniskraut
- Höhere Adhärenz bei Johanniskraut

Cui & Zheng (2016)

# Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombinationstherapie?

Metaanalyse mit 23 randomisierten und kontrollierten Studien (N = 2184)

- Wirksamkeit in der Akutphase
- Wirksamkeit in der Erhaltungsphase

Karyotaki et al. (2016)



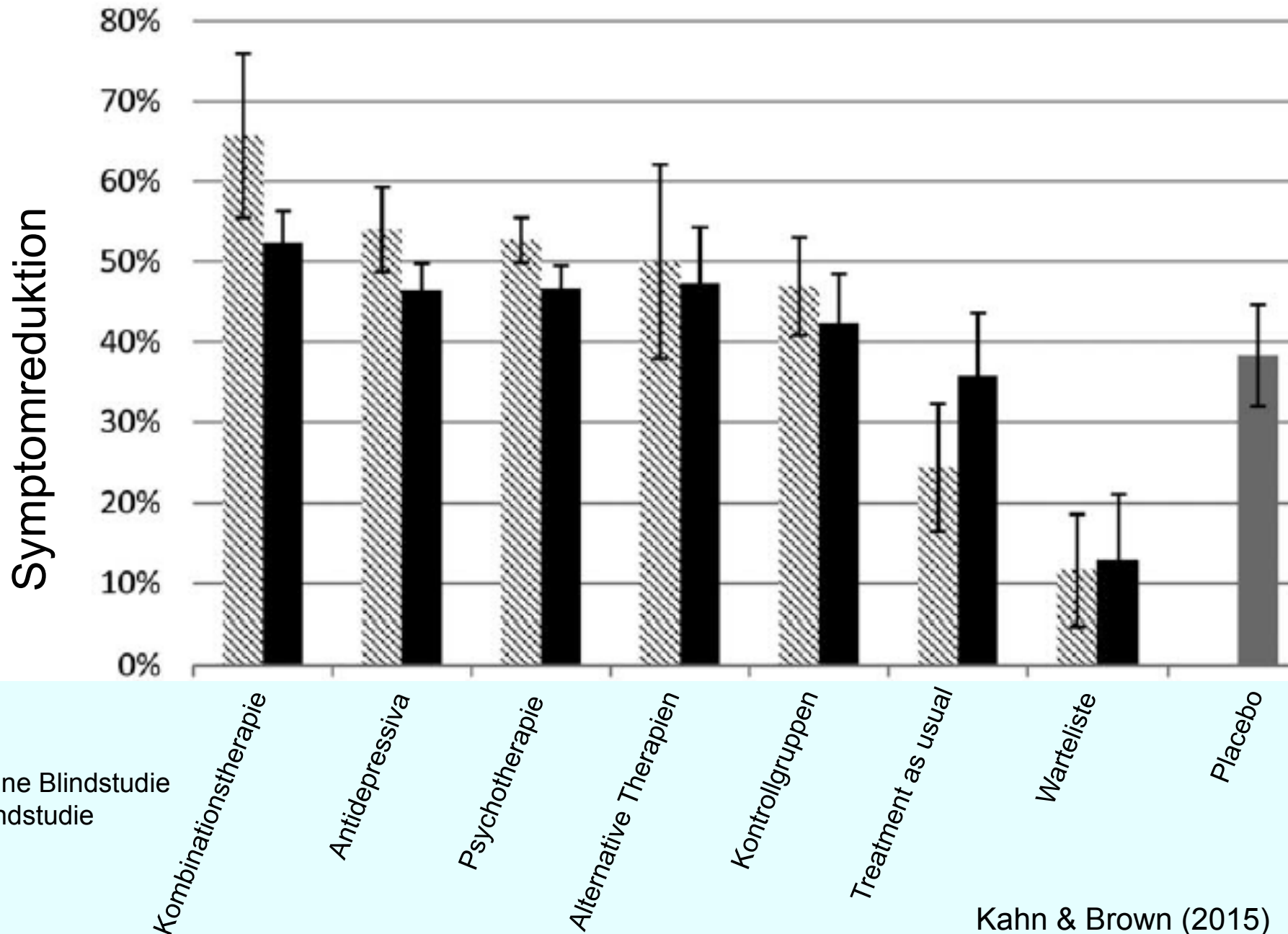
# Psychotherapie, Pharmakotherapie oder Kombinationstherapie?

## Wirksamkeit in der Akutphase

- Die Kombinationstherapie war der Pharmakotherapie deutlich überlegen
- Die Kombinationstherapie war der Psychotherapie als nicht überlegen

## Wirksamkeit in der Erhaltungsphase

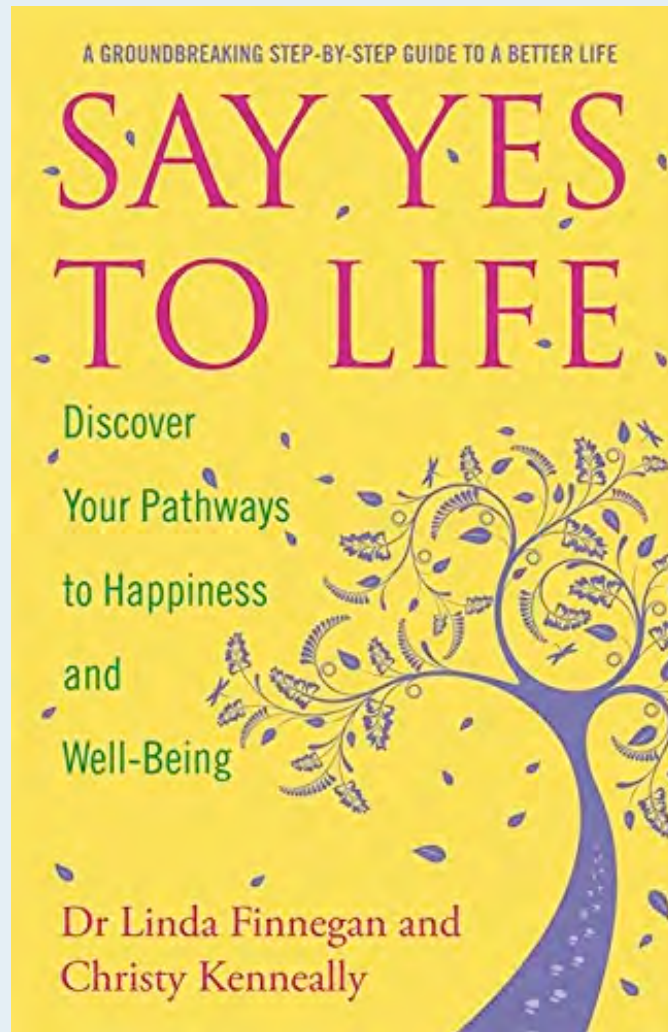
- Die Kombinationstherapie war der Pharmakotherapie deutlich überlegen
- (die Kombinationstherapie wurde nicht mit der Psychotherapie verglichen)



# The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program

- Kombination von KVT, MBCT und Interventionen aus der Positiven Psychologie
- Gruppentherapie: 6-12 Teilnehmer/innen, geschlossene Gruppe
- 2 Therapeut/innen
- 20 x 2 Stunden
- Selbsthilfebuch
- Hausaufgaben, die kontrolliert werden
- Anrufe zwischen den Gruppensitzungen

# The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program



# The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program

1. Einführung
2. eigene Stärken kennenlernen
3. eigene Ziele erkennen und aufbauen
4. kognitive Umstrukturierung erlernen
5. kognitive Umstrukturierung erlernen

Carr & Finnegan (2015)

# The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program

6. Neue Selbstdialoge führen
7. Humor nutzen
8. Soziale Fertigkeiten lernen, Komplimente machen
9. Angstmanagement
10. Ärgermanagement

Carr & Finnegan (2015)

# The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program

11. Selbstakzeptanz: Umgang mit Perfektionismus
12. Mit Verlust und Trauer leben lernen
13. Beziehungen pflegen
14. Durchsetzungsfähigkeit stärken
15. Vergeben lernen

Carr & Finnegan (2015)

# The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program

16. Vergeben lernen

17. Dankbarkeit entwickeln

18. Soziale Netze stärken

19. Die Natur wiederentdecken

20. Das Gelernte Revue passieren lassen

Carr & Finnegan (2015)



[www.subjektiveswohlfefinden.ch](http://www.subjektiveswohlfefinden.ch)

# Kombination von EKT und Venlafaxin bei älteren Patienten

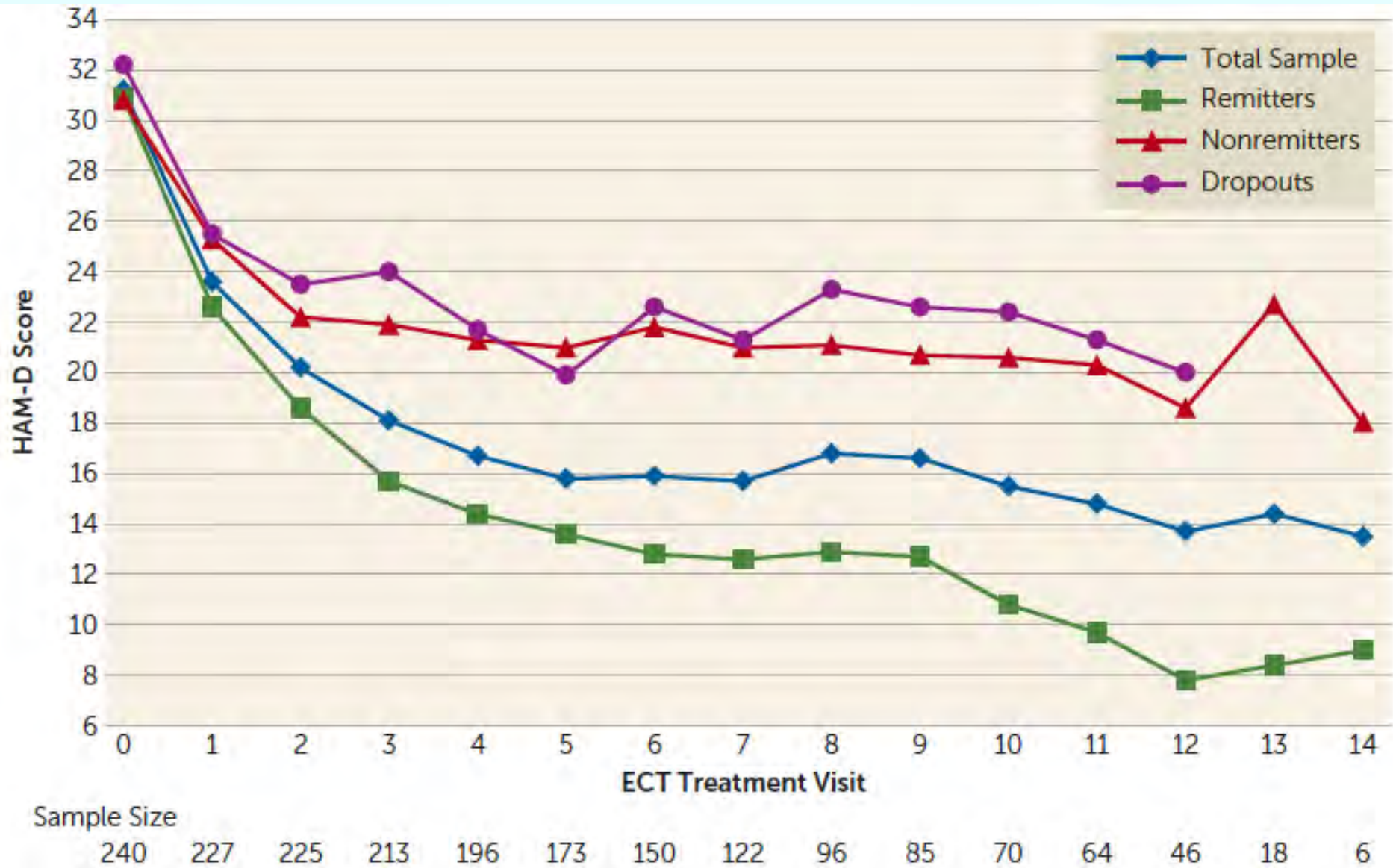
- EKT plus Venlafaxin (Zieldosis 225mg)
- EKT: 3x pro Woche (rechte unilaterale ultrakurze Pulse; 0.25ms)
- Alter: 60 Jahre und älter (Mittelwert: 70 Jahre), N = 240

Kellner et al. (2016)

# Kombination von EKT und Venlafaxin bei älteren Patienten

- 240 Probanden > 68 brachen ab
- Remission bei 148 Probanden (durchschnittlicher HAMD-Rückgang: 24.7 Punkte)
- Keine Remission bei 24 Probanden
- Baseline-Mittelwerte: HAM-D: 31.2; MMSE: 27.5
- Outcome-Werte: HAM-D: 6.2; MMSE: 27.6
- Mittlere EKT-Behandlungen bis Remission: 7.3

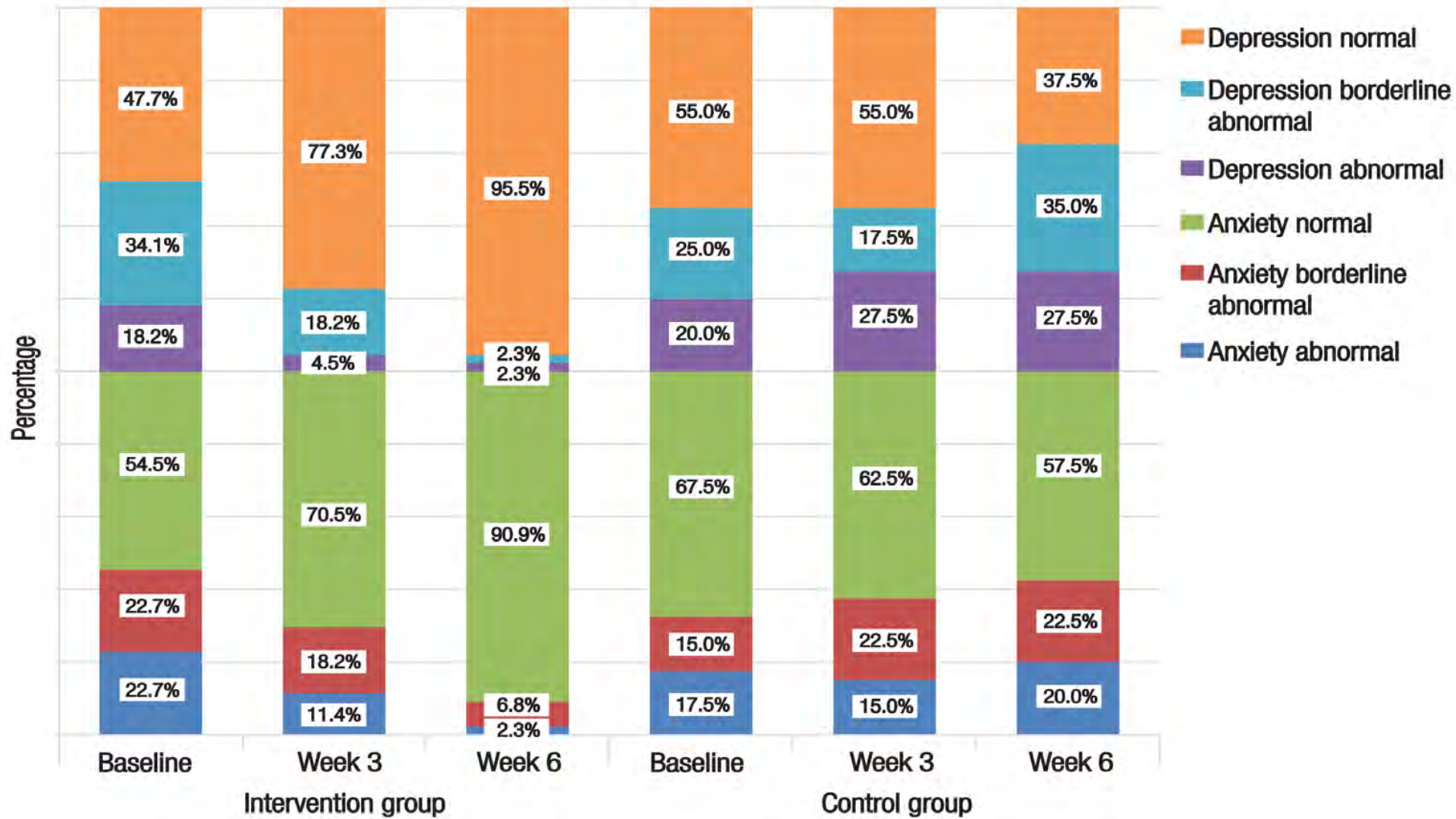
Kellner et al. (2016)

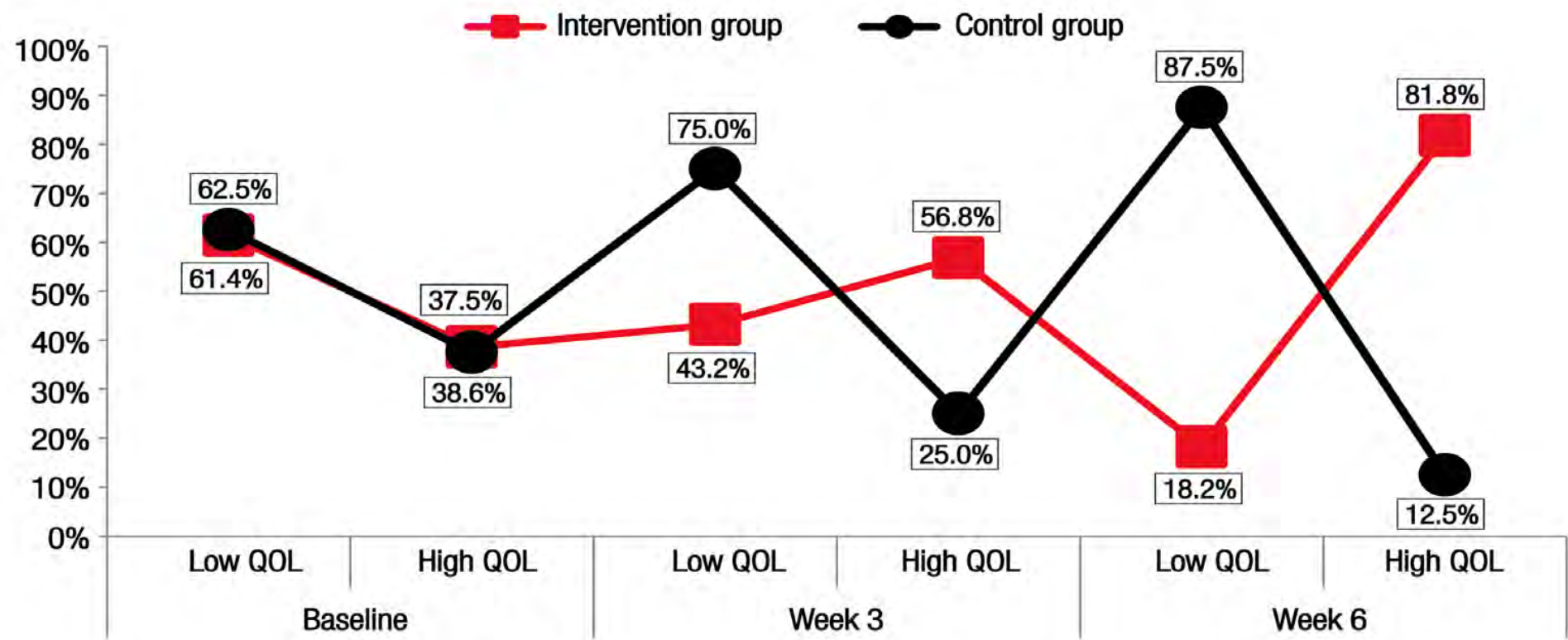


# Tanz und Depression

- poco poco dance plus Entspannung (Atem- und Imaginationsübungen sowie PMR) vs. Entspannung
- 2 Stunden pro Woche während sechs Wochen (10 min warmup, 20min Tanz, 30min Entspannung)
- N = 84, 60-80 Jahre alt

Adam et al. (2016)



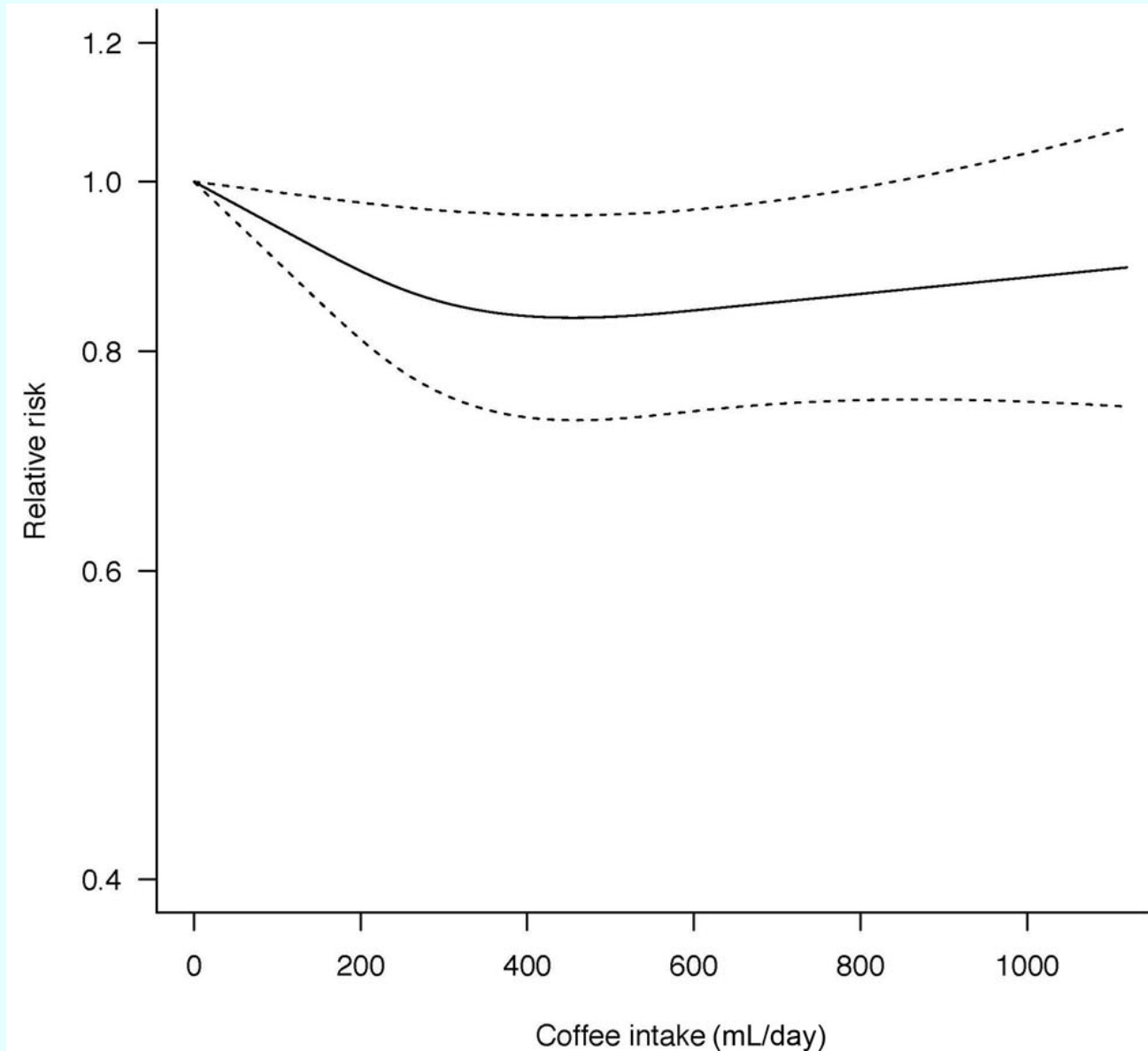


# Kaffeekonsum und Depression

- Metaanalyse über 12 Studien (N = 346'913)
- Optimaler Kaffeekonsum: 400ml/d



# Kaffeekonsum und Depression



DGPPN  
BAK, KBV, AWMF  
AkdÄ, BPIK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie

**Unipolare Depression**

Langfassung

2. Auflage, 2015  
Version 3  
AWMF-Register-Nr.: nv-005

Ergänzungen und Modifikationen der Leitlinie sind über die Webseite [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de) zugänglich.  
Bitte beachten Sie, dass nur die unter [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de) enthaltenen Dokumente des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien durch die Träger des NVL-Programms autorisiert und damit gültig sind. Bei NVL-Dokumenten, die Sie von anderen Webseiten beziehen, übernehmen wir keine Verantwortung für deren Gültigkeit.

DGPPN

## S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie

### Unipolare Depression

Aktualisierte Version: 2015

Erhältlich über: [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)

Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016, Teil 1\*

# Die Akutbehandlung depressiver Episoden

Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachster<sup>2</sup>, Dr. med. Josef Hättenschwiler<sup>2</sup>, PD Dr. med. Johannes Beck<sup>3</sup>, PD Dr. phil. Serge Brand<sup>2</sup>, PD Dr. med. et Dr. phil. Ulrich Michael Hommter<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Martin Ekkhard Kock<sup>3</sup>, Dr. med. Stefan Rennhard<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Martin Hatzinger<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Marco Merlo<sup>5</sup>, Prof. Dr. med. Guido Bondolfi<sup>4</sup>, Prof. Dr. med. Martin Preisig<sup>3</sup>, Dr. med. Anouk Gehret<sup>6</sup>, Dr. med. Daniel Bielinski<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Erich Seifritz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD); <sup>2</sup> Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP);

<sup>3</sup> Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP);

<sup>4</sup> www.aktuellenspiegel.ch  
<sup>5</sup> www.medicalforum.ch  
<sup>6</sup> www.medicalforum.ch

Diese Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) und der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP) wurden im Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) auf der Grundlage der Leitlinien der «World Federation of Societies of Biological Psychiatry» (WFSBP) 2012 [1] sowie der S3-Leitlinie «Nationalen Versorgungsrichtlinien «Unipolare Depression», der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurorehabilitation (DGPPN) 2015 [2] erstellt. Der vorliegende Teil ist ein Update der Version von 2010 [1]. Die Artikel in der Rubrik «Richtlinien» geben nicht unbedingt die Ansicht der SMI-Redaktion wieder. Die Inhalte unterstützen die nationaler Verantwortung der unterscheidenden Fachgesellschaft bzw. Arbeitsgruppe.

## Einleitung

Diese Behandlungsempfehlungen (Aktualisierung der Version von 2010 [1]) orientieren sich an der internationalen Leitlinie der «World Federation of Societies of Biological Psychiatry» (WFSBP) [1] und der S3-Leitlinie / Nationalen Versorgungsrichtlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurorehabilitation (DGPPN) [2]. Sie fassen die evidenzbasierten Therapiestrategien (bester Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin) zur Akutbehandlung der depressiven Episoden nach den Kriterien der «International Classification of Diseases» (ICD-10, WHO 1992) sowie des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-V) zusammen. Die Behandlungsempfehlungen setzen eine gründliche diagnostische Abklärung durch eine ärztliche Fachperson voraus, wobei andere psychische sowie somatische Erkrankungen ausgeschlossen und depressionsauslösende Faktoren (z.B. Medikamente, Alkohol, Drogen, psychosoziale Stressfaktoren usw.) berücksichtigt werden müssen. Die vier Grundelemente der psychiatrischen Behandlung (aktiv abwartende Begleitung, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen sowie Kombinationstherapie) sollten

während der gesamten Behandlung angemessen eingesetzt werden, unter Berücksichtigung von klinischen Faktoren wie Symptomschwere, Erkrankungsverlauf und Patientenpräferenz. Der Behandlungsplan richtet sich in erster Linie nach dem Schweregrad der Depression (Abb. 1). Eine aktiv-abwartende Begleitung (wärschtal waiting) kann bei Patienten mit leichter depressiver Episode genügen. Jedoch sollte die Besserung der Symptomatik innerhalb der ersten beiden Wochen überprüft werden. Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung von leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern nur nach kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Das berücksichtigt u.a. den Wunsch des Patienten, positives Ansprechen in der Vergangenheit, Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen sowie mittelgradige oder schwere Depressionen in der Vorgeschichte. Zur Behandlung von leichten bis mittel-schweren Depressionen soll eine angemessene Psychotherapie angeboten werden. Der Einsatz von Antidepressiva ist insbesondere bei mittelgradigen und schweren depressiven Episoden indiziert. Ein wesentliches Behandlungsmoment ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Behandler, weshalb jede Pharmakotherapie in ein entsprechendes Gesprächsangebot eingebettet gehört. Der Evidenzgrad der einzelnen Therapien wird in Stufen (Level A–D) angegeben (Tab. 1). Methodische Kriterien bestimmen die Evidenz, d.h. die Bewertung der Wirksamkeit einer Intervention basiert in der Regel auf randomisierten klinischen Studien (RCT). Aus dem Fehlen von solchen Studien für einzelne Behandlungen kann aber nicht geschlossen werden, dass diese Verfahren nicht wirksam sind. Die psychiatrische Theorie und Praxis beruht in der Schweiz auf einem biopsychosozialen Ansatz in der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen (vgl. Weiterbildungsprogramm und Leitbild der SGPP). Entsprechend wurden ergänzend zu den vorliegenden evidenzbasierten somatischen Behandlungsempfehlungen



Edith Holsboer-Trachster

## Richtlinien: Die Akutbehandlung depressiver Episoden

Erscheinungsjahr: 2016

Erhältlich über: [medicalforum.ch](http://medicalforum.ch)



Philipp Schmutz

**ALLAN: Wenn die Farben des Lebens  
verblassen**

**Erscheinungsjahr:** 2016

**Seitenzahl:** 144

**Verlag:** Berner Bündnis gegen Depression

**ISBN:** 978-3-033-05406-6

**Preis:** ca. CHF 19.90

# Literatur:

- Adam, D., Ramli, A. & Shahar, S. (2016). Effectiveness of a Combined Dance and Relaxation Intervention on Reducing Anxiety and Depression and Improving Quality of Life among the Cognitively Impaired Elderly. *Sultan Qaboos University Med J*, 16 (1), 47–53
- Al-Karawi, D. & Jubair, L. (2016). Bright light therapy for nonseasonal depression: Meta-analysis of clinical trials. *J Affect Disord*, 198:64-71
- Carr, A. & Finnegan, L. (2015). The Say 'Yes' to Life (SYTL) Program: A Positive Psychology Group Intervention for Depression. *J Contemp Psychother*, 45:109–118
- Cui, Y. H. & Zheng, Y. (2016). A meta-analysis on the efficacy and safety of St John's wort extract in depression therapy in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors in adults. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12:1715-23
- Grosso G. et al. (2016) Coffee, tea, caffeine and risk of depression: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Mol Nutr Food Res*, 60(1):223-34.
- Hallis, L., Cameli, L., Dionne, F. & Knäuper, B. (2016). Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 26(2), Jun 2016, 186-201
- Kahn, A. & Brown, W. A. (2015). Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry*, 14(3):294-300
- Karyotaki, E., Y. Smit, K. Holdt Henningsen, M. J. H. Huibers, J. Robays, D. de Beurs, et al. 2016. Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *J. Affect. Disord.* 194:144–152.
- Kellner et al. (2016). Right Unilateral Ultrabrief Pulse ECT in Geriatric Depression: Phase 1 of the PRIDE Study. *Am J Psychiatry* 2016 Jul 15:appiajp201615081101.
- Kolovos, S., Kleiboer, A. & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 1–9. doi: 10.1192/bjp.bp.115.175059
- Salk RH, Petersen JL, Abramson LY, Hyde JS. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal of Affective Disorders*. 205: 28-35.
- Soria-Saucedo, R., Walter, H. J., Cabral, H., England, M. J. & Kazis, L. E. (2016). Receipt of Evidence-Based Pharmacotherapy and Psychotherapy Among Children and Adolescents With New Diagnoses of Depression. *Psychiatric Services* 67:3, 316-323.
- Zhou, X. et al. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 208-222.

**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!**

