

update 2017

Die neuesten Ergebnisse aus der Depressionsforschung

Philipp Schmutz

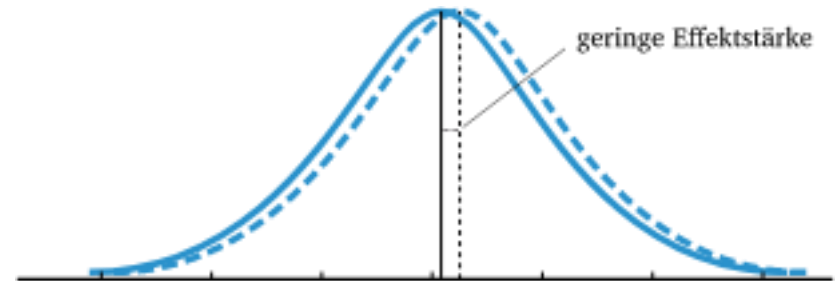


Kanton Bern
Canton de Berne

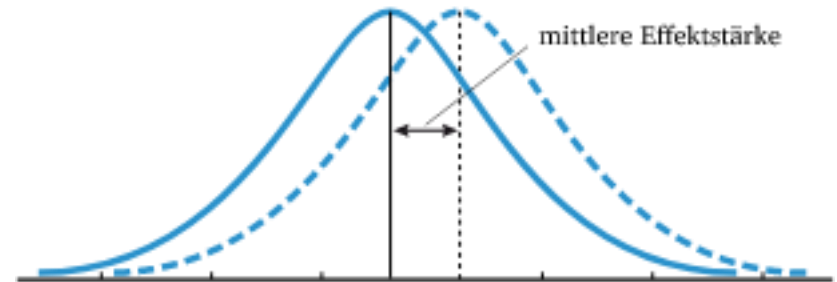


Effektstärken

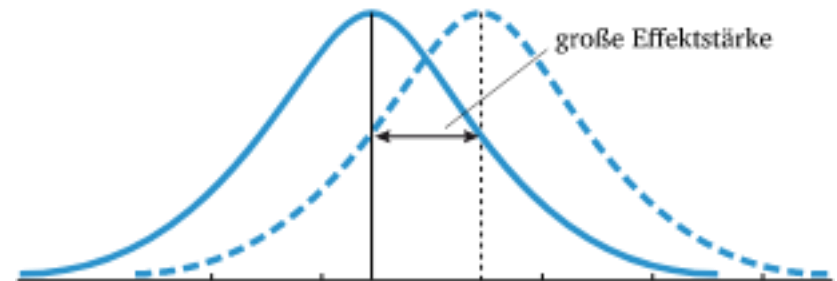
ES = 0.2 (geringer Effektstärke)



ES = 0.5 (mittlere Effektstärke)

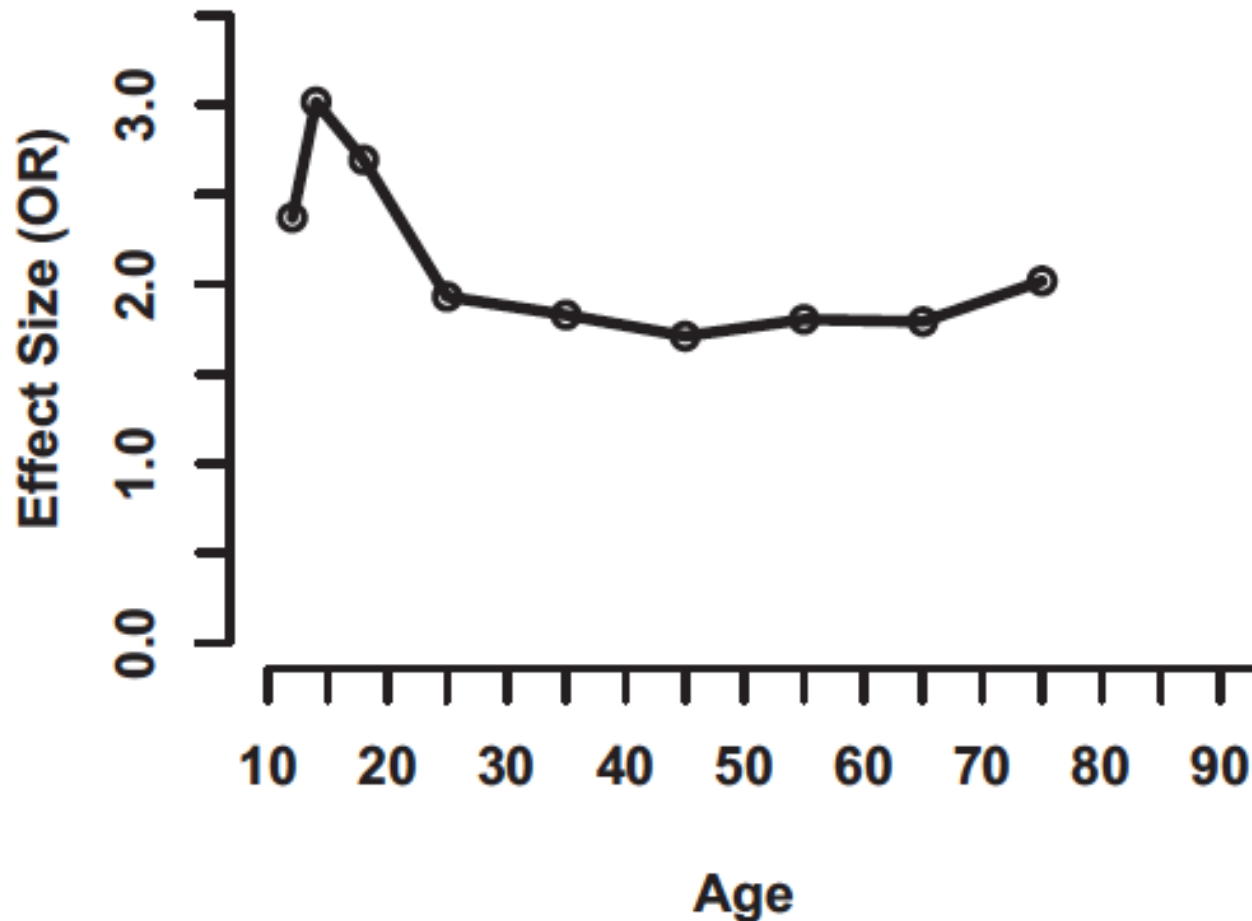


ES = 0.8 (hohe Effektstärke)



Cohen, J. (1988)

Beispiel Odds Ratio: Verteilung Depressionen bei Männern und Frauen



Salk et al. (2017). *Psychological Bulletin*

Präventionsprogramme

Patrick Pössel, Andrea B. Horn,
Simone Seemann und Martin Hautzinger

Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen

LARS&LISA: Lust an realistischer
Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag

mit
CD-ROM

Hogrefe



Franz Petermann
Heike Natzke
Nicole Gerken
Hans-Jörg Walter

Verhaltenstraining für Schulanfänger

Ein Programm zur Förderung
emotionaler und sozialer Kompetenzen

4., aktualisierte Auflage



hogrefe



Fröhlich-Gildhoff • Dörner • Rönnau-Böse

Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRIK

Ein Förderprogramm

3.
Auflage

Prävention von Depression im Schulsetting

Metaanalyse über 81 Studien (N = 31'794)

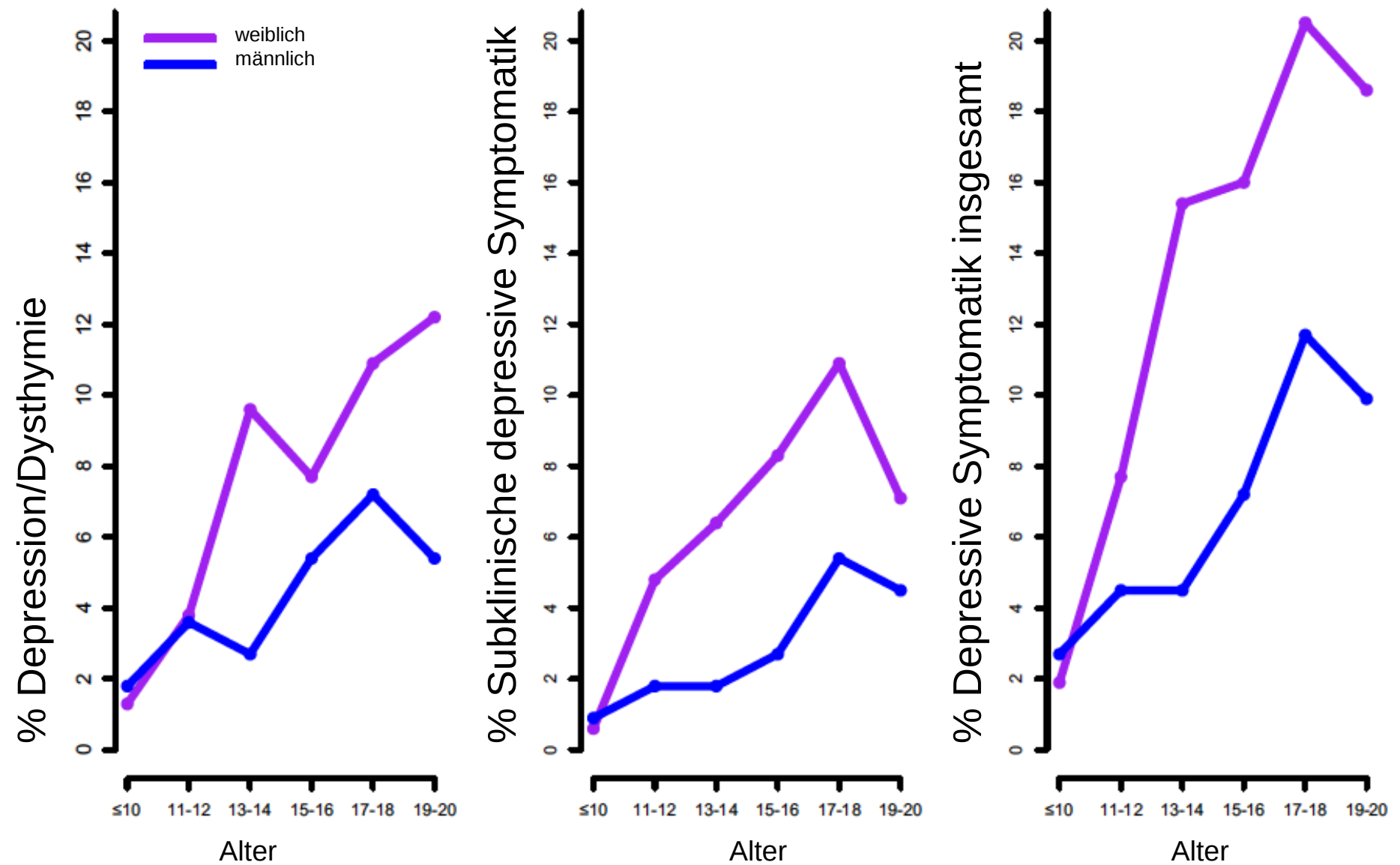
- Effektstärken von Präventionsprogrammen (Prä-Post-Vergleich): $g = 0.23$
- Effektstärken bei 12-Monats-Follow up: $g = 0.11$
- Universelle Präventionsprogramme: $g = 0.19$
- Selektive Präventionsprogramme: $g = 0.32$
- Universelle Präventionsangebote haben eine geringere Wirksamkeit als selektive Programme

Werner-Seidler et al. (2017). *Clinical Psychology Review*

Prävention von Depression im Schulsetting

- Angebote von externen Fachpersonen sind wirksamer ($g = 0.30$) als schulinterne Angebote ($g = 0.17$)
- Alter der Kinder
- Kinder: $g = 0.50$
- Frühe Adoleszenz: $g = 0.23$
- Ältere Adoleszenz: $g = 0.22$

Werner-Seidler et al. (2017). *Clinical Psychology Review*



Salk et al. (2016). *Journal of Affective Disorders*

Psychotherapien bei Depression

Seit den 1970er Jahren existieren ca. 500 RCTs zu Depression bei Erwachsenen

- Alle Psychotherapien sind wirksamer bei Depression als die Wartelisten- oder Placebobedingungen
- KVT ist mit Abstand die am häufigsten untersuchte Psychotherapieform
- Durchschnittliche ES im Vergleich mit Wartelisten: $g = 0.8$
- Durchschnittliche ES im Vergleich mit TAU: $g = 0.5$
- Durchschnittliche ES im Vergleich mit Placebomedikation: $g = 0.25$

Psychotherapien vs. Kontrollgruppen

- KVT: $g = 0.71$
- IPT: $g = 0.60$
- Problem Solving Therapy: $g = 0.83$
- Non Directive Supportive Therapy: $g = 0.58$
- Psychodynamische Kurzzeittherapie: $g = 0.61$

Cuijpers (2017) *Canadian Psychology*

Psychotherapie vs. alle anderen Psychotherapien

- KVT: $g = 0.02$
- Non Directive Supportive Therapy: $g = -0.20$
- Psychodynamische Kurzzeittherapie: $g = -0.25$
- IPT: $g = 0.06$
- Problem Solving Therapy: $g = 0.40$

Cuijpers (2017) *Canadian Psychology*

Psychotherapie vs. Kontrollgruppe bei...

...Lebensqualität: $g: 0.33$

...Suizidalität: $g: 0.12$

...Hoffnungslosigkeit: $g: 1.10$

...Dysfunktionalem Denken: $g: 0.51$

...Sozialem Funktionieren: $g: 0.46$

...positiver Affekt: $g = 0.37$

...negativer Affekt: $g = 0.40$

...elterlichem Funktionsniveau: $g = 0.67$

Cuijpers (2017) *Canadian Psychology*

Psychotherapie bei div. Patientengruppen und Störungsbildern

- Ältere Menschen: $g = 0.64$
- Studenten: $g = 0.89$
- Subklinische Depression: $g = 0.35$
- Chronische Depression: $g = 0.23$
- Postpartale Depression: $g = 0.61$
- ET vs. GT: $g = 0.20$

Cuijpers (2017) *Canadian Psychology*

Anzahl Sitzungen und Sitzungsfrequenz

Anzahl Sitzungen

- 4-6 Sitzungen: $g = 0.47$
- 7-10 Sitzungen: $g = 0.58$
- 12-16 Sitzungen: $g = 0.68$
- 18-24 Sitzungen: $g = 0.61$

Sitzungen pro Woche

- <1 : $g = 0.44$
- 1: $g = 0.58$
- >1 : $g = 0.71$

Cuijpers (2017) *Canadian Psychology*

Problem-Solving Therapy

Erklärungsmodell: Ineffektives Problemlösen ist Ursache sowie aufrechterhaltender Faktor einer Depression

Es dient der Prävention, Behandlung sowie Rückfallprophylaxe

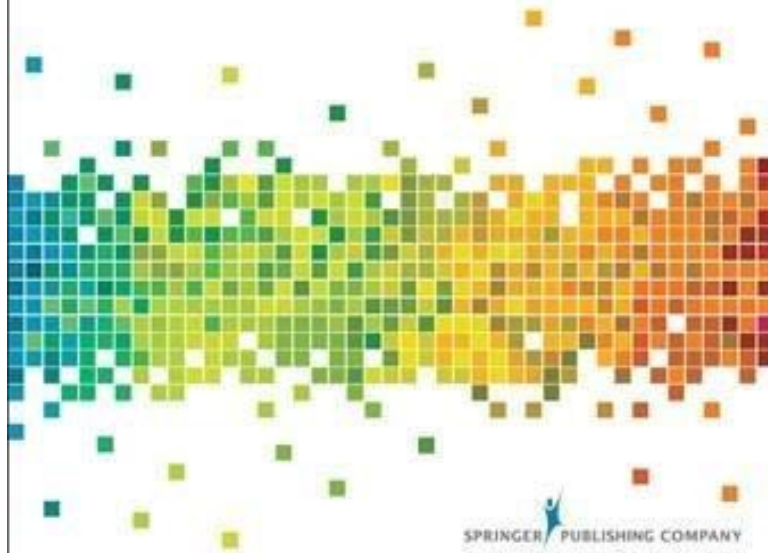
Ziele:

- Förderung von Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung
- Förderung planvollen Problemlösens
- Förderung emotionaler Regulationsfähigkeiten
- Verringerung negativer Problemorientierung
- Verringerung vermeidenden oder impulsiven Problemlösens

Arthur M. Nezu
Christine Maguth Nezu
Thomas J. D'Zurilla

Problem-Solving Therapy

A TREATMENT MANUAL



SPRINGER PUBLISHING COMPANY



American Psychological Association

SERIES I -

SYSTEMS OF PSYCHOTHERAPY

Hosted by Jon Carlson, PsyD, EdD



Arthur M. Nezu, PhD, ABPP,
and Christine Maguth Nezu, PhD, ABPP
Problem-Solving Therapy



Firefox Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Fenster Hilfe Werbung

Webinare

https://www.ffap.eu/index.php/webinare

Suchen

Meistbesucht Erste Schritte Apple Yahoo! Google Maps YouTube Wikipedia News Beliebt

Anmelden

Benutzername

Passwort

ANGEMELDET BLEIBEN ☒

Anmelden

Passwort vergessen?

Benutzername vergessen?

Registrieren

Veranstaltungen

Webinare

Datum	Veranstaltung	
Montag, 06. Mai 2019 - 16:00 bis 18:00	PLT-PV Webinar@home	Jetzt buchen
Freitag, 01. Januar 2100 - 16:00 bis 19:00	CBASP Webinar@home	Jetzt buchen
Freitag, 01. Januar 2100 bis Mittwoch, 11. September 2019 16:00 - 19:00	IPT Webinar@home	Jetzt buchen

Problem Solving Therapy bei älteren Menschen

Meta-Analyse über 9 Studien, N = 569

Mittelwerte des Alters pro Studie: 65.2 bis 80.5 Jahre

Studiendauer: 6 bis 12 Wochen

ES: $d = 1.15$

Kirkham et al. (2016). *Int J Geriatr Psychiatry*

Die Effekte von TAU

Meta-Analyse über 38 Studien (N = 2099)

Treatment as usual (TAU) wurde oft nicht definiert

Studiendauer: 6 bis 26 Wochen

- Remission bei 33%
- Response bei 27%
- Teilresponse bei 31%

Kolovos et al. (2017). *Journal of Affective Disorders*

IPT bei Depressionen

90 Studien, 11'434 Probanden

- IPT bei Akutdepressionen im Vergleich mit KG: $g = 0.6$
- IPT im Vergleich mit anderen Psychotherapien: $g = 0.06$
- IPT im Vergleich mit Pharmakotherapie: $g = -0.13$
- IPT + Pharmakotherapie vs. IPT: $g = 0.24$
- IPT + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie: $g = 0.14$ (n.s.)

Cuijpers et al. (2016). *Am J Psychiatry*

IPT bei Depressionen

90 Studien, 11'434 Probanden

- IPT als Präventionsmassnahme bei subklinischer Depression: OR = 0.3
- IPT + Pharmakotherapie vs. Pharmakotherapie als relapse prevention: OR = 0.34
- IPT + Pharmakotherapie vs. IPT als relapse prevention: OR 0.3
- IPT als Universalprävention im Vergleich mit care as usual: $g = 0.26$

Cuijpers et al. (2016). *Am J Psychiatry*

CBASP vs. Supportive Psychotherapie

N = 268 (keine antidepressive Medikation)

CBASP: n = 137; Baseline HRSD-24: 27.15

Supportive Psychotherapy: n = 131; Baseline HRSD-24: 27.05

Nach 20 Wochen

- CBASP: HRSD-24 = 17.19
- Supportive Psychotherapy: HRSD-24 = 20.39
- Effekstärke: $d = 0.31$

- Response: OR = 2.02
- Remission: OR = 3.55

Schramm et al. (2017). *JAMA Psychiatry*

CBASP vs. Supportive Psychotherapie

N = 268 (keine antidepressive Medikation)

CBASP: n = 137; Baseline HRSD-24: 27.15

Supportive Psychotherapie: n = 131; Baseline HRSD-24: 27.05

Nach 48 Wochen

- CBASP: HRSD-24 = 14
- Supportive Psychotherapie: HRSD-24 = 16.49
- Effektstärke: $d = 0.39$

Schramm et al. (2017). *JAMA Psychiatry*

KVT bei Depressionen

KVT in der Behandlung von akuten depressiven Episoden
144 kontrollierte Trials

Effektstärken:

- Depression: $g = 0.75$
- Generalisierte Angststörung: $g = 0.8$
- Panikstörung: $g = 0.81$
- Soziale Angststörung: $g = 0.88$

Über 80% der Angststudien hatte eine Warteliste als Kontrollgruppe.

Cuijpers et al. (2016) *World Psychiatry*

Lichttherapie bei non SAD

N = 122 (Erwachsene zwischen 19 und 60 Jahren)

Depressive Episode (mind. mittelgradig)

8 Wochen Dauer

Bedingungen:

1. Lichttherapie (10'000Lx, 30min/d) + Placebomedikation (n = 32)
2. Placebo-Licht + Fluoxetine (20mg/d) (n = 31)
3. Lichttherapie + Fluoxetine (n = 29)
4. Placebo-Licht + Placebomedikation (n = 30)

Lam et al. (2016) *JAMA Psychiatry*

Lichttherapie bei non SAD

Mittlere MADRS-Reduktion:

1. Lichttherapie (10'000Lx, 30min/d) + Placebomedikation: 13.4
2. Placebo-Licht + Fluoxetine (20mg/d): 8.8
3. Lichttherapie + Fluoxetine: 16.9
4. Placebo-Licht + Placebomedikation: 6.5

Effektstärken:

- Kombinationstherapie: $d = 1.11$
- Lichttherapie: $d = 0.8$
- Pharmakotherapie: $d = 0.24$

Lam et al. (2016) *JAMA Psychiatry*

Lichttherapie bei non SAD

Remissionsraten (max. MADRS-Score von 10):

1. Lichttherapie (10'000Lx, 30min/d) + Placebomedikation: 43.8%
2. Placebo-Licht + Fluoxetine (20mg/d): 19.4%
3. Lichttherapie + Fluoxetine: 58.6%
4. Placebo-Licht + Placebomedikation: 30%

Responseraten (mind. 50% Verbesserung):

1. Lichttherapie (10'000Lx, 30min/d) + Placebomedikation: 50%
2. Placebo-Licht + Fluoxetine (20mg/d): 29%
3. Lichttherapie + Fluoxetine: 75.9%
4. Placebo-Licht + Placebomedikation: 33.3%

Lam et al. (2016) *JAMA Psychiatry*

Johanniskrautpräparate

27 Trials, 3808 Patienten

Johanniskrautpräparate vs. SSRI

- Response: $RR = 0.924$
- remission: $RR = 1.013$
- dropout: $RR = 0.587$

Studiendauer: 4 bis 12 Wochen

Ng et al.(2017). *Journal of Affective Disorders*

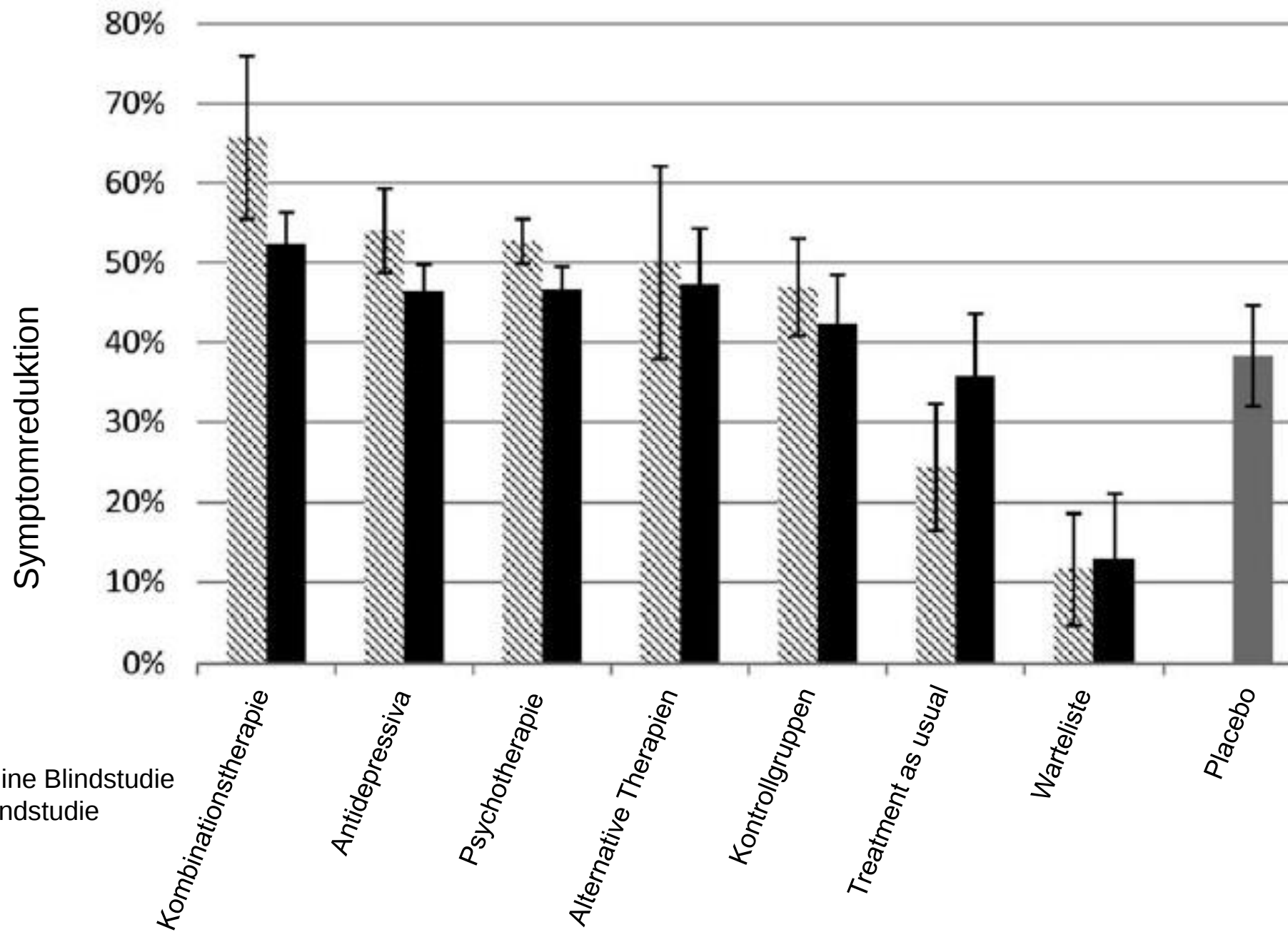
SSRI vs. Placebo

Meta-Analyse über 131 placebo-kontrollierte Trials; N = 27'422

Keine Remission: OR = 0.88

Unerwünschte Nebenwirkungen: OR = 1.37

Jakobsen et al. (2017), *BMC Psychiatry*



Mediterrane Ernährungspyramide



Wine in moderation
and respecting social beliefs



2010 edition

s = Serving

© 2010 Fundación dieta mediterránea the use and promotion of this pyramid is recommended without any restriction



ICAF
International Commission on the
Anthropology of Food and Nutrition



Ciiscam



Ernährung und Depression

N = 67

Dauer: 12 Wochen

Mittelgradige bis schwere depressive Episode

7 Ernährungsberatungen + motivational interviewing (n = 34)

7 Sozialer Support ... (n = 33)

55 Personen hatten parallel Pharmakotherapie,
Psychotherapie oder Kombinationstherapie

Jacka et al. (2017) *BMC Medicine*

Interventionsgruppe

- Vollkornprodukte, Gemüse, Hülsenfrüchte, Früchte
- Ungesüsste und fettarme Milchprodukte
- Ungesalzene, ungeröstete Nüsse
- Fisch, mageres rotes Fleisch, Poulet, Eier
- Olivenöl
- Reduktion von: verarbeiteten Nahrungsmitteln, frittierten Speisen, Süßspeisen, verarbeitetes Fleisch, zuckerhaltige Getränke
- Wenn Alkoholkonsum: Rotweinkonsum zum Essen

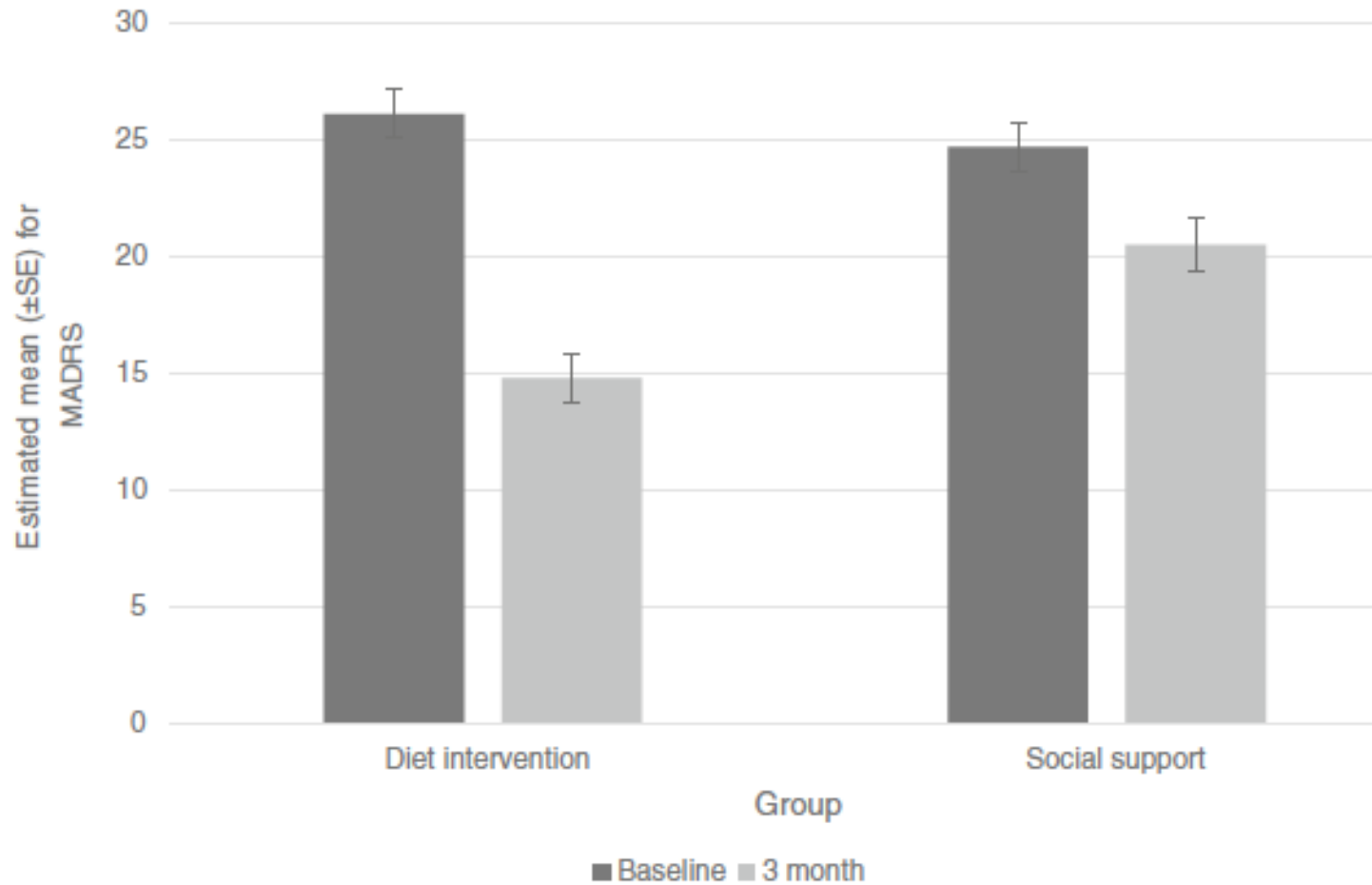
Jacka et al. (2017) *BMC Medicine*

Kontrollgruppe

- Gespräche über Hobbies der Patienten (Musik, Sport)
- Gemeinsame Aktivitäten (Kartenspielen, Brettspiele)

Jacka et al. (2017) *BMC Medicine*

Ergebnis



Effektstärke: $d = 1.16$

Jacka et al. (2017) *BMC Medicine*

Blue Zones & Co

"The Blue Zones Solution takes a deep dive into five places around the world where people have a beguiling habit of forgetting to die."
— NEW YORK TIMES

THE Blue Zones Solution



Eating and Living Like
the World's Healthiest People

Dan Buettner

New York Times Bestseller



Gesund bleiben bis 100

Wissenschaftlich erforschte Geheimnisse eines
langen und glücklichen Lebens



HANS-NIETSCH-VERLAG

Nutrition and Health
Series Editor: Adrienne Bendich

Donato F. Romagnolo
Ornella I. Selmin *Editors*

Mediterranean Diet

Dietary Guidelines and Impact on Health
and Disease

 Humana Press

Vegetarier sind depressiver als Nicht-Vegetarier

OR: 1.67

Kontrolliert wurden: Alter, Ehestatus, Arbeitssituation, Anzahl Kinder, Religion, familiäre Häufung von Depressionen, Psychiatrische Vorgeschichte, Zigaretten- und Alkoholkonsum.

Mögliche Erklärungen: Eisenmangel, Mangel an Vitamin B₁₂

Hibbeln et al. (2017) *Journal of Affective Disorders*

Katzenhalter sind weniger depressiv

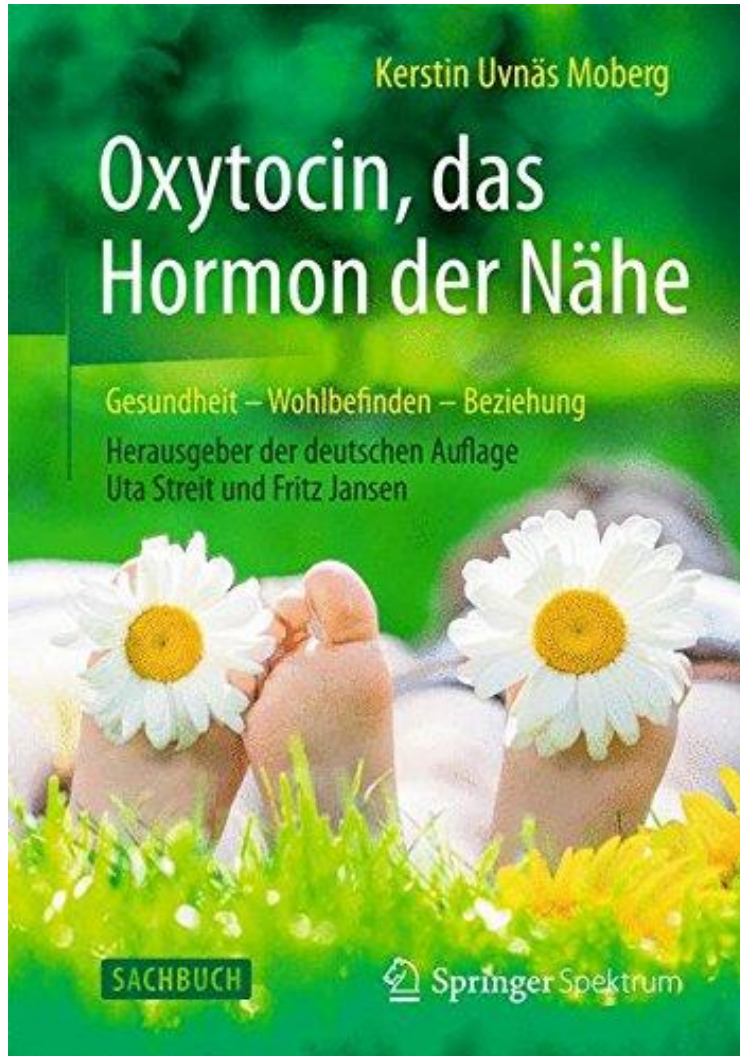
N = 39

Effektstärke: $d = 0.79$



Branson et al. (2017) *J Mind Med Sci*

Bindung zu Tieren und Oxytocin



Henri Julius · Andrea Beetz · Kurt Kotrschal
Dennis C. Turner · Kerstin Uvnäs-Moberg

Bindung zu Tieren

Psychologische und neurobiologische
Grundlagen tiergestützter Interventionen

HOGREFE 

Yoga als Therapie

Metaanalyse zu Yoga als Therapie

25 Studien (RCTs), N = 1339 (18-65 Jahre, psychische Störung nach DSM oder ICD)

- Inaktive Kontrollgruppe
- Aktive Kontrollgruppe (Sport, TAU)
- Yoga vs. Unbehandelte Kontrollgruppe: $g = 0.91$
- Yoga vs. Sport: $g = 0.3$
- Yoga vs. Psychotherapeutische Standardbehandlung: $g = 0.08$
- Depression: Yoga vs. Unbehandelte Kontrollgruppe: $g = 0.93$

Klatte R, Pabst S, Beelmann A, Rosendahl J: The efficacy of body-oriented yoga in mental disorders—a systematic review and meta-analysis. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 195–202. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0195

Geführte und selbstgeführte Online-Therapie

- Geführte Internetbasierte Therapie vs. Kontrollgruppe: $d = 0.56$
- Self-guided Internet Interventions vs. Kontrollgruppe: $d = 0.28$

Cuijpers et al. (2017). *Depress Anxiety*

Kombination von EKT und Venlafaxin bei älteren Patienten

EKT plus Venlafaxin (Zieldosis 225mg)

EKT: 3x pro Woche (rechte unilaterale ultrakurze Pulse; 0.25ms)

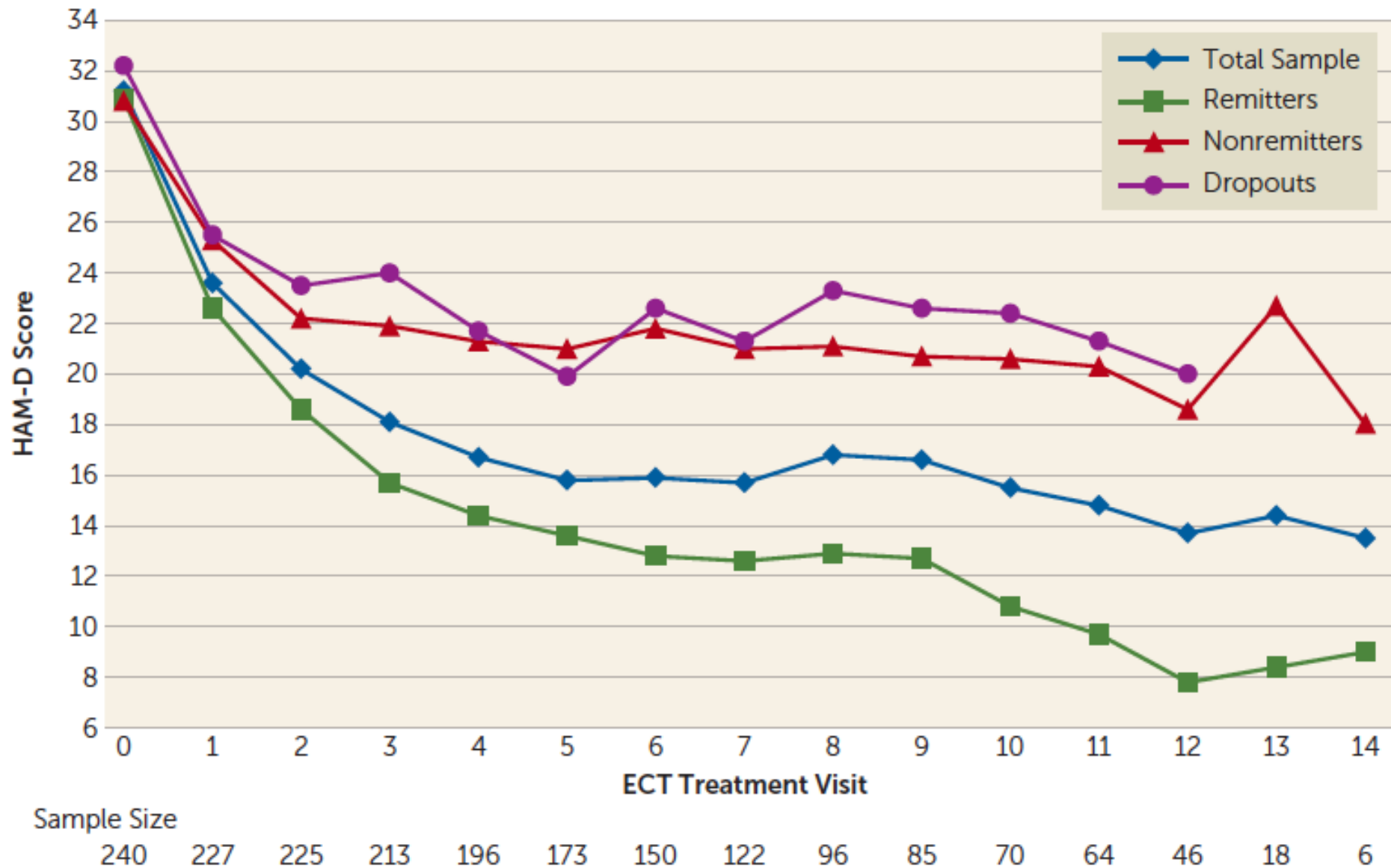
Alter: 60 Jahre und älter (Mittelwert: 70 Jahre), N = 240

Kombination von EKT und Venlafaxin bei älteren Patienten

240 Probanden > 68 brachen ab

- Remission bei 148 Probanden (durchschnittlicher HAM-D-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). *Am J Psychiatry*



Kellner et al. (2016). *Am J Psychiatry*

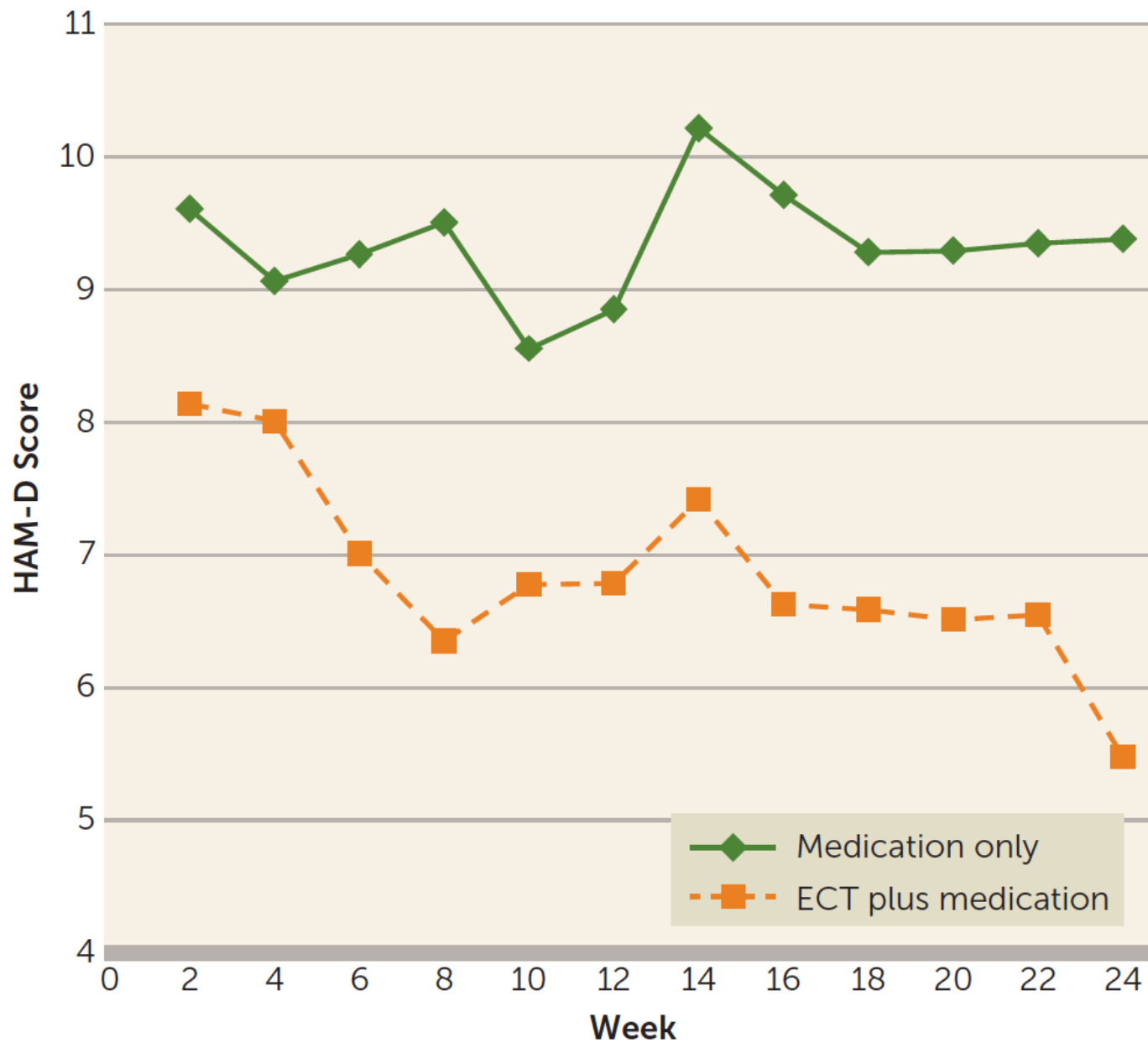
Pride 2 - Studie

N = 120 remitters aus der PRIDE-1-Studie

- Venlafaxin (Mittelwert 191.6 mg/d) + Lithium (Startdosis 300mg/d; 4 EKT-Sitzungen (oder mehr), Venlafaxin + Lithium
- Experimentalgruppe: Venlafaxin + Lithium + EKT
- Kontrollgruppe: Venlafaxin + Lithium

24 Wochen, 24-HAM-D, MMSE

Kellner et al. (2016). *Am J Psychiatry*



Kellner et al. (2016). *Am J Psychiatry*

EKT vs. TMS

Meta-Analyse über 25 Studien (N = 1288)

Wirksamkeit

$EKT > B\text{-}rTMS > R\text{-}rTMS > L\text{-}rTMS$

Verträglichkeit

$R\text{-}rTMS > B\text{-}rTMS > L\text{-}rTMS > EKT$

Fazit

B-rTMS hat das beste Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil

Chen et al. (2017). *Behavioural Brain Research*

Literatur

- Branson, S. M., Boss, L., Cron, S. & Turner, D. C. (2017). Depression, loneliness, and pet attachment in homebound older adult cat and dog owners, *J Mind Med Sci*; 4(1): 38-48
- Chen, J., Zhao, L., Liu, Y., Fan, S. & Xie, P. (2017). Comparative efficacy and acceptability of electroconvulsive therapy versus repetitive transcranial magnetic stimulation for major depression: A systematic review and multiple-treatments meta-analysis, *Behavioural Brain Research*, 320, 30-36
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cuijpers, P. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses, *Canadian Psychology*, 58 (1), 7–19
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P. & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis, *Am J Psychiatry*, 173 (7), 680-687.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence, *World Psychiatry*, 15, 245–258
- Cuijpers, P., Kleiboer, A., Karyotaki, E. & Riper, H. (2016). Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges, *Depress Anxiety*; 34:596–602.
- Hibbeln, J. R., Norhstone, K., Evans, J. & Golding, J. (2017). Vegetarian Diets and depressive symptoms among men, *Journal of Affective Disorders*, 225, 13-17.
- Jacka et al. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the „SMILES“ trial), *BMC Medicine*, 15: 23
- Jakobsen et al. (2017). Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis, *BMC Psychiatry*, 17:58
- Kahn, A. & Brown, W. A. (2015). Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry*, 14(3):294-300
- 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.
- Kellner et al. (2016). A Novel Strategy for Continuation ECT in Geriatric Depression: Phase 2 of the PRIDE Study. *Am J Psychiatry*, 173:1110–1118; doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010118
- Kirkham, J. G., Choi, N. & Seitz, D. P. (2016). Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31, 526–535

Literatur

- Kolovos et al. (2017). The effect of treatment as usual on major depressive disorder: A metaanalysis, *Journal of Affective Disorders* 210, 72–81
- Lam et al. (2016). Efficacy of Bright Light Treatment, Fluoxetine, and the Combination in Patients With Nonseasonal Major Depressive Disorder, *JAMA Psychiatry*, 73(1), 56-63
- Ng, Q. X., Venkatanarayanan, N. & Ho, C. Y. X. (2017). Clinical use of *Hypericum perforatum* (St John's wort) in depression: A meta-analysis, *Journal of Affective Disorders* 210, 211–221
- 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.
- Salk, R. H., Hyde. J. S. & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms, *Psychological Bulletin*, 143 (8), 783–822
- Schramm et al. (2017). Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression, *JAMA Psychiatry*, 74 (3), 233-242
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Caelear, A. L., Newby, J. M. & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 51, 30–47

update 2017

Die neuesten Ergebnisse der Depressionsforschung

Schmutz Philipp
Psychologe lic.phil.

PZM Psychiatriezentrum Münsingen
Hunzigenallee 1
3110 Münsingen

Telefon +41 31 720 81 53
Fax +41 31 720 88 00
E-Mail philipp.schmutz@pzmag.ch