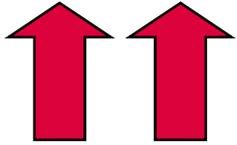


**Bei schweren Episoden ist eine Kombination  
von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie  
am wirksamsten.**



**Wenn bei schweren Depressionen nur ein Verfahren angewandt werden soll, ist von einer Gleichwertigkeit von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung auszugehen**

# **Empfehlungen für Einzeltherapie bei Depressionen**

**Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**

**Interpersonelle Psychotherapie (IPT)**

**Psychodynamische Kurzzeittherapie (STPP)**

**Gesprächspsychotherapie (insbes. „Process-Experiential Psychotherapy (PE-GPT)**

## Auswahl

### Metaanalysen zur KVT > 80 Studien

DeRubeis et al. (1999) Archives of General Psychiatry

Gloaguen et al. (1998) Journal of Affective Disorders

Jorgensen et al. (1998) Acta Psychiatrica Scandinavica

Wampold et al. (2002) Journal of Affective Disorders

### Metaanalysen zur psychodynamischen Kurzzeittherapie

Crits-Cristoph (1992) American Journal of Psychiatry

(11 Studien, IPT Studien eingeschlossen)

Leichsenring (2001) Clinical Psychology Review (6 Studien, IPT Studien eingeschlossen)

Leichsenring et al. (2004) Archives of General Psychiatry (3 Studien)

### Metaanalyse Interpersonelle Psychotherapie

Feijo de Mello et al. (2004) European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience

(13 Studien)

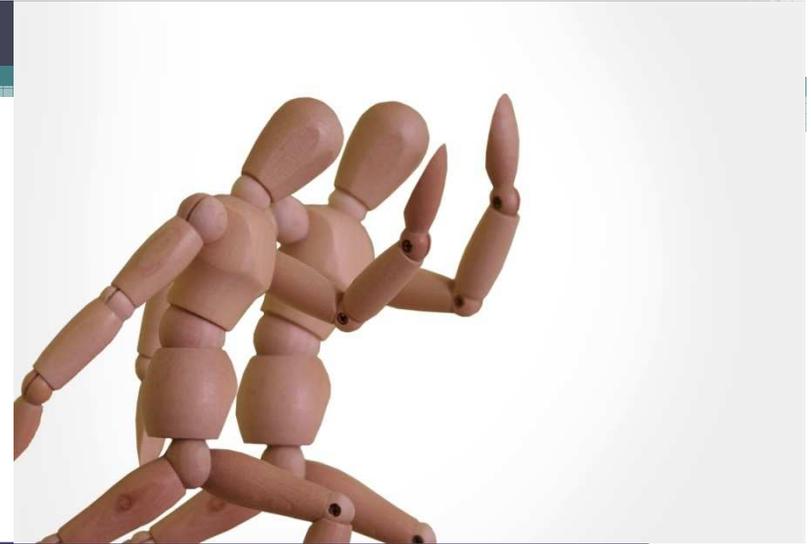
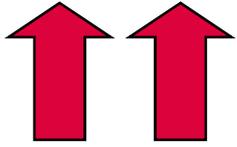


# Chronische Depressionen

- Über 20% behandelter depressiver Episoden nehmen einen chronischen Verlauf mit mehr als zweijähriger Dauer

Keller et al. (1992)





**Bei chronischer Depression und Dysthymie  
ist eine Kombination aus  
Psychotherapie und medikamentöser Behandlung  
am wirksamsten.**

# Empfehlung zur Psychotherapie bei chronischen Depressionen und Dysthymie

<b>Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „wirksam“</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Kombination <b>KVT</b> und <b>Antidepressiva</b></li><li>- Kombination <b>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy</b> und <b>Antidepressiva</b></li><li>- führt bei früh traumatisierten chronisch depressiven Patienten zu besseren Ergebnissen als <b>SSRIs</b></li></ul>
--	--

**Studienlage insgesamt noch schwach**

## Komorbidität

Alkoholkonsum: 9,4 %

(N, %) bei Personen mit ausgewählten  
Erkrankungsbildern mit ihren Assoziationen  
Odds- und Konfidenzintervall (KI))

% (w)	Modell 1		Modell 2	
	OR	KI (95 %)	OR	KI (95 %)
22,6	4,0	3,6–4,4		
13,7	2,4	2,0–2,8		
10,0	1,8	1,6–1,9		
9,4	1,5	1,3–1,7		

Kreberkrankung	194	11,8	1,7	1,5–1,9		
<b>Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechsel</b>						
Hyperlipidämie	1209	8,2	1,2	1,1–1,3		
Diabetes mellitus	678	9,0	1,3	1,2–1,4		
Diabetes mellitus Typ 1	30	11,2	1,7	1,5–1,9		
Diabetes mellitus Typ 2	648	8,9	1,3	1,2–1,4		
Nephropathie	99	11,7	1,7	1,5–1,9		
Retinopathie	118	12,0	1,7	1,5–1,9		
Neuropathie	236	13,4	2,0	1,7–2,3		
Diabetisches Fußsyndrom	90	13,3	2,0	1,7–2,3		
Adipositas	1381	8,2	1,2	1,1–1,3		
Schilddrüsenerkrankung	468	8,3	1,0	0,9–1,1	0,7	0,6–0,8
Hyperurikämie	281	8,2	1,2	1,1–1,4	0,7	0,6–0,8
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>						
Hypertonie	1377	7,6	1,0	1,0–1,1	0,7	0,6–0,8
KHK	628	10,2	1,7	1,5–1,9	1,2	1,1–1,4
Stabile Angina pectoris	206	9,8	1,4	1,2–1,6	1,0	0,8–1,2
Instabile Angina pectoris	68	11,8	1,7	1,3–2,2	1,2	0,9–1,6
Myokardinfarkt	249	12,0	2,0	1,7–2,3	1,4	1,2–1,7
					1,1	0,9–1,4
					1,5	1,2–1,8
					0,8	0,7–1,0
					1,2	1,0–1,3
					0,8	0,7–1,0
					1,1	0,9–1,3
					1,6	1,2–2,1
					3,7	1,5–9,3
					0,9	0,8–1,1
					1,3	1,1–1,7
					1,2	0,9–1,5
					1,1	0,8–1,4
TIA/PRIND	137	14,6	2,2	1,8–2,7	1,6	1,3–2,0
Zerebraler Insult	129	15,9	2,5	2,1–3,1	1,8	1,5–2,3
<b>Krankheiten des Verdauungssystems</b>						
Magen-Darm-Erkrankung	451	9,8	1,4	1,2–1,5	1,2	1,0–1,3
Lebererkrankung	234	12,5	1,9	1,6–2,2	1,4	1,2–1,6
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems</b>						
Polyarthrit/Rheuma	420	10,9	1,5	1,4–1,7	1,3	1,2–1,5
Osteoporose	243	9,8	1,2	1,1–1,4	1,0	0,9–1,2
<b>Krankheiten des Urogenitalsystems</b>						
Blasen-/Nierenerkrankung	220	10,2	1,4	1,2–1,6	1,1	0,9–1,3

%(w) Patienten mit ausaeuüllten DSO (N = 51.206) aewichtet an die Alters- und Geschlechtsverteilung

Diabetes mellitus Typ I: 11,2 %

Myokardinfarkt: 12 %

# Therapie von Komorbidität

**Insgesamt besteht eine sehr unzureichende Studienlage**

**Psychotherapie hat sich als wirksam erwiesen bei:**

- Depression und Angststörungen
- Depression und Alkoholabhängigkeit ( Depressionsbehandlung erst nach mehrwöchiger Abstinenzphase)
- Depression und chronische Schmerzen
- Depression und Diabetes

## Rückfallraten nach einer Remission

Nach einem Jahr: 30-40 %

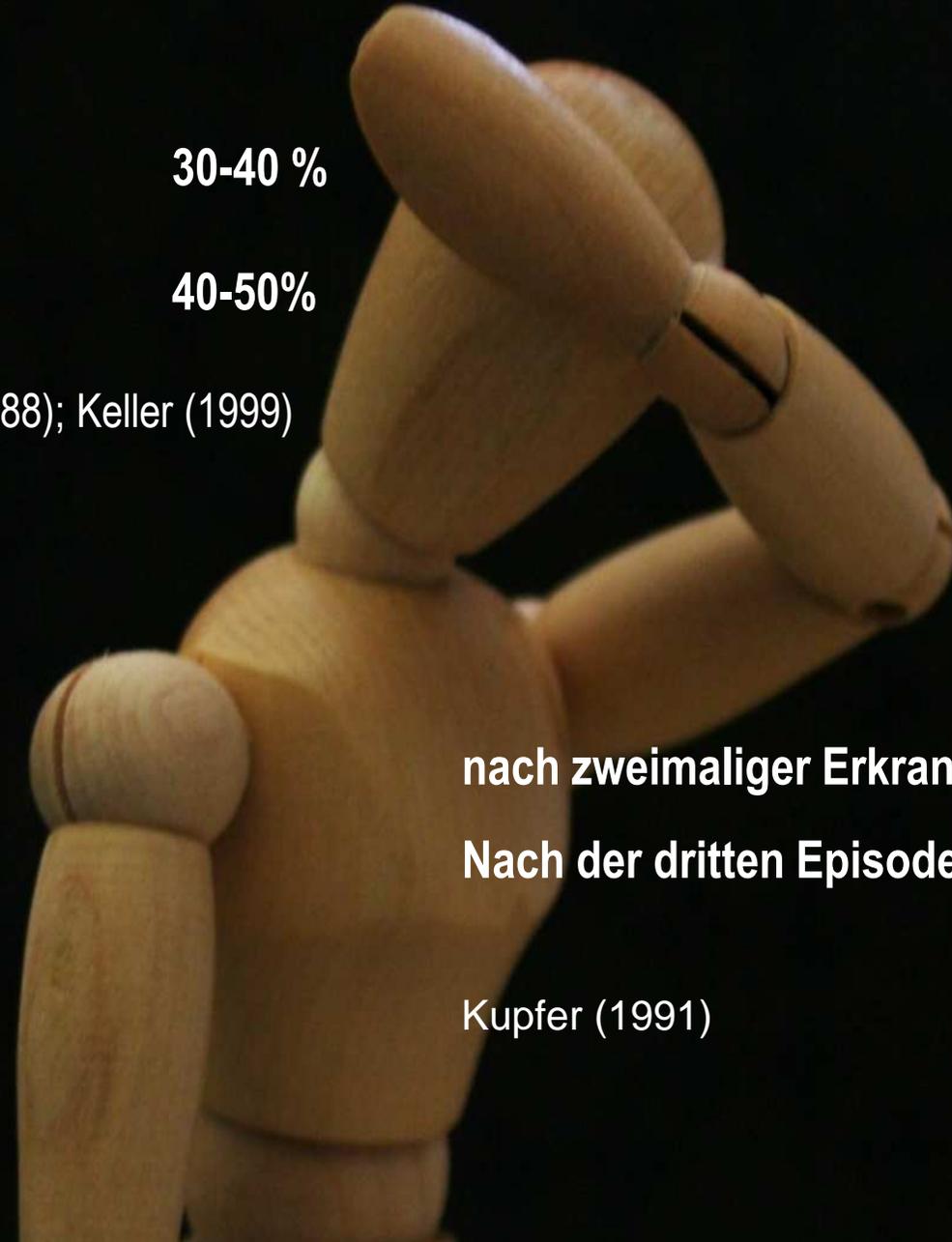
Nach zwei Jahren: 40-50%

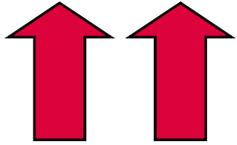
Besher & Costello (1988); Keller (1999)

nach zweimaliger Erkrankung: 70%

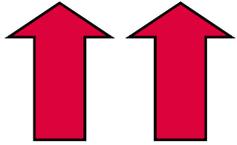
Nach der dritten Episode: 90%

Kupfer (1991)





**Psychotherapeutische Erhaltungstherapie  
und  
Rezidivprophylaxe  
sind wirksam in der Verhinderung von Rezidiven**

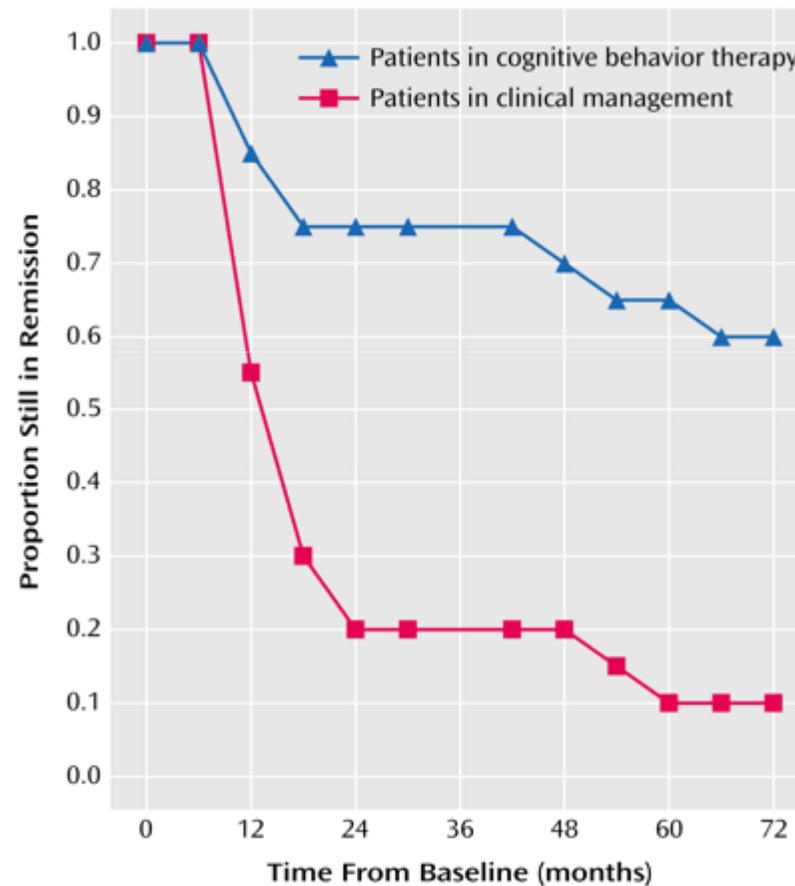


**Das gilt sowohl für vorherige Psychotherapie als auch  
Psychopharmakotherapie**

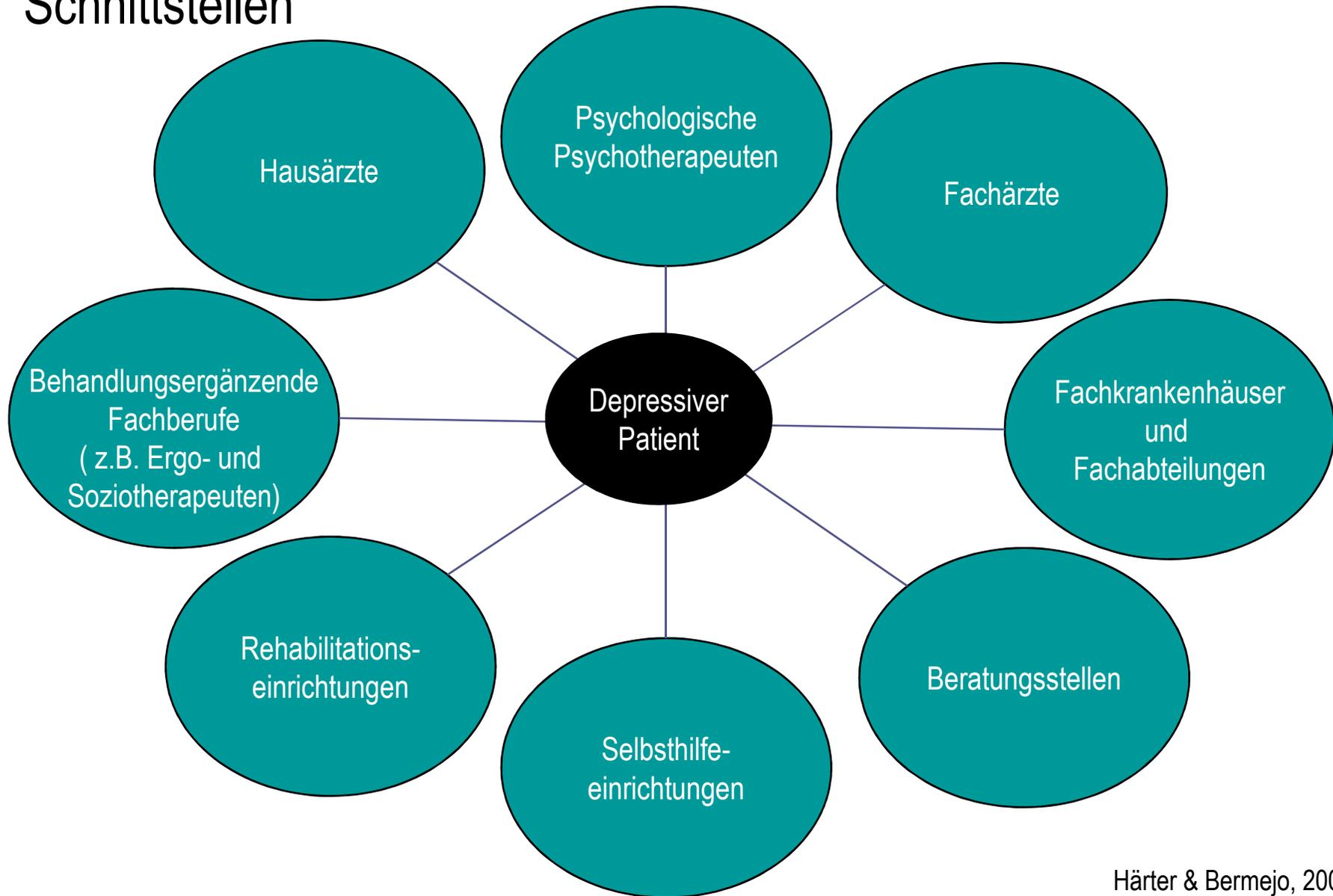
## Empfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe

Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „wirksam“	<ul style="list-style-type: none"><li>- KVT (Einzel und Gruppen)</li></ul>
Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „möglicherweise wirksam“	<ul style="list-style-type: none"><li>- IPT</li><li>- <b>CBASP</b> ist als Erhaltungstherapie wirksam bei chronisch Depressiven, die auf diese Therapie zuvor angesprochen haben.</li><li>- <b>Mindfulness Based Cognitive Therapy</b> reduziert das Rückfallrisiko für Patienten, die bereits mehr als zwei depressive Episoden in der Vorgeschichte hatten.</li></ul>

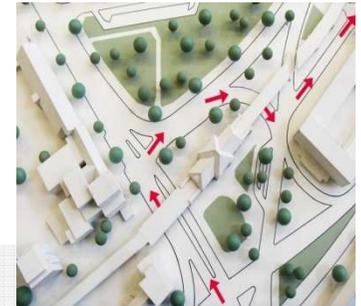
## Anteil depressiver Patienten in Remission sechs Jahre später nach einer kognitiven Verhaltenstherapie oder Clinical Management



# Schnittstellen



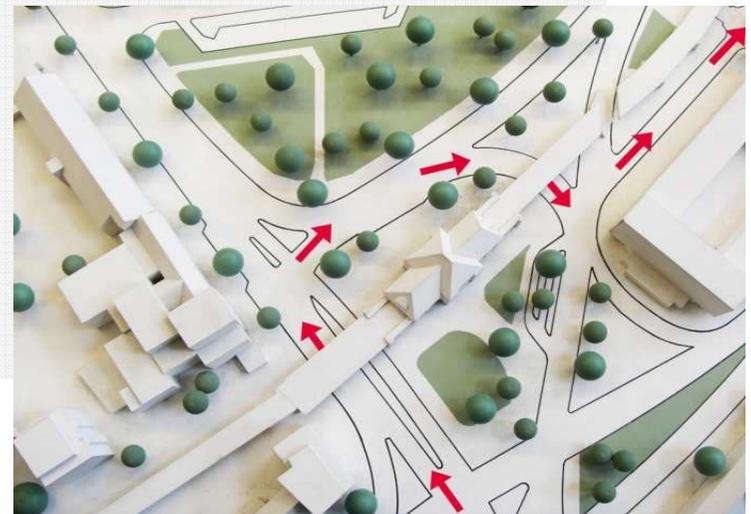
## Zusammenfassung: Aspekte neuerer Leitlinien Depression



- Verbesserung der Erkennensrate durch klare diagnostische Prinzipien
- Stärkerer Einbezug des Patienten:
  - Informationsvermittlung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten
  - Berücksichtigung von Patientenpräferenzen bei der Auswahl der Behandlung
- Auswahl der Behandlungsoptionen anhand der Schwere der Depression, des Verlaufs, der Suizidgefährdung, der Chronizität
- Integrierte Behandlungsmaßnahmen

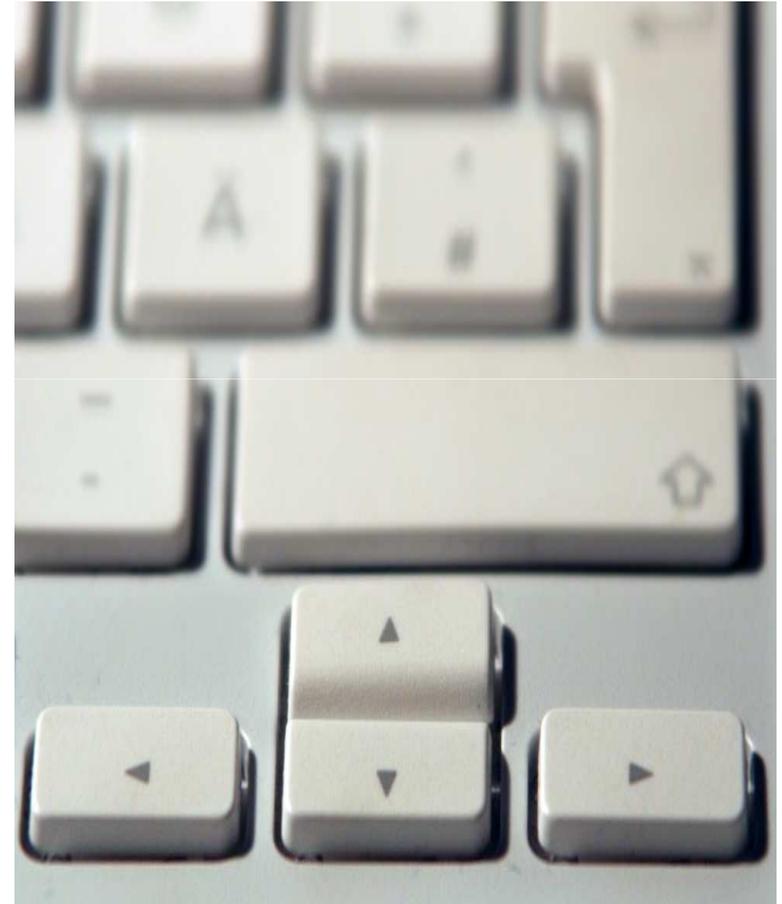
## Zusammenfassung: Aspekte neuerer Leitlinien Depression

- Psychotherapie ist nach den vorliegenden Evidenzen eine zur medikamentösen Behandlung gleichwertige Behandlungsoption
- Das gilt für die Akut- und Erhaltungstherapie sowie die Rückfallprophylaxe
- Betonung eines kontinuierlichen Prozess der Veränderungsbeobachtung. Notwendigkeit der Änderung der Behandlungsmaßnahmen bei Non-Response
- Aufzeigen von Informationsdefiziten



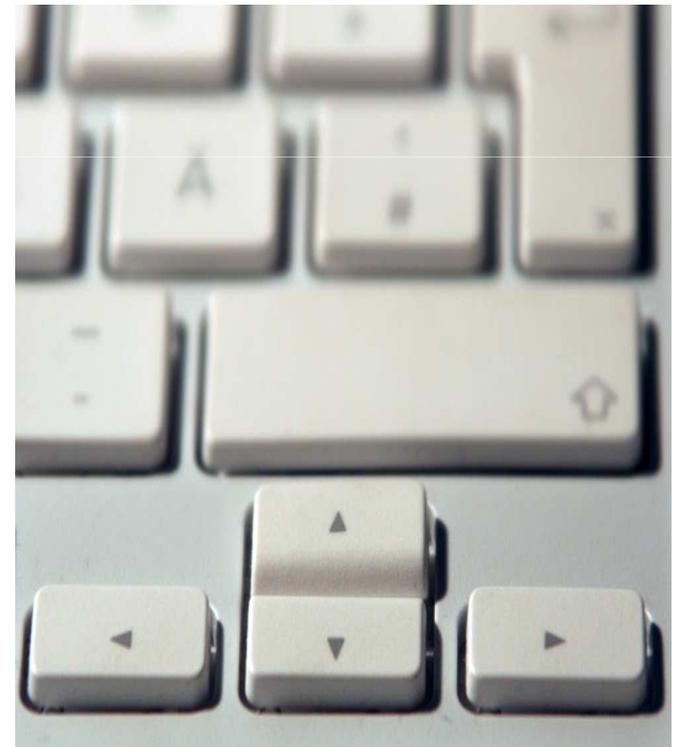
## Umsetzungsbarrieren

- Befürchtung, dass der Behandlungsspielraum eingeschränkt wird
- Empfehlungen sind in der Praxis nicht umsetzbar, z.B. mangelnde Verfügbarkeit von Behandlungsoptionen
- Leitlinien im Alltag nicht verfügbar
- Fehlende Aktualität



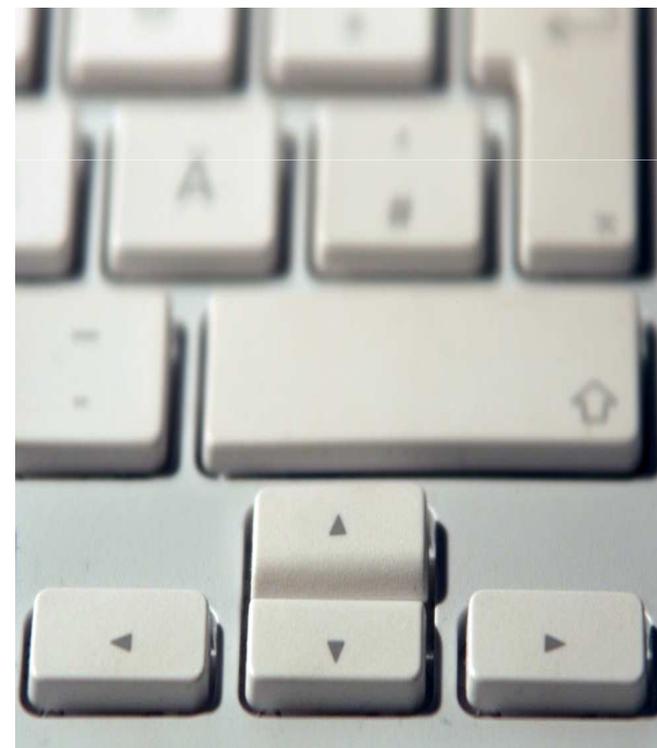
## Methodische Kritik

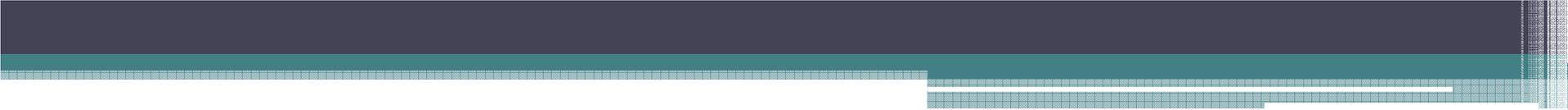
- Ungleichgewicht zwischen Medikamenten- und Psychotherapiestudien hinsichtlich der Verfügbarkeit von Studien
- Kompromisse durch Konsentierungsprozess
- Kritik an RCT-Studien
- Kaum Studien unter Versorgungsbedingungen



## Offene Fragen

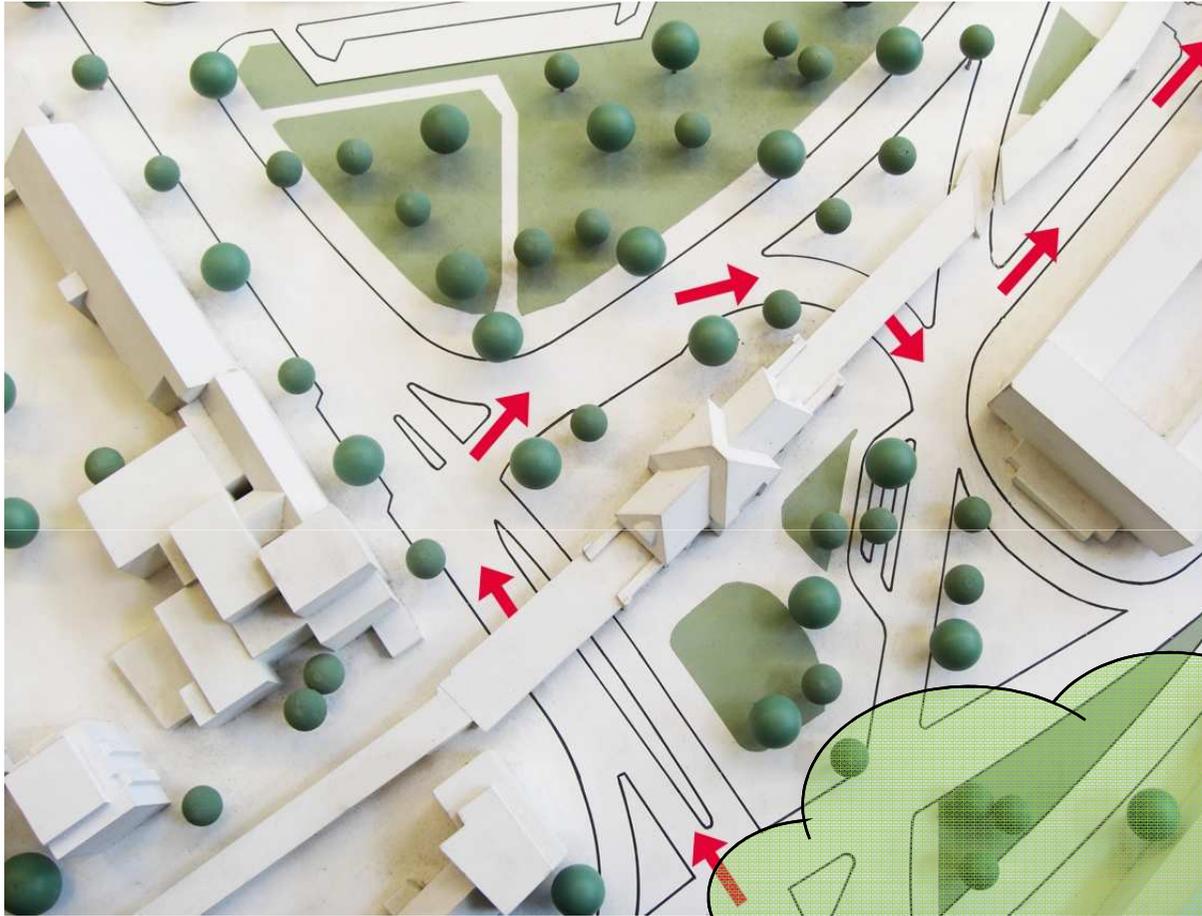
- Kaum Studien zu:
  - speziellen Formen
  - Interaktion zwischen individuellen Variablen und Behandlungsformen sowie –bedingungen
  - Interaktion zwischen der Präferenz der Patienten und dem Behandlungserfolg
  - Mechanismen der psychotherapeutischen Behandlung





„Evidence-based practice in psychology is the integration of the best available research with clinical experience in the context of patient characteristics, culture, and preferences“

Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, APA



Danke für Ihre Aufmerksamkeit