

# Affektive Störungen

## Therapie:

Akutbehandlung  
Rezidivprophylaxe  
Psychotherapie



Vorlesung Psychiatrie 2001/2002  
Dr. med. Dipl.-Psych. M.J. Müller  
Psychiatrische Klinik und Poliklinik  
Universität Mainz

# Therapie affektiver Störungen

## ICD-10

### • Depressive Störungen

- unipolare Depression (MDE/MDD)	F32/F33
Schweregrad (leicht, mittel, schwer)	.0/.1/.2
mit psychotischen Merkmalen	.30/.31
mit somatischen Symptomen	.01/.11
atypische Merkmalen	F32.8
- Dysthymie	F34.1
- Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen	F43.20/.21/.22
- Minor Depression	?
- Recurrent Brief Depression	F38.10
- Saisonal abhängige Depression („Winterdepression“)	?

# Therapie affektiver Störungen

## ICD-10

### • Bipolare Störungen (BP)

#### - BP I - Störung

F31

aktuell manisch:

hypomanisch oder manisch

.0/.1

manisch mit psychotischen Merkmalen

.2

aktuell depressiv:

leicht oder mittelgradig

.3

ohne oder mit somatischen Symptomen

.31/.32

schwer, ohne psychotische Merkmale

.4

schwer, mit psychotischen Merkmalen

.5

gemischt

.6

- BP II - Störung (aktuell: depressiv, hypoman, gemischt)

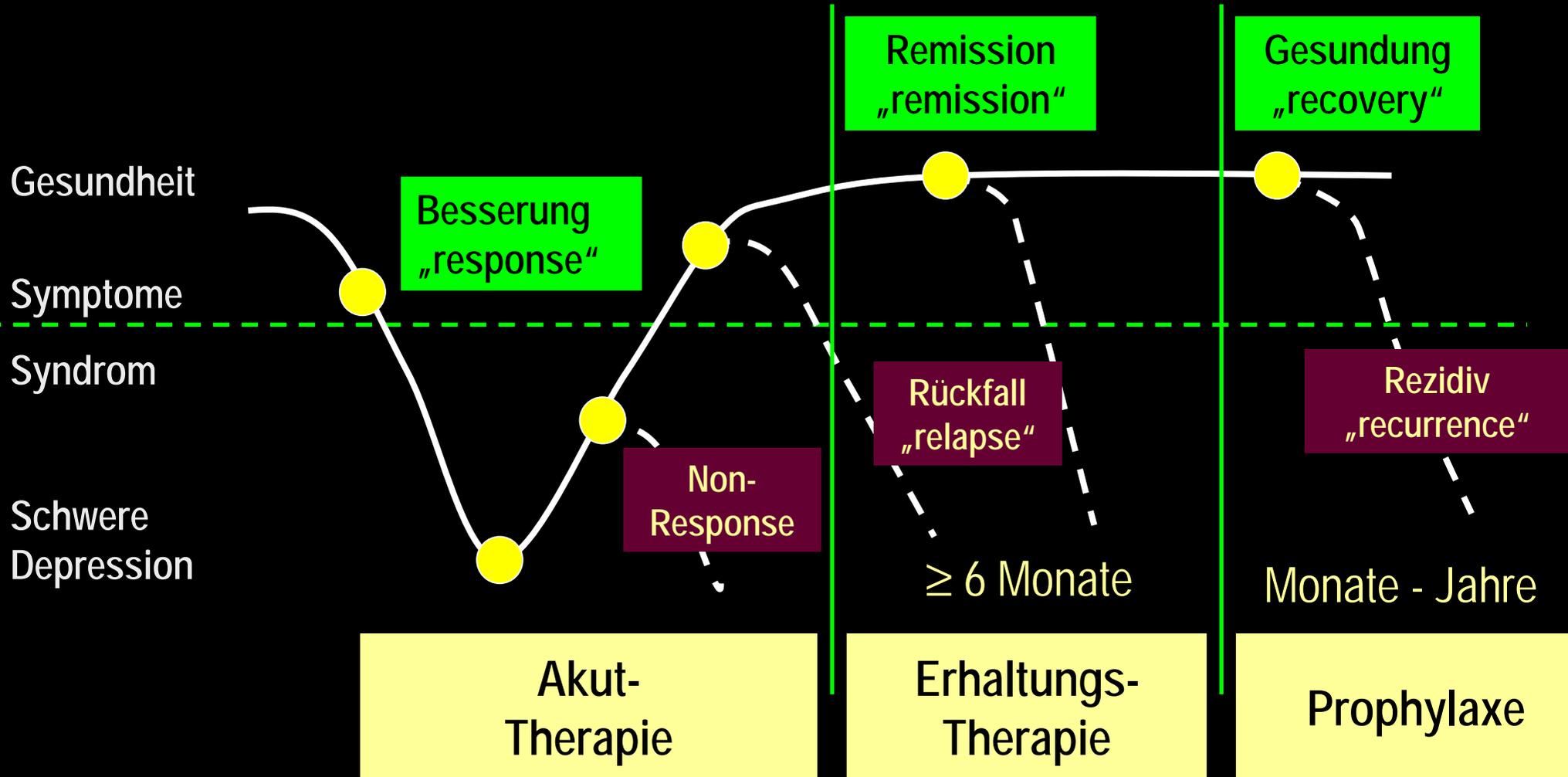
- Zylothymia

F34.0

- Rapid-Cycling

F38.1

# Behandlungsverlauf depressiver Störungen *(nach Kupfer, 1991)*



10 - 15% der Bevölkerung erkranken im Leben an einer Depression  
10 - 15% der depressiven Pat. sterben durch Suizid  
Allgemeine Mortalität und Morbidität sind bei Depressiven erhöht

# GESAMTBEHANDLUNGSPLAN

# Depressionstherapie

## *Psychologische Therapieverfahren:*

- kognitive Verhaltenstherapie (VT)
- interpersonelle Psychotherapie
- psychodynamisch-tiefenpsychologische Therapie
- Paartherapie / Familientherapie
- Psychosoziale Interventionen (Gruppen ...)
- Angehörigengruppen

## *Somatische Therapieverfahren*

- Pharmakotherapie (Antidepressiva)
- Wachtherapie (Schlafentzug)
- Lichttherapie
- Elektrokonvulsionstherapie (EKT)  
(- rTMS, VNS)

*Psychotherapeutisches - ärztliches Basisverhalten  
stützendes (supportives) ärztliches Gespräch*

# Therapie depressiver Störungen: Verhaltensregeln

## Positives Grundverhalten:

- empathisch, authentisch, respektvoll
- kooperatives Arbeitsbündnis
- strukturiert, problemorientiert
- lern- und veränderungsorientiert
- adäquat optimistisch
- „beruhigende Versicherung“

## Fehlverhalten:

- von Depression „angesteckt“ werden
- resignativ, pessimistisch, gereizt reagieren
- „Sie müssen sich zusammenreißen“
- „Lenken Sie sich einfach ab“
- „Fahren Sie in Urlaub“
- Wahngedanken auszureden versuchen
- Pat. einreden, es gehe im „eigentlich“ besser als er denkt
- Wichtige Entscheidungen während der Depression abverlangen oder zulassen

# „SOMATISCHE“ THERAPIEVERFAHREN

- WIRKUNGEN
- NEBENWIRKUNGEN

# „Somatische“ Therapieformen der Depression

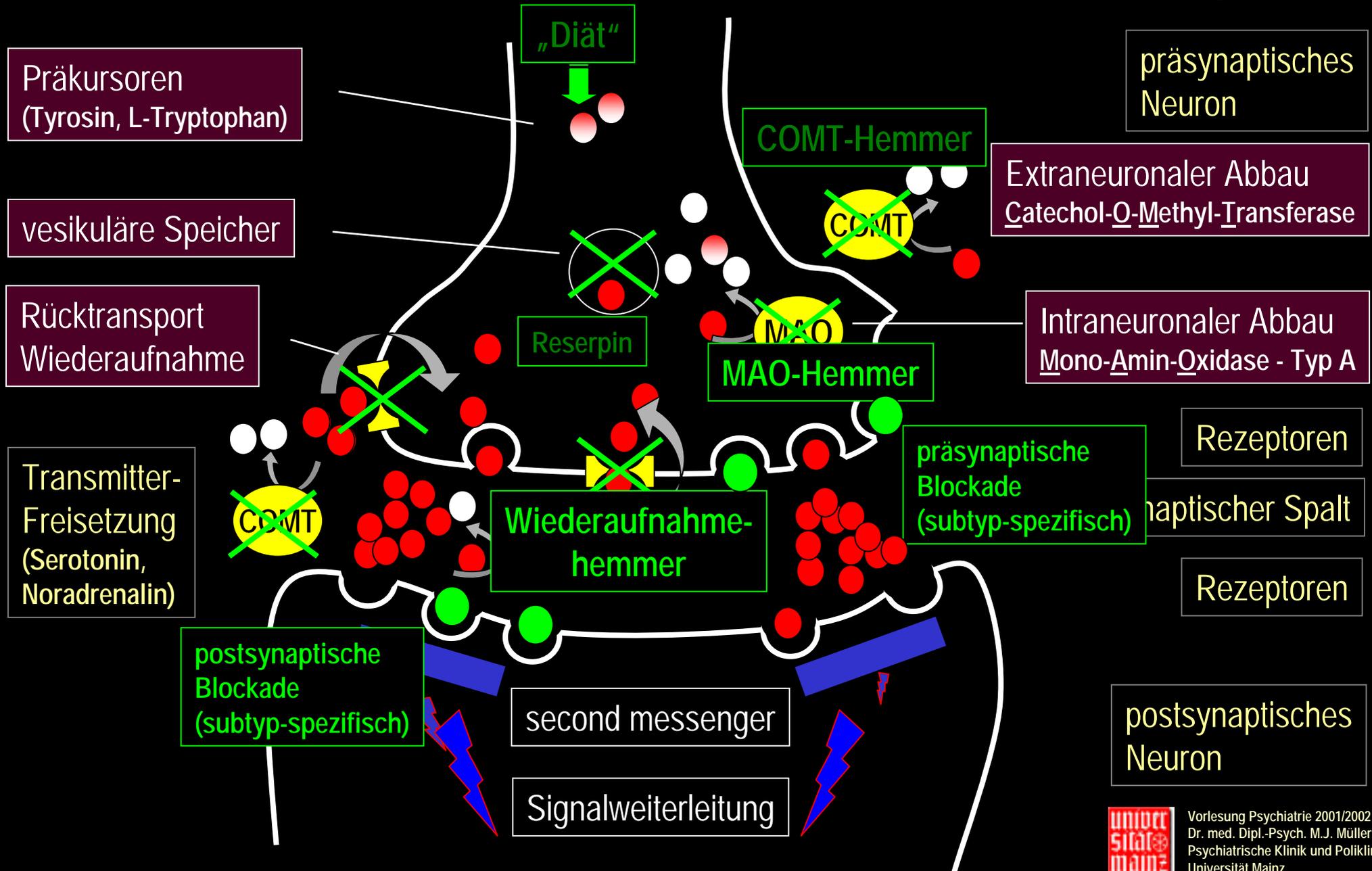
Hypothese	Wirksamkeit
Serotonin ↓	Antidepressiva: TCA, MAOI, SSRI, SNSRI Licht (?), SE, EKT, Li <sup>+</sup>
Noradrenalin ↓	TCA, MAOI, SNRI, EKT (?)
Acetylcholin ↑	Anticholinergika (??)
Schlafstörungen: (v.a. REM-Latenz ↓)	SE, alle anderen wirksamen Therapien
HPA-Achsen-Dysregulation	TCA, wirksame Therapie CRH-Rezeptor-Antagonisten (??)
Störung biologischer Rhythmen / Zeitgeber	SE, Licht andere wirksame Therapieformen

*TCA = trizyklische und tetrazyklische Antidepressiva; SSRI= selektive Serotoninrückaufnahme-Inhibit.;  
MAOI = Mono-Amin-Oxidase-Inhibitoren; SNSRI = selektive Noradrenalin- und Serotoninrückaufn.-Inhib.;  
SNRI = selektive Noradrenalinwiederaufnahmeinhibitoren; Licht = Lichttherapie; SE = Schlafentzug;  
Li = Lithium; EKT = Elektrokrampftherapie*

# ANTIDEPRESSIVA



# Neurotransmission bei Depression und Antidepressiva-Wirkung



NA-  
Wieder-  
aufnahme-  
Hemmung

5-HT-  
Wieder-  
aufnahme-  
Hemmung

MAO-  
Hemmung

$\alpha_2$ -  
Blockade

5-HT-  
Blockade

anti-  
cholinerge  
Effekte

**Adaptive Veränderungen**

$\beta$ -Down-  
Regulation

5-HT<sub>2</sub>-  
Down-  
Regulation

5-HT-  
Empfind-  
lichkeits-  
zunahme

$\alpha_1$ -Up-  
Blockade

**Antidepressive  
Wirkung**

# Antidepressiva

---

## Rezeptoraktivität

## Wirkung

---

mACh - Blockade

Akkomodationsstörungen, Miktionsstörungen,  
Mundtrockenheit, Tachykardie, Obstipation,  
Auslösung von Delirien

H<sub>1</sub>- Blockade

Müdigkeit, Anxiolyse, Gewichtszunahme, Verwirrtheit

α<sub>1</sub> - Blockade

Orthostatische Hypotonie, Schwindel, Sedation

5-HT<sub>2A</sub> - Blockade

Leichte Sedierung, Tiefschlafzunahme, Anxiolyse

5-HT<sub>2C</sub> - Blockade

Appetit- und Gewichtszunahme

D<sub>2</sub>- Blockade

Prolaktinanstieg, Libidoverlust, EPS

---

# Tricyklische Antidepressiva (TCA)

## Reuptake-Hemmung Blockade

Generic	z.B.	NA	5-HT	ACh	H <sub>1</sub>	Sedierung
Amitripytlin	Saroten®	+	++	+++	+++	++
Trimipramin	Stangyl®	+	(+)	++	++	++
Doxepin	Aponal®, Siquan®	++	+	++	+++	++
Nortriptylin	Nortrilen®	++	(+)	+	(+)	-
Clomipramin	Anafranil®	+	+++	++	(+)	-
Imipramin	Tofranil®	++	++	++	(+)	-
Desipramin	Pertofran®	+++	(+)	+	(-)	-

# Tetracyklische Antidepressiva

Generic	z.B.	NA	5-HT	ACh	H <sub>1</sub>	Sedierung
Mianserin	Tolvin®	-	++	(-)	++	++
Maprotilin	Ludiomil®	++	+	+	+	+

# Tricyklische Antidepressiva (TCA)

---

## Nebenwirkungen

**Anticholinerg:** Mundtrockenheit, Obstipation, Akkomodationsstörungen  
Müdigkeit, Schwindel, Orthostatische Beschwerden  
cave: Delir, Harnverhalt, Glaukomanfall

**Andere:** Krampfanfälle, Blutbildschädigungen, Arrhythmien,  
sexuelle Funktionsstörungen, Gewichtszunahme

**-> Kontraindikationen beachten, Kontrolluntersuchungen**

---

# Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer, MAOI)

Generic	z.B.	NA	5-HT	DA	Sedierung
---------	------	----	------	----	-----------

Tranylcypromin	Parnate®	+++	+++	++	--
----------------	----------	-----	-----	----	----

- nichtselektiver MAO-A/B-Hemmer
- Abbauphemmung biogener Amine
- irreversibel

- hohe Wirksamkeit  
auch bei Therapieresistenz !

- > Tyraminarme Diät erforderlich
- > cave hypertensive Krisen
- > lange Wirkdauer, Umstellungszeit
- > keine Kombination mit SSRI u.a.
- > cave: zentrales Serotoninsyndrom
- > cave: Suizidalität (Antriebssteigerung)
- UAW: Unruhe, Hypotonie, Tremor, Schwindel, Palpitationen, Übelkeit, Schlafstörungen

Moclobemid	Aurorix®	++	++	+	-
------------	----------	----	----	---	---

- kurzwirksam
- selektiver MAO-A-Hemmer
- kein Effekt auf Abbau biogener Amine
- reversibel
- keine Rezeptorinteraktion

- > 2 - 3 Einzeldosen
- > keine Diät erforderlich
- > keine hypertensiven Krisen
- > kurze Umstellungszeit
- > wenig UAW
- Übelkeit, Schlafstörungen

# Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)

Generic	z.B.	NA	5-HT	ACh	t <sub>1/2</sub>	Interaktionen
Fluoxetin	Fluctin®	-	++	-	2-7 Tage	++
Fluvoxamin	Fevarin®	-	++	-	20 h	+++
Paroxetin	Seroxat®	-	++	(+)	16 h	++
Sertralin	Zoloft®	-	+++	-	26 h	(+)
Citalopram	Cipramil®	-	+++	-	33 h	(-)

## Gemeinsame Nebenwirkungen:

- häufig initial, meist gering ausgeprägt
- **cave:** Suizidalität: -> + Benzodiazepine
- Unruhe, Agitiertheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, (häufig) sexuelle Funktionsstörungen
- selten: SIADH
- **auf Pharmakainteraktionen achten (CYP450) !**

# Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI)

Generic	z.B.	NA	5-HT	Ach	H <sub>1</sub>	Sedierung
Reboxetin	Edronax®	+++	(+)	-	-	-

Nebenwirkungen (gute Verträglichkeit):

Mundtrockenheit, Obstipation, Hypotonie, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwitzen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen; **cave:** Harnverhalt

## Nefazodon

Generic		NA	5-HT	Ach	H <sub>1</sub>	Sedierung
Nefazodon	Nefadar®	+	+++	-	-	++

5-HT<sub>1A/C</sub>-Antagonist, α<sub>1</sub>-Antagonist

Nebenwirkungen:

Müdigkeit, Hypotonie, Übelkeit, Kopfschmerzen, Sehstörungen  
keine sexuelle Funktionsstörungen !! **cave:** Interaktionen (CYP 3A4)

## Neuere Antidepressiva („duale Wirksamkeit“)

Generic	z.B.	NA	5-HT	Ach/H <sub>1</sub>	Sedier.	Besonderheit
Venlafaxin	Trevilor®	++	++	- / -	-	dosisabhängige Wirkung (5-HT/NA) schwache DA-Wirkung

### Nebenwirkungen (gute Verträglichkeit):

- Appetitlosigkeit, Übelkeit, Unruhe, Agitiertheit (geringer bei „Retard“-Präparat)
- Sexuelle Funktionsstörungen, selten SIADH, **cave: Allergien**

Generic	z.B.	NA	5-HT	Ach/H <sub>1</sub>	Sedier.	Besonderheit
Mirtazapin	Remergil®	++	++	- / ++	++	präsynaptisch $\alpha_2$ postsynaptisch 5-HT <sub>2/3</sub>

### Nebenwirkungen (gute Verträglichkeit):

- Müdigkeit, Benommenheit, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme
- selten Hypotonie, Tremor, Ödeme; **cave: Leukopenien**

# Hypericum - Johanniskraut

Generic	z.B.	NA	5-HT	DA	Ach	H <sub>1</sub>	Sedierung
Hypericum	Jarsin®	+	+	+	(-)	(+)	+

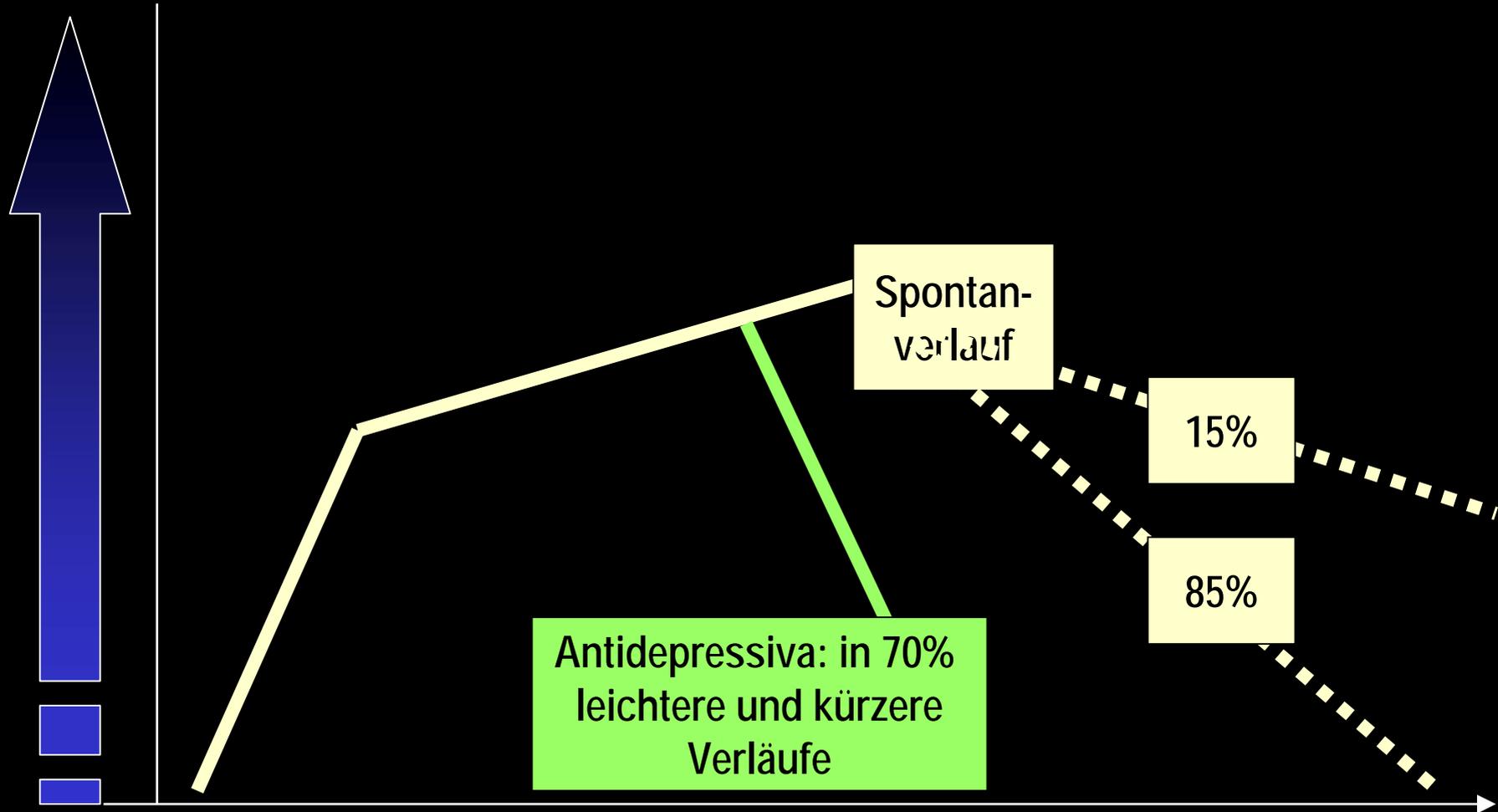
- Wirksamer Bestandteil wahrscheinlich: Hyperforin
- Komplexer, noch nicht geklärter Mechanismus
- auch GABA/Glutamat-Wirkungen
- bei leichten (bis mittelgradigen) Depression wirksam

## Nebenwirkungen:

- meist milde, unspezifische UAW
- **cave:** Photosensibilisierung
- **cave:** Interaktionen (CYP3A4)

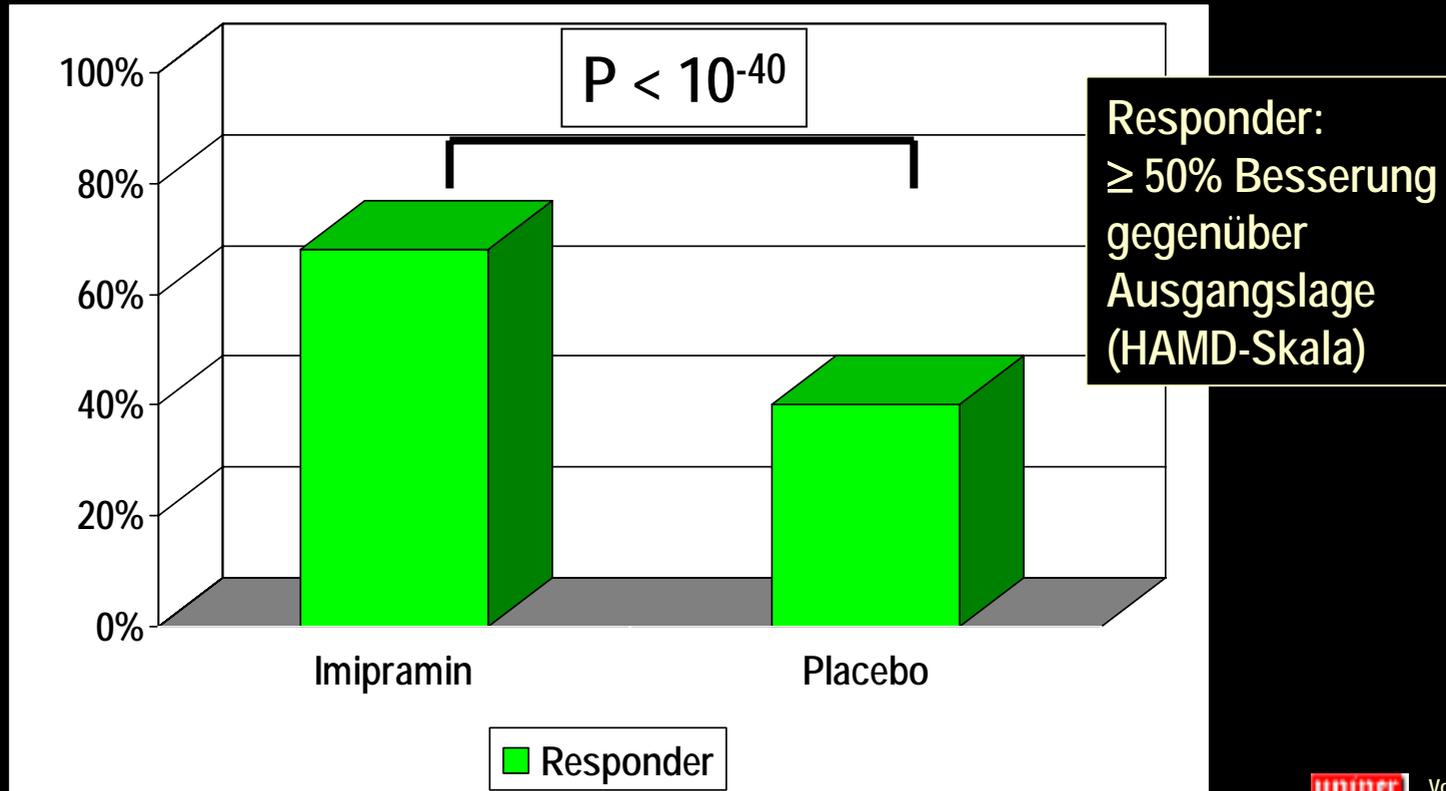
# Akutverlauf depressiver Störungen

Depressivität



# Antidepressiva - Akutwirksamkeit (4 - 12 Wochen)

- Zulassungsstudien:
  - TCA, MAOI, SSRI, neuere Antidepressiva wirksam
  - Responder-Raten 65-80% vs. 25-50% (Placebo)
  - Keine klare Überlegenheit von TCA bei schwerer Depression
- Meta-Analysen:
  - z.B. *Janicak et al. 1993*: TCA (z.B. Imipramin) vs. Placebo



# VORGEHEN BEI DER BEHANDLUNG

# Antidepressiva - Allgemeine Prinzipien

## Wirkmechanismen

- akut substanzabhängig: NA, 5-HT, DA, ...?
- chronisch: second messenger,  $\beta$ -down-Regulation

## Durchführung

- ausreichende Dosis und ausreichende Dauer
- langsame Dosisänderungen
- auf Nebenwirkungsprofil achten
- Interaktionen beachten, Kontrolluntersuchungen !
- Fahrtüchtigkeit u.a. abhängig von Substanz !
- **Antidepressiva machen nicht abhängig**

## Wirklatenz

- fraglich, 7-14 Tage, auch Sofortwirkungen
- frühes Ansprechen prädiziert Response

## Kombination

- mit Lithium ..., und/oder Psychotherapie möglich
- mit BZD oder Antipsychotikum möglich

## Nebenwirkungen

- substanzabhängig, v.a. TCA (anticholinerg)
- substanzabhängiges Risiko für Manien

**Wirksamkeit** v.a. bei Depressionen, auch bei Schmerzstörungen, prämenstruellem Syndrom, Angst-/Panikstörungen, Zwangsstörung, Entzug, Schlafstörungen ...

# Rezidivprophylaxe depressiver Störungen *(nach Hirschfeld et al. 1994)*

## Indikationsrichtlinien:

---

- > 2 depressive Episoden oder  $\geq 2$  kurz aufeinanderfolgende Episoden
  - vorbestehende Dysthymie („double depression“)
  - höheres Erkrankungsalter
  - schwere, lang dauernde Episoden
  - positive Familienanamnese für affektive Erkrankungen
  - initiale Non-Response auf Antidepressivum
  - Komorbidität (Angststörung, Abhängigkeitserkrankung)
-

# Therapiephasen depressiver Störungen I

<u>Therapiephase</u>	<u>Ziel</u>	<u>Dauer</u>
Akuttherapie	Remission	Wochen - Monate
Erhaltungstherapie	Remissions-Stabilisierung (höchste Rückfallgefahr im 1. Jahr)	6 - 18 Monate
Rezidivprophylaxe	Vorbeugung erneuter depressiver Phasen (bei rezidivierenden depressiver Störungen) Bei schweren Depressionen Bei positiver Familienanamnese	5 Jahre ggf. länger
Phasenprophylaxe	Vorbeugung erneuter Phasen (Bei bipolaren Störungen) Bei schweren Phasen Bei häufigem Phasenwechsel Bei hoher Phasenhäufigkeit	5 Jahre ggf. länger

# Therapiephasen depressiver Störungen II

<u>Therapiephase</u>	<u>Therapieform</u>	<u>Dosis</u>
Akuttherapie	Antidepressiva ggf. Benzodiazepine, Antipsychotika ggf. Schlafentzug, Lichttherapie, EKT Psychotherapie	ausreichend !
Erhaltungstherapie	Antidepressiva (wie oben) Psychotherapie	wie zur Remission „Erhaltungsdosis“ langsam ausschleichen
Rezidivprophylaxe (unipolare Depression)	Antidepressiva (wie oben) ggf. Lithium Psychotherapie	wie zur Remission 0.5 - 0.8 mmol/l „Erhaltungsdosis“ langsam ausschleichen
Phasenprophylaxe (bipolare Störungen)	Lithium oder Carbamazepin (Valproinsäure) ggf. mit Antidepressivum kombinieren Psychotherapie	nach Plasmaspiegel <b>cave:</b> „switch“ „Erhaltungsdosis“ langsam ausschleichen

## Lithium-Behandlung (Quilonum<sup>®</sup>, Hypnorex<sup>®</sup>)

- Dosierung nach Plasmaspiegel
- Rezidivprophylaxe: 0.5 - 0.8 mmol/l (antimanisch: 1.0 - 1.2 mmol/l)
- antimanische, aber wahrscheinlich keine akute antidepressive Wirkung
- in der Akutbehandlung der Depression zur „Augmentation“
- geringe therapeutische Breite

### Nebenwirkungen:

Tremor, Polyurie/Polydipsie, Übelkeit, Diarrhoe, Müdigkeit,  
Muskelschwäche, Ödeme, Gewichtszunahme  
Hypothyrose, Euthyreote Struma (Schilddrüsenhormone !)  
Nierenfunktionsstörungen (cave: Diuretika, keine Natrium-arme Diät)

**Intoxikation:** lebensbedrohlich (> 1.5 - 1.8 mmol/l) -> ggf. Hämodialyse  
Tremor, Erbrechen, Ataxie, Dysarthrie, Bewußtseinstörung - Koma  
DD: akzidentell, suizidal, Diät, Diuretika, Exsikkose, Nierenstörungen

# SCHLAFENTZUG

# Wachttherapie = Therapeutischer Schlafentzug (SE) *(nach Berger, 1999)*

Wirkmechanismus

serotonerg?

Durchführung

Totaler Schlafentzug oder (TSE)

Partieller SE (2. Nachthälfte)

1 - 3 mal pro Woche in geeignetem Setting

erst am Abend nach Entzugsnacht zu Bett

sedierende Medikation weglassen

keine „naps“ (Einnicken)

Pat. kann lesen, schreiben, essen, reden

Wirklatenz

**keine, häufig jedoch Relapse**

Kombination

mit AD und/oder PT empfohlen

Nebenwirkungen

Müdigkeit am Folgetag

Umschlag in (Hypo-) Manie (BP Störung)

Psychotische Symptomprovokation (Psychosen)

Zerebraler Krampfanfall (bei genuinem Leiden)

*Wirksamkeit*

*unipolare Depressionen, v.a. mit Morgentief*

*Kontraindikationen*

*floride Psychosen, BP-Störungen, Epilepsien*

# Wachttherapie = Therapeutischer Schlafentzug (SE) *(nach Berger, 1999)*

- 60-70% depressiver Pat. mit deutlicher Stimmungsaufhellung nach SE
- 83% entwickeln wieder Rückfall in folgenden Tagen
- Rückfälle auch durch kurze Tagesschlafepisoden nach erfolgreichem SE
- Hypermetabolismus im Gyrus cinguli guter Prädiktor für SE-Response (PET)

Therapieformen Schlafentzug	Wirkung	Besonderheiten
Totaler Schlafentzug Schlafphasenvorverlagerung (- 5.00 Uhr) Partieller Schlafentzug 2. Nachthälfte	kurz antidepressiv kurz antidepressiv kurz antidepressiv	belastend für Patienten belastend für Beteiligte oft durchführbar
Partieller Schlafentzug 1. Nachthälfte Nachtschlaf	depressiogen depressiogen	- Schlafstörungen
REM-Schlafentzug	länger antidepressiv?	Unklare Datenlage derzeit nur Forschung

# LICHTTHERAPIE

# Lichttherapie *(nach Kasper & Neumeister, 1998)*

**Wirkmechanismus**

**Durchführung**

über Retina - serotonerg?

2500 - 10000 Lux volles Spektrum

1/2 bis 4 Stunden tgl. (Herbst - Frühjahr)

Tageszeit nach Belieben

Abstand zur Lichtquelle 90cm

1 mal pro Minute kurz

direkt ins Licht schauen

Pat. kann lesen, schreiben, essen, reden

3 - 7 Tage

mit AD und/oder PT möglich

**Wirklatenz**

**Kombination**

**Nebenwirkungen**

gering: Kopfschmerz, Augenbrennen

Hypomanie

**Augenärztliches Konsil**

u.a. bei Kombination mit Medikation

*Wirksamkeit u.a. bei SAD, teilweise auch non-SAD-Depression, Jet-Lag, RBD, PMDD, Bulimie, Postpartum „blues“*

# ANDERE VERFAHREN

# Elektrokrampftherapie (EKT) - Allgemeine Prinzipien

Wirkmechanismen

- NA, 5-HT, DA, second messenger ...?

Durchführung

- Vollnarkose (Anästhesie)
- kontrollierte Auslösung eines gm-Anfalls (ca. 30 - 60 s)
- unilaterale oder bilaterale Stimulation
- 3 / Woche bis zur Remission (meist 9 - 18)

Wirklatenz

- kurz, Rückfälle sehr häufig !

Kombination

- mit TCA, u.U. mit SSRI möglich, Lithium ungünstig
- keine BZD, keine Antikonvulsiva!

Nebenwirkungen

- kurzzeitig: Psychosyndrom, Kopfschmerzen, Myalgien, Übelkeit
- länger anhaltend: mnestiche Störungen (bilaterale Stimulation)
- selten: kardiale Störungen

*Indikation/Wirksamkeit*

*Schwere, v.a. wahnhaft Depressionen,  
auch bei akuter Manie, Katatonie, Psychosen*

*First-line-Treatment*

*Therapieresistente Depression, febrile Katatonie*

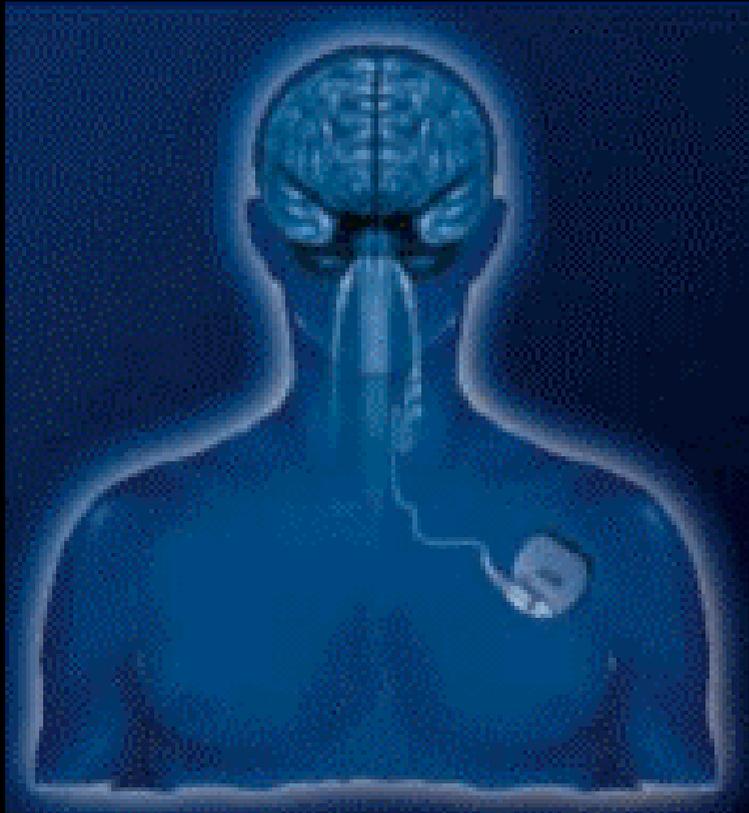
*mögliche Alternative:*

*repetitive transkranielle Magnetstimulation (TMS)*

*Datenlage noch unklar*

*Parameter noch nicht einheitlich (Häufigkeit, Lokalisation)*

# Vagus-Nerv-Stimulation (VNS)



- Ein Gerät von der Art eines Herzschrittmachers wird unter die Haut implantiert
- Sendet elektrische Impulse an den Nervus Vagus
- Der Impuls wird 30 Sekunden gesendet, danach ist 5 Minuten Pause.
- Das Gerät ist aus der Epilepsitherapie bekannt, wo es schon seit 1997 eingesetzt wird.
- Studie: Bei 30 Patienten hob sich nach Vagusstimulation die Stimmung bei 40% der Patienten um 50%.

# PSYCHOTHERAPIE

...Und wie lange  
arbeiten Sie schon  
als Kfz-Mechaniker?



# Psychotherapien der Depression

## Theorie

## Vertreter

## Fokus der Therapie

Verhaltensbezogen

Lewinsohn

Verhalten <-> Verstärker

Kognitiv orientiert

Beck  
Seligman

Negative kognitive Schemata  
Reattributionstraining

Interpersonell orientiert

Klerman

Inadäquate soziale  
Interaktionsmuster

Psychodynamische Therapie  
Gesprächspsychotherapie  
Familientherapie

diverse  
Rogers  
diverse

Unbewältigte Konflikte  
Klientenzentriert, Erleben  
Familiensystem

VT

# Behandlungsschema - Kognitive Verhaltenstherapie

Grundelemente:

- kooperatives Arbeitsbündnis
- strukturiert, problemorientiert
- lern- und veränderungsorientiert

Aktivitätsaufbau



- Aktivitäten mit dem Ziel von Erfolg und Vergnügen
- Abbau belastender Erfahrungen

Aufbau sozialer  
Kompetenzen



- Erhöhung angenehmer Erfahrungen
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten

Kognitive  
Umstrukturierung



- Erkennen depressiver Denkverzerrungen
- gelenkte Fragen („sokratischer Dialog“)
- Realitätstestung
- Reattribution

Stabilisierung



- Vorbereitung auf Krisen
- Erprobung im Alltag

# Beck: Kognitive Therapie der Depression *(Hautzinger, 1998)*

---

**Ansatzpunkte:**

- *kognitive Verzerrungen*
- *Generalisierungen*
- *Automatisierte Gedanken*

-> *Überführung in differenzierte Kognitionen*

---

**Verhaltensanalyse:** - *Ausführliche Analyse, S-O-R-C-K Modell*

**Psychoedukation:** - *Entstehungsmodell / Therapiemodell*

**Gesprächstechniken:**

- *sog. Sokratischer Dialog*
- *Selbsterkennung der „logischen Fehler“*

**Mehrspaltentechnik:**

- *Tätigkeit - Gedanken - Gefühle (Hausaufgaben)*
- *Probleme - Gegenargumente - Logische Fehler*

**Aktivitätsplanung:** - *Erfolg - Vergnügen als Ziel*

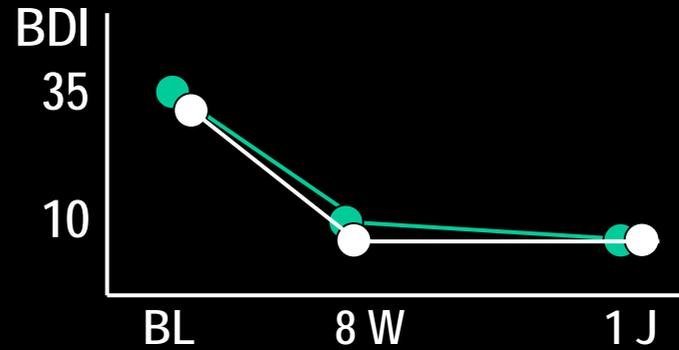
---

# Wirksamkeit von Antidepressiva (AD) und/oder Verhaltenstherapie (VT)

(Studien von Hautzinger & de Jong-Meyer, 1996)

## 1. Schwere Depressionen

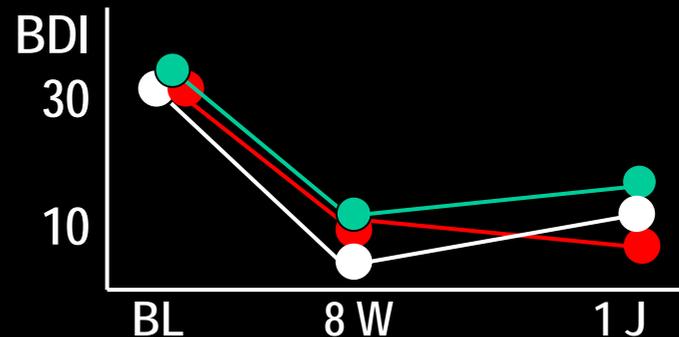
- AD + kognitive VT
- AD + stützendes Gespräch



ambulant  
+ stationär

## 2. Leichte Depressionen

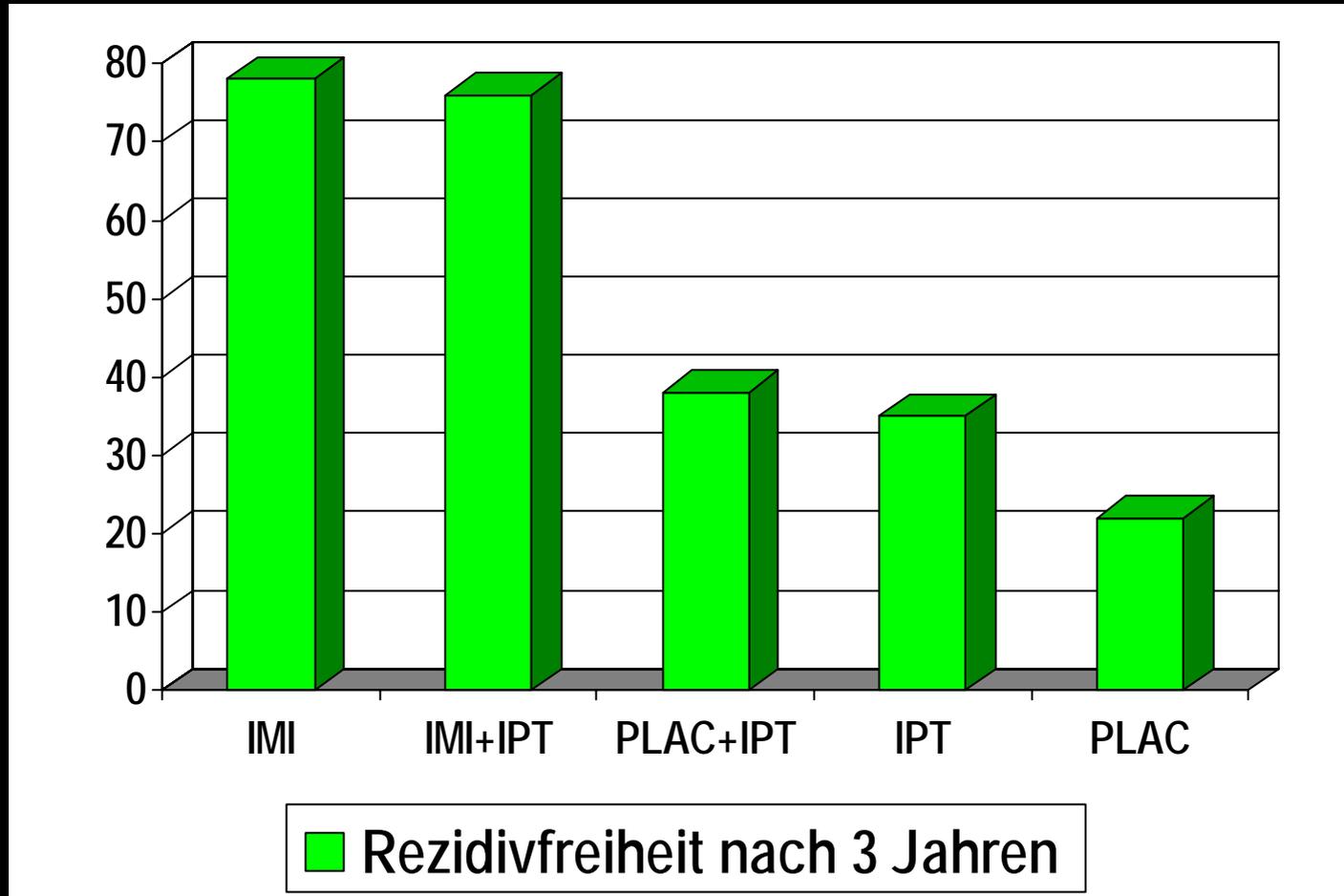
- AD + kognitive VT
- AD + stützendes Gespräch
- kognitive VT alleine



nur  
ambulant

BDI - Beck Depression Inventory (Schweregrad der Depression); BL - Baseline

# Rezidivfreiheit unter Imipramin (TCA), Psychotherapie (IPT) und Placebo bei schwerer Depression *(Frank et al., 1990)*



IMI = Imipramin; IPT = Interpersonelle Psychotherapie; PLAC = Placebo

# Klinisches Vorgehen

# Zusammenfassung

## Wirksamkeit von Antidepressiva und/oder Psychotherapie

### Bei schwereren Depressionen

- scheint eine Antidepressivatherapie unverzichtbar
- ist unklar, ob zusätzliche Psychotherapie akut wirksam ist
- möglicherweise Vorteile der VT bei Rückfallprophylaxe

### Bei leichteren Depressionen

- ist Psychotherapie (VT) einer Antidepressivatherapie gleichwertig
- ist im Langzeitverlauf möglicherweise VT überlegen
- könnte VT auch nach „Absetzen“ noch „wirksam“ sein (nicht: AD)

### Bei allen Depressionen (entsprechend ICD-10/DSM-IV) ist derzeit

- eine Kombination von medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen empfehlenswert

# Gesamtbehandlungsplan depressiver Syndrome *(nach Benkert & Hippus, 2000)*

	<i>Antidepressiva</i>	<i>Psychotherapie</i>	<i>Andere</i>
Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen	+	+++	kurzzeitig BZD
Dysthymie	++	+++	
Major Depression			
leicht	++	+++	
mittel	+++	++	SE, BZD
schwer	+++	+	SE, BZD
mit somatischen Sx	+++	+	SE, BZD
mit psychotischen Sx	+++	+	AP, BZD, EKT
SAD	++	+	LT, SE
Organisch bedingte depressive Störung	++	+	intern. /neurolog. Therapie

*BZD = Benzodiazepine; SE = Schlafentzug; AP = Antipsychotikum; LT = Lichttherapie  
zusätzlich: Psychoedukation, Gruppentherapien, Ergo- und Physiotherapie, Autogenes Training ...*