

**56. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums
für Psychosomatische Medizin (DKPM)
Dresden, 16.-19. März 2005**

Psychodynamische Psychotherapie der Depression - State of the Art -

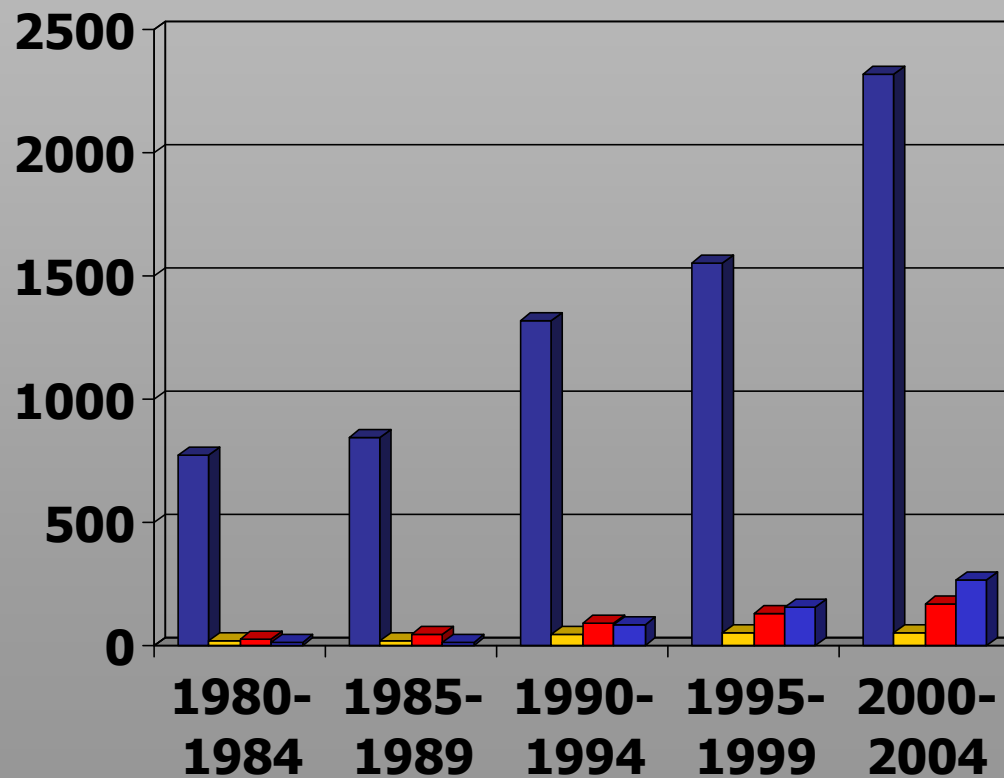
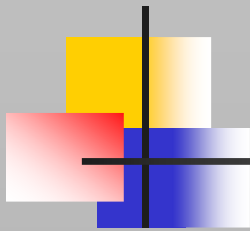


Henning Schauenburg

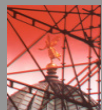
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Göttingen

State of the Art ?

PubMed-Recherche

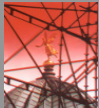


- Depression und Psychotherapie
- D+PD
- D+IPT
- D+CBT



Übersicht

- Epidemiologie und Verlaufsmerkmale d. Depression
- Grundprinzipien der PDP bei depressiven Erkrankungen
- (Vergleichende) Wirksamkeitsstudien
- Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe
- Konvergenzen von kognitiver VT und psychodynamischer Psychotherapie
- Neue konzeptuelle und therapeutische Entwicklungen



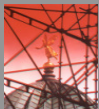
Prävalenz depressiver Störungen

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Depressive Episoden (ICD-10 F32.1) | ca. 4% |
| Dysthymie (ICD-10 F34.1) | ca. 2% |
| Bipolare Erkrankung (ICD-10 F31.3-6) | ca. 1% |

Insgesamt **ca. 5-10%**

(Angenommen werden noch einmal so viele „subklinisch“ depressive Pat. mit hohem Erkrankungsrisiko)

(Bundesgesundheitssurvey 1999)



Depressive Störungen - Langzeiterkrankungen?!

**Keine Reaktion oder nur
teilweise Reaktion auf Behandlung**

ca. **30-50%**

Wiedererkrankungsrisiko

nach *einer* depr. Episode

ca. **50 -75%**

nach *mehreren* depr. Episoden

ca. **80%**

Chronifizierung

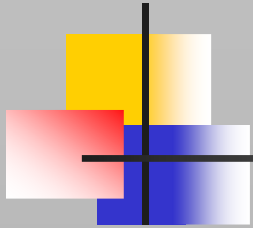
(Beschwerden mindestens 2 Jahre)

ca. **10-20%**

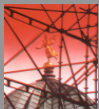
(Quelle: Linden et al., 2003; AWMF Leitlinie Psychotherapie der Depression)



Psychotherapieergebnisse bei depressiven Störungen

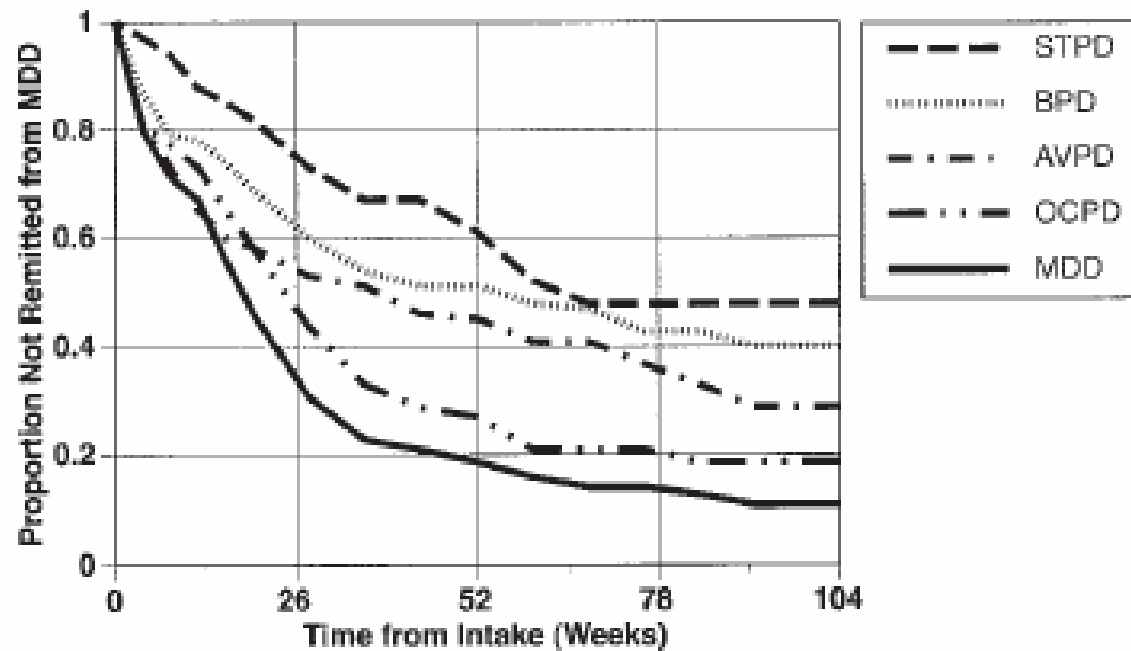


- Insgesamt sehr gute initiale Effektstärken bei typische kurzen RCT-Studien (-20 Sitzungen: $d_{\text{Prä-Post}} = 2,2$!), aber:
 - * Prozent verbessert: Abgeschlossene Therapien 50,8; Intent-to-Treat: 36,8; „gescreente“ Pat. 13,6.
Korrelation: Anzahl Ausschlusskriterien/ $d_{\text{Prä-Post}}$: $r = 0,71$!
 - * Hoher Anteil der Patienten haben klinisch relevante Symptomatik am Ende der Therapie.
 - * Hinweise auf „Verschwinden“ der Effekte nach 1 bis 2 Jahren (sehr wenige gute FU-Erhebungen, s.u. !)
Metaanalyse von Westen D. & Morrison K. (2001), J Consult Clin Psychol 69,875-899
- Kritik: Therapieergebnisse können oft gehalten werden.
Lambert M, Kommentar zu Westen and Morrison, JCCP, 2001

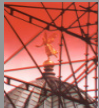


Komorbidität und naturalistischer Verlauf depressiver Erkrankungen

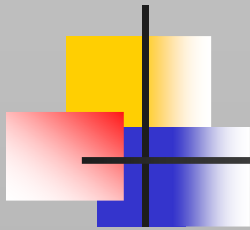
Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)



Grilo et al. (2005) J Consult Clin Psychol 73, 78-85
Einfluss von Therapien und anderen Kovariaten folgt

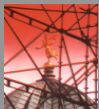


Neurobiologische Subtypen depressiver Störungen ?

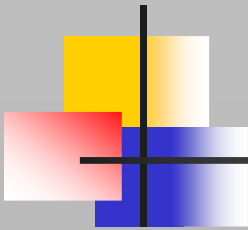


- Grundlage: bekannte Hypofunktion des anterioren Gyrus Cinguli („Inkonsistenzüberwachung“):
 - * „Resignierter Subtyp“: chron. Unteraktivierung des ACC
 - * „PFC-Subtyp“: hilfloses Erleben der Selbst-Ideal-Diskrepanz (erhaltene Aktivierbarkeit des ACC)

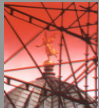
Davidson et al. (200“) Ann Rev Psychol, 53, 545-574
- PFC-Typ bessere Prognose unter Pharmakotherapie.
Für Psychotherapie noch nicht untersucht.



Grundprinzipien der psychodynamischen Psychotherapie depressiver Störungen II



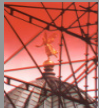
- Berücksichtigung von Annahmen über unbewusste Prozesse, Abwehr, Widerstand und Übertragung/Gegenübertragung
- Drei Zielaspekte:
Aktivität, dysfunktionale Kognitionen, ungünstige Affekt- und Beziehungsdispositionen
- Akute Depression:
 - Aufbau einer Sicherheit gebenden Beziehung
 - Aufklärung und Stützung,
 - Behandlung der Kernsymptome (Rückzug, Antrieb, Suizidalität)
 - klare Behandlungsplanung
- Nach Stabilisierung:
 - Bearbeitung ungünstiger Beziehungsmuster (Idealisierung anderer, Selbstentwertung, daraus folgend Abhängigkeit)
 - Bearbeitung ungünstiger Kognitionen
 - konkrete Problemlösung
 - Langfristige Kompetenz- und Selbstwirksamkeitssteigerung



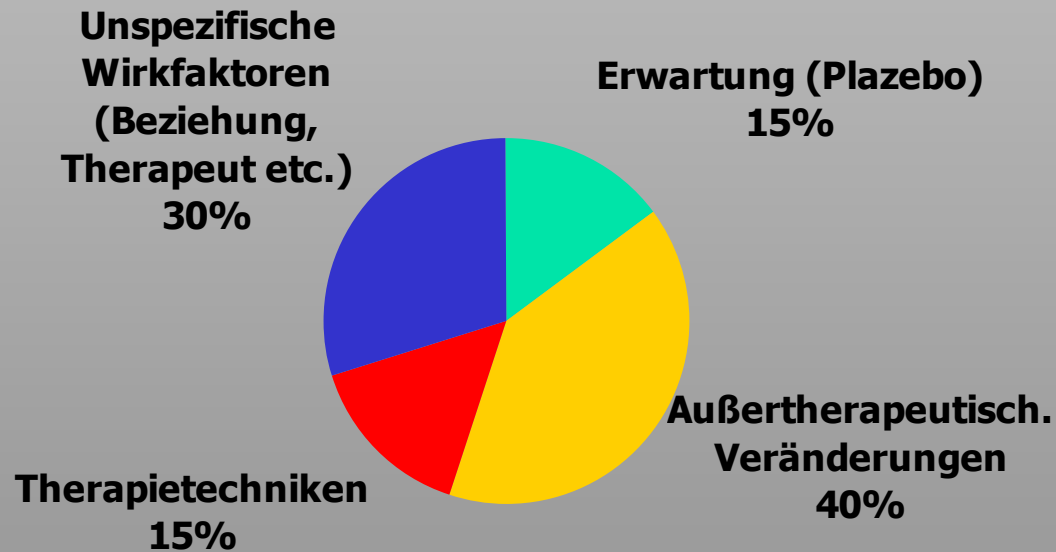
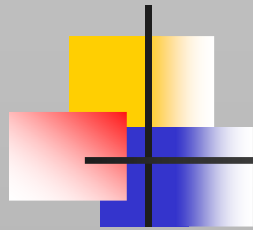
Was ist Wirksamkeit ?

- Ca. 70% der Ergebnisvarianz sind nicht aufzuklären
- Hauptanteil: Therapieaufnahme an sich (12%) (hier finden sich indirekt zentrale Patientenvariablen, wie Motivation, Offenheit etc.!)
- Therapiemethode und spezifische Techniken klären „0%“ auf (andere Literatur 5 %) !
- **Therapiemethode 0-1%**
- **Spezifische Bestandteile 0%**
- Bedeutung des Arbeitsbündnisses (5 %)
- „Allegiance“ (Überzeugtheit des Therapeuten/Forschers) (10 %)
- Person des Therapeuten (ca. 6-9 %)

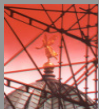
Bruce Wampold, The Great Psychotherapy Debate, 2001



Prozentualer Anteil an Verbesserungen unter Psychotherapie

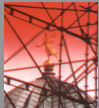


M. Lambert & D. Barley (2002)



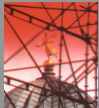
Vergleichende Wirksamkeit: Psychotherapie vs. Pharmakotherapie vs. Kombinationstherapie

- **Insgesamt: Vergleichbare Wirkung PT/AD bei akuten Depressionen**
- **Überlegenheit der Kombinationstherapie bei schweren Depressionen umstritten (ja: Thase (1996), Arch Gen Psychiat 54, 1009-1015, nein: deRubeis et al. (1999), Am J Psychiatry 156, 1007-1013)**
- **Hegerl et al. (2004) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254,99-107 : Überlegenheit der Kombinationstherapie bei schweren Depressionen (unzureichende Zitierungen !) und bei älteren Patienten.**
- **Studie zu rezidivierenden Depressionen: sequentielles Vorgehen (primär PT, bei unzureichender Remission nach 6-8 Wochen zusätzlich AD) der primären Kombination überlegen (Frank et al. (2000), J Clin Psychiatry 61(1),51-57.**

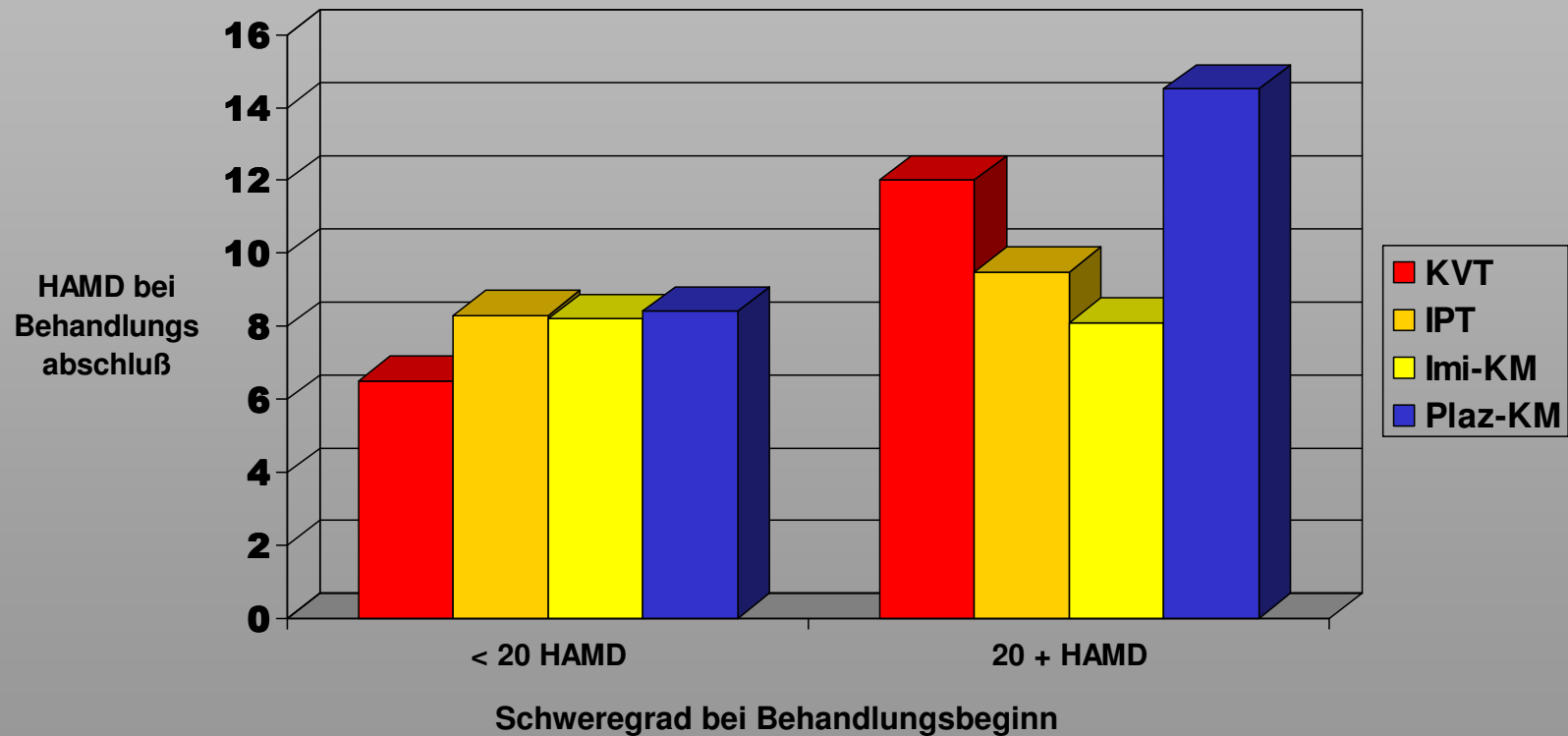
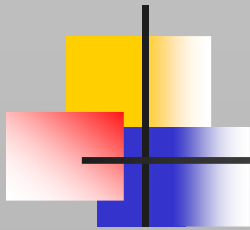


Vergleichende Wirksamkeit: Psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie

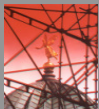
- Frühere Arbeiten: mehr Studien mit Überlegenheit der VT, als mit gleichwertigen Ergebnissen. Probleme: Allegiance-Effekt, unzureichende Dauer, unzureichende Stichprobengrößen, PD-Studien oft nicht mit homogenen Diagnosen, IPT wechselnd zugeordnet, Messinstrumenten-Bias....
- Metaanalyse von strenger ausgewählten Studien (>13 Sitzungen, N > 20): Kein Unterschied von VT und PDP, Leichsenring (2001) Clin Psychol Rev 21, 401-419
- Weiterhin: Ergänzende Paartherapie effektiver als ergänzende AD, Leff et al. (2001), Br J Psychiatry 177, 95-100



Behandlungsergebnisse der NIMH-Studie - nach Schweregrad -



Elkin I. et al.(1989): NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program:
General effectiveness of treatment. Arch. Gen. Psychiat.; 46: 971-82.

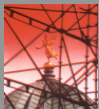




Beispiel: NIMH-Studie: Rolle des Therapeuten für die Wirksamkeit der Behandlung

- NIMH-Depressions-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

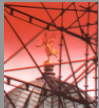
Blatt et al. (1996): Characteristics of effective therapists: further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP). J. Consult. Clin. Psychol. 64, 1276-1284)



Erhaltungstherapie

(vgl. Schauenburg & Clarkin (2003), Z Psychosom Med Psychotherap, 49, 377-390)

- 70%-Reduzierung des hohen Rückfallrisikos durch dauerhafte AD-Gabe (Geddes et al. (2003) Lancet 361, 653-661)
- Aber: hohe Drop-Out-Rate, wenig geeignet für komorbide Persönlichkeitsstörungen.
- PT nach Beendigung weniger Rückfälle als AD (nach Absetzen) (Evans et al. (1992), Arch GenPsychiatry 49, 802-809), sog. „Carry-over-Effekt“ (Veränderung pathogener Interaktionsmuster, kognitive Umstrukturierung etc.).
- Niedrigfrequente Erhaltungstherapie bzw. case management, z.B. 10 Sitzungen über 8 Monate, Rückfallrisiko von 74% auf 34% reduziert (vgl. mit VT ohne ET), Jarret et al. (2001) Arch Gen Psychiat 58, 381-388



Beispiel für rückfallverhindernde Mechanismen

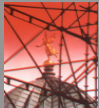
Zuroff et al. (2003): Enhanced adaptive capacities after brief treatment for depression. *Psychotherapy Research* 13, 99-115

- Was schützt wirklich vor Rückfällen ?

Spezifisches Wissen über eigene adaptive Mechanismen (Enhanced adaptive capacities - EAC) ?

- TDCRP-Studie (Elkin et al.)

- * 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 !!

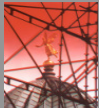


Zwischenbilanz: Psychotherapie der Depression

- Depressive Störungen sind dimensionale Störungen
- Depressionen sind Beziehungsstörungen
- Depressionen haben hohe Tendenz zu rezidivierendem und chronischem Verlauf
- Kognitive VT und IPT, aber auch psychodynamische Kurzzeittherapie sind nur begrenzt wirksam
- Deshalb: differenzielle Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen bei der Indikationsstellung (s. oben)

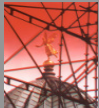
„ Different kind of folks need different kind of strokes“

Sidney Blatt, amerik. Depressionsforscher nach einer Volksweisheit



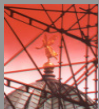
Gemeinsamkeiten kognitiver und psychodynamischer Ansätze

- Einigkeit bzgl. Begrenztheit des DSM-Ansatzes
- Ausgangspunkt: Frühe Interaktionserfahrungen beeinflussen spätere Persönlichkeit
- Dimensionalität; Balance vs. einseitige Ausprägung von Merkmalen
- Betonung von „Typen“ mentaler Repräsentanzen: Soziotrope/anaklitische vs. autonome/introjektive Patienten (Beck, Blatt, Arieti, evtl. auch Bowlby)



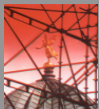
Persönlichkeitstypologie depressiver Patienten nach Beck, Blatt, Arieti, Bowlby

| Typus | Soziotrop / anklitisch verstrickt-unsicher | | Autonom / introjektiv ängstlich-)vermeidend | |
|---|--|---|--|--|
| Themen | Einsamkeit, Verlassenheit, somatische Beschwerden | | Selbstentwertung, Perfektionismus | |
| Klinisch | Dependent | Altruistisch- überfürsorglich | Narzisstisch | Schizoid |
| „Distale“ Merkmale und Interaktionsmuster | -Willfährigkeit -Passivität -Suchtverhalten | -Selbstaufopferung -Verleugnung von Aggression -Anspruch auf Wiedergutmachung | -Verleugnung v. Bedürftigkeit -narzisstische Kompensation -Entwertung -Selbstzweifel -Kränkbarkeit | -Distanz, -Misstrauen -Vermeidung von Emotionalität |
| Dekompensation | Verlusterlebnisse | Verlusterlebnisse, Erschöpfungs- depression | Kränkungen, Lebenskrise, Alter | Schwellsitu-ation, Näheer-lebnisse |
| Reaktion auf Pharmakotherapie Übersicht: Luyten et al. 2005) | Geringer (Wunsch nach Abhängigkeit ?) | | Höher (Med.: Erhaltung von „Unabhängigkeit“?) | |

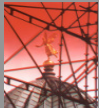
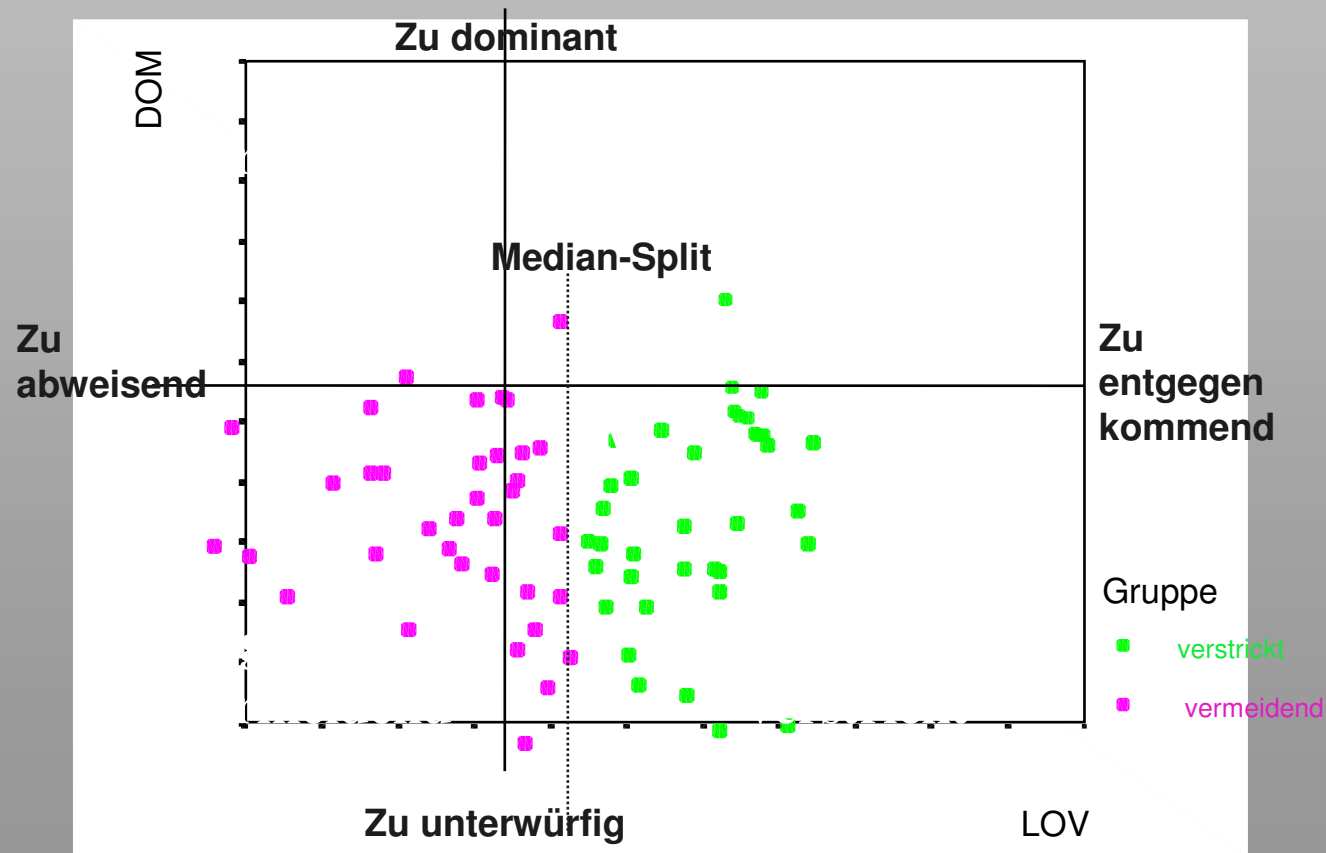


Gibt es eine Konvergenz im Bereich der kognitiven und psychodynamischen Psychotherapie der Depression ?

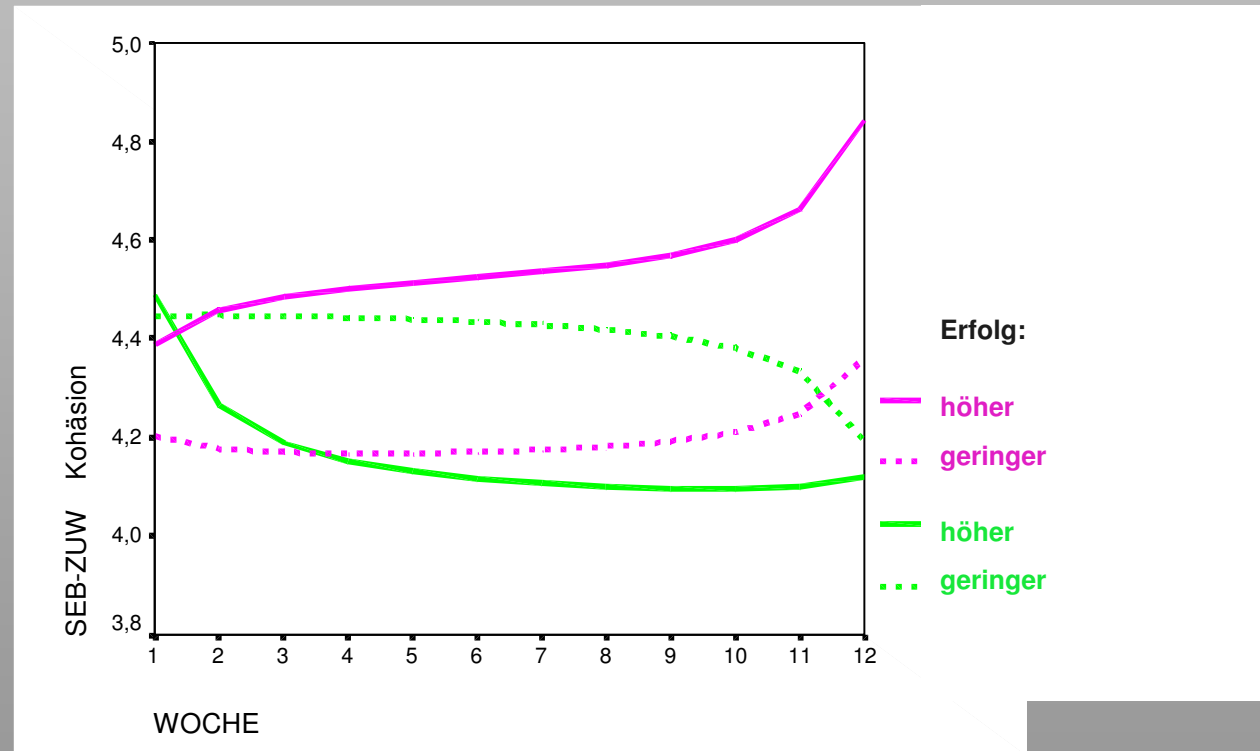
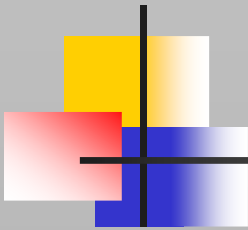
- Je „alltagsnäher“, desto mehr Konvergenzen.
- Kognitiver „Shift“ in den psychodynamischen Therapiemodellen: Übernahme des „pragmatischen“ Know How der VT (z.B. Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen)
- Dynamischer „Shift“ in den kognitiven Verhaltenstherapien: Einbeziehung der Übertragungs-/Gegenübertragungsthematik und generelleren Lebensthemen
- Aber: je theorienäher, desto größere Divergenzen: rational-optimistisches vs. konflikthaft-tragische Menschenbild



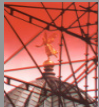
Depressive Patienten in stationärer Psychotherapie: Studie zur differenziellen Wirksamkeit von Gruppenkohäsion - Stichprobe im IIP -



Zusammenhang: Kohäsion/Therapieerfolg verstrickt vs. vermeidend

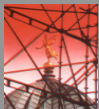


Vermeidende haben mehr Erfolg, wenn Sie die Gruppenkohäsion positiv erleben,
Verstrickte, wenn sie die Kohäsion weniger stark erleben.



Kognitive und psychodynamische Therapien: Ergebnisse zur differenziellen Indikation

- Reagieren „Typen“ unterschiedlich auf Pharmakotherapie, direktive/nondirektive Therapie, Plazebo ? (Problem: Typologie ist ideal, faktisch eher „Mischformen“)
- Ergebnisse: z-B. Introjektive Pat. brauchen längere, einsichtsorientierte, anaklitische eher supportive und strukturierende Therapie. Übersicht bei Corveleyn, Luyten & Blatt (2005): Theory and Treatment of Depression: Towards Integration ?
- Es fehlt noch: Berücksichtigung struktureller Dimensionen (Ich-Fähigkeiten, s.u.)



Neue psychodynamisch „inspirierte“ Therapieverfahren



- **Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf)**

Konfliktbezogene, expressive, „aufdeckende“ Therapie bei Pat. mit gut integriertem Strukturniveau nach OPD, vs. Therapieansatz mit Förderung in Bezug auf strukturelle Schwächen (mäßig und niedrig integriertes Niveau nach OPD).

- **Mindfulness based therapy (Segal, Teasdale)**

Auf Rückfallprävention ausgerichtete Therapie mit Einbezug von Meditation und Förderung von Selbstachtsamkeit („exzentrische Haltung“ zu depressiven „Triggerkognitionen“ erlernen).

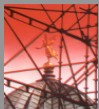
- **Cognitive-behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP, McCullough)**

Auf Therapie chronisch Erkrankter ausgerichtete Therapie →



Cognitive-behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

- Eher direktive, aber interpersonell und auf Übertragung ausgerichtete Therapieform für chronifizierte Depressionen
- Grundprinzipien:
 - * Pat. „verantwortlich für seine chronifizierte Depression
 - * Angenommen wird starker Einfluss des sozialen Umfeldes
 - * Missbrauch und Deprivation als Hintergrund struktureller Defizite angenommen
 - * Zentrierung auf Schwächen in der sozialen Interaktion (s. Rudolf !)
 - * Förderung einer intensiven therapeutischen Beziehung
 - * Identifikation maladaptiver Muster in der Sitzung angestrebt, aber nicht im Sinne der Arbeit „in“ der Übertragung
 - * Aktives Suchen nach negativen Verstärkern (wie lösungsorientierte Pth.)
- Sehr hohe Responseraten in Kombination mit AD (Keller et al. (2000), N Engl J Med 342, 1462-70)



Fazit

- Depressive Erkrankungen sind häufig langwierig, rezidivierend und zu chronischem Verlauf tendierend.
- Psychodyn. Psychotherapie ist bei depressiven Störungen ebenso wirksam wie kognitive VT und wird breit praktiziert.
- Kurze Psychotherapieangebote sind in der Mehrzahl der Fälle nicht angemessen
- Es deuten sich theoretische und v.a. therapeutische Konvergenzen von KVT, IPT und psychodyn. Psychotherapie an.
- Eine weitere Integration mit den neuesten auch „biologischen „ Erkenntnissen beginnt

