

Update

Therapieangebote für Depressionen und Burnout



Zusammenfassung des Symposiums vom 04. Juli 2013

Programm

- 14.00–14.10** **Begrüssung und Einführung**
Dr. med. René Bridler M.H.A., Sanatorium Kilchberg
- 14.10–14.40** **Die Bedeutung biologischer Rhythmen für die Ätiopathogenese und Therapie depressiver Erkrankungen**
Dr. phil. Vivien Bromundt, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
- 14.40–15.10** **Die Behandlung von Depressionen bei älteren Menschen mit IPT Late Life**
Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Dykieriek, Universitätsklinikum Freiburg

Kaffeepause

Kurzvorträge

- 15.40–15.55** **Pharmakologie depressiver Erkrankungen - Update**
Prof. Dr. med. Katja Cattapan, Sanatorium Kilchberg
- 15.55–16.25** **Die Behandlung chronischer Depressionen im stationären Setting – ein Erfahrungsbericht**
Dr. phil. Nadine Bull, Sanatorium Kilchberg
- 16.25–17.00** **Einsatz von achtsamkeitsorientierten Verfahren bei Depressionen und Stress**
Dr. med. Christine Poppe, Sanatorium Kilchberg

Oder

Workshop

- 15.40–17.00** **Philosophie in der Psychotherapie am Beispiel Symbalance Burnout-Therapie**
Tobias Ballweg, M.A., Dipl.-Psych und med. prakt. Christian Seeher, Sanatorium Kilchberg
- 17.00–18.30** **Apéro mit allen Teilnehmenden sowie Möglichkeit für einen Rundgang durch die neu renovierte Privatstation E und den Garten**

Im Rahmen eines Symposiums, das am 4. Juli 2013 im Sanatorium Kilchberg stattfand, wurde die Bedeutung von biologischen Rhythmen für die Ätiopathogenese und Therapie von depressiven Störungen erläutert. Ausserdem wurde auf die interpersonelle Psychotherapie zur Behandlung von älteren depressiven Patienten sowie auf zwei psychotherapeutische Verfahren, die spezifisch zur Behandlung von chronischen Depressionen beziehungsweise zur Prävention von Rückfällen entwickelt wurden, eingegangen.

Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor am Sanatorium Kilchberg, bemerkte, dass unipolare Depressionen gemäss einer Voraussage der Weltgesundheitsorganisation zur globalen Verbreitung psychischer Störungen im Jahr 2030 in Ländern mit hohem Einkommen die Hauptursache für den Verlust an behinderungsbereinigten Lebensjahren sein werden. Nach dem neuen Obsan Bericht Nummer 56 «Depressionen in der Schweizer Bevölkerung» erlitten gemäss den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 rund 5 Prozent der Bevölkerung innerhalb eines Jahres eine majore depressive Störung, während ein Fünftel der Befragten über depressive Symptome in den vorangegangenen zwei Wochen berichtete. Entgegen der weit verbreiteten Meinung, dass Depressionen in den letzten Jahren zugenommen haben, zeigt die Datenlage einen konstant gebliebenen Anteil an Personen mit bedeutsamer depressiver Symptomatik oder mit stärkerer Depressivität. Interessanterweise ist jedoch der Anteil der Personen, die überhaupt nie depressive Verstimmungen hatten, deutlich gesunken, was auf eine gewisse Enttabuisierung hinweisen könnte. Depressionen sind nicht nur häufig mit gleichzeitigen körperlichen Erkrankungen verbunden, sondern auch mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen. So leiden gemäss Obsan-Bericht 28 Prozent der depressiven Patienten zusätzlich an einer komorbiden Persönlichkeitsstörung. Ein besorgniserregendes Licht wirft der Obsan-Bericht auf die Behandlungspraxis von depressiven Störungen in der Schweiz: je leichter die Störung, desto eher wird sie medikamentös (sic!) behandelt – und vice versa. Unsere Therapiepraxis befindet sich damit im klaren Widerspruch zur wissenschaftlichen Datenlage und zu den weltweiten Empfehlungen der Fachgesellschaften.

Bedeutung biologischer Rhythmen für die Ätiopathogenese und Therapie depressiver Erkrankungen

Wie *Dr. phil. Vivien Bromundt von den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel* erläuterte, haben sich im Verlauf der Evolution sämtliche Organismen optimal an die täglichen, saisonalen und anderen zeitlichen Rhythmen der Umgebung angepasst. Die äusseren Zeitgeber, insbesondere der Tag-Nacht-Zyklus, aber auch die täglichen Aktivitäten, beeinflussen beim Menschen einen genetisch vorprogrammierten inneren Zeitgeber, welcher nicht nur den Schlaf-Wach-Rhythmus, sondern auch eine Vielzahl anderer zirkadianer Funktionen im Körper steuert. Diese komplexe innere Uhr sitzt im suprachiasmatischen Kern, der sich in einem kleinen Hirnareal im vorderen Hypothalamus befindet. Die zirkadiane Periodenlänge des genetischen Programms unterscheidet sich jedoch geringfügig vom tatsächlichen 24-Stunden-Rhythmus, wobei die individuellen Abweichungen durch die Einwirkung der äusseren Zeitgeber, insbesondere durch den Hell-Dunkel-Wechsel von Tag und Nacht täglich aufs Neue korrigiert werden. Der wirkungsvollste Zeitgeber für die Synchronisation des suprachiasmatischen Kerns ist das Tageslicht, welches durch photosensitive Ganglienzellen in der Netzhaut aufgenommen wird und über die Freisetzung des blaulichtempfindlichen Photopigmentes Melanopsin in der Zirbeldrüse die tagesrhythmische Ausschüttung von Melatonin steuert.

Die heutige Lebensweise mit einer dem natürlichen Rhythmus oftmals nicht angepassten Lichtexposition wie beispielsweise bei spätabendlicher Tätigkeit am Computerbildschirm verläuft gegen die innere Uhr, was eine Desynchronisation zwischen den endogenen Körperrhythmen und dem Tag-Nacht-Zyklus bewirken kann. Derartige Entgleisungen können Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus verursachen, die Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit und kognitive Leistungseinbussen hervorrufen können. Darüber hinaus sind Änderungen des zirkadianen Rhythmus und Schlafstörungen ein wesentliches Merkmal von Depressionen, wobei sich die Schlafstörungen bei depressiven Patienten zumeist als Probleme beim Einschlafen, häufiges Aufwachen und Wachliegen in der Nacht und zu frühes morgendliches Aufwachen zeigen.

Die Erkenntnis, dass Licht und Melatonin für die Synchronisierung der zirkadianen Rhythmen bedeutsam ist, hat zur Entwicklung verschiedener chronobiologischer Strategien zur Behandlung von Schlafstörungen und depressiven Erkrankungen geführt. Das verbreitetste chronobiologische Verfahren ist die Lichttherapie, welche als Behandlung der ersten Wahl bei saisonal abhängigen Depressionen sowie als Zusatzoption zu einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung bei allen Erkrankungen mit depressiver Symptomatik gilt. Bei Patienten mit Depressionen ist eine morgendliche Behandlung mit Licht aus einer UV-gefilterten Lichtquelle mit einer Intensität von 7'000 bis 10'000 Lux während 30 bis 60 Minuten angezeigt, wobei der optimale Zeitplan der Lichttherapie mit Hilfe des sogenannten «Morningness-Eveningness»-Fragebogens oder anhand einer Melatoninbestimmung individuell ermittelt werden sollte. Durch die zusätzlich zur Verabreichung eines selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmers erfolgende Anwendung der Lichttherapie kann eine Verstärkung der antidepressiven Wirksamkeit der medikamentösen Therapie sowie eine Beschleunigung des Eintritts der antidepressiven Wirkung erreicht werden. Im Rahmen der Wachtherapie wird zunächst durch einen einmaligen Schlafentzug ein kurzfristiger antidepressiver Effekt herbeigeführt, der durch anschließende partielle Schlafentzüge in der zweiten Nachthälfte in Kombination mit einer Schlafphasenvorverlagerung aufrechterhalten werden kann. Eine Ergänzung zur chronotherapeutischen Behandlung der Depression besteht in der Verabreichung von Melatonin, das vermutlich durch Verbesserung der Schlafqualität eine antidepressive Wirkung entfaltet. Als erstes pharmakologisches Chronotherapeutikum wurde 2010 das Antidepressivum Agomelatin zugelassen, das aufgrund seiner dualen Wirkung als Melatoninagonist und Serotoninantagonist erfolgreich bei depressiven Patienten mit zirkadian bedingten Schlafstörungen eingesetzt werden kann.

Interpersonelle Psychotherapie bei älteren Menschen mit Depressionen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Dykierek von der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg wies darauf hin, dass trotz der stetigen

demografischen Verschiebung zu höherem Alter auch heute noch ältere Menschen mit Depressionen von der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nahezu ausgeschlossen sind. So erhalten gemäss einer von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung initiierten Studie aus dem Jahr 2010 in der Altersgruppe der über 60-jährigen Patienten nur gerade 6 Prozent eine ambulante Psychotherapie, und in der Altersgruppe der über 75-Jährigen ist der Anteil der psychotherapeutisch behandelten Patienten beinahe Null. Die Herausforderung bei der Psychotherapie besteht darin, dass ältere Menschen mit Depressionen keine einheitliche Population bilden, da die Betroffenen nicht nur zu einer grossen Altersgruppe gehören und zahlreichen zwischenmenschlichen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, sondern auch an sehr unterschiedlichen psychischen Störungen leiden und vielfach Ko- und Multimorbiditäten aufweisen. Ausserdem manifestieren sich Depressionen bei älteren Menschen mit einer Vielzahl von Symptomen, die somatische Symptome, Angstsymptome, kognitive Störungen, Schlafstörungen und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten umfassen.

Eine wirksame Option zur Behandlung von Depressionen bei älteren Patienten stellt die interpersonelle Psychotherapie dar, die in den Siebzigerjahren von Klerman und Weisman konzipiert wurde und auf dem theoretischen Hintergrund der interpersonellen Schule von Harry S. Sullivan und der Bindungstheorie von John Bowlby beruht. Dieses Verfahren, das ursprünglich als ambulante Kurzzeittherapie für unipolar depressive Episoden entwickelt wurde, hat sich in der empirischen Überprüfung als erfolgreich erwiesen und wurde mittlerweile in vielfältiger Weise für unterschiedliche Krankheitsformen, Therapiearten und Patientengruppen angepasst. Der Behandlungsschwerpunkt der zumeist über 16 bis 20 Sitzungen durchgeführten interpersonellen Psychotherapie liegt einerseits in der Vermittlung der Erkenntnis, dass die Entstehung der Depression mit psychischen Belastungsfaktoren wie Verlust, Einsamkeit oder Krankheit zusammenhängt, und andererseits in der emotionalen Bearbeitung der psychosozialen Probleme. Darüber hinaus werden dem Patienten die Fähigkeiten zur Bewältigung der Schwierigkeiten vermittelt, wobei gleichzeitig eine

Linderung der depressiven und körperlichen Beschwerden durch Symptommanagement angestrebt wird.

Im Rahmen der interpersonellen Psychotherapie werden die vier Problembereiche «Trauer», «Einsamkeit und Isolation», «Rollenwechsel» und «interpersonelle Konflikte» behandelt, die für die psychotherapeutische Arbeit mit älteren Menschen besonders relevant sind. Einschneidende Lebensveränderungen wie das Erreichen des Rentenalters, der Eintritt in ein Pflegeheim ebenso wie Erkrankungen und körperliche Beeinträchtigungen sind typisch für diese Lebensphase, wobei der damit verbundene Autonomieverlust häufig im Zusammenhang mit interpersonellen Konflikten wie unerfüllten Versorgungswünschen gegenüber Angehörigen oder einem Dominanzwechsel in der Partnerschaft stehen. Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse umfassen die Risikofaktoren für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung bei älteren Menschen eine kürzliche Verwitwung, Schlafstörungen, eine Beeinträchtigung der Alltagsfunktion, eine frühere Depression, eine körperliche Erkrankung, eine kognitive Beeinträchtigung, ein schlechter Gesundheitszustand sowie das Alleinleben.

Der Ablauf der interpersonellen Psychotherapie ist in drei Phasen gegliedert, wobei in der Anfangsphase die Auseinandersetzung mit der depressiven Symptomatik und die Festlegung des Problembereiches sowie die Formulierung des Behandlungsplanes und der Therapieziele stattfindet. In der mittleren Phase erfolgt die Bearbeitung des interpersonellen Problembereichs und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und günstigen Verhaltensmassnahmen, während in der Beendigungsphase die erreichten Therapieziele im Zusammenhang mit prophylaktischen Überlegungen zum frühzeitigen Erkennen und Überwinden wieder auftretender Symptome besprochen werden. Als Prädiktoren für ein erhöhtes Rückfallrisiko nach einer interpersonellen Psychotherapie haben sich der Schweregrad der Depression, das Ausmass der medizinischen Begleiterkrankungen, Neurotizismus sowie Angstsyndrome und Schlafstörungen erwiesen.

Pharmakologie depressiver Erkrankungen

Prof. Dr. med. Katja Cattapan vom Sanatorium Kilchberg hielt fest, dass in den vergangenen Jahren kaum neue Substanzen zur Behandlung von depressiven Erkrankungen entwickelt wurden, obwohl mit den verfügbaren Psychopharmaka Ansprechraten von lediglich 40 bis 70 Prozent erreicht werden. Zur optimalen Strategie für die Behandlung der gegenüber selektiven Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitoren resistenten Depression ergab eine Metaanalyse von vier randomisierten Studien mit 1'496 Patienten, dass durch die Umstellung auf ein Antidepressivum einer anderen Wirkstoffklasse höhere Remissionsraten erzielt werden als durch den Wechsel auf einen zweiten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitor. Die Kontroverse um die verbesserte Wirksamkeit der Serotonin-Norepinephrin-Wiederaufnahmeinhibitoren bleibt auch mit den Resultaten einer Metaanalyse bestehen, in welcher für Venlafaxin und Duloxetin eine nur geringfügig höhere Wirksamkeit als für die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitoren festgestellt wurde. Die in einer Metaanalyse von 117 kontrollierten Studien gefundenen Unterschiede in der Wirksamkeit einzelner Antidepressiva der neuen Generation sind eher zurückhaltend zu beurteilen, da eine anschliessende Untersuchung methodische Schwächen dieser Metaanalyse aufzeigte. Ein gegenüber den Erwartungen wesentlich geringerer Verträglichkeitsvorteil der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitoren geht aus einer Auswertung von 136 kontrollierten Studien hervor, gemäss welcher die Rate vorzeitiger Therapieabbrüche bei den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitoren nur geringfügig kleiner war als bei den trizyklischen Antidepressiva. Die Bedeutung der Integration depressiver Patienten in ein aktives Therapieprogramm unterstreicht eine umfangreiche Analyse von 115 klinischen Studien mit 10'310 depressiven Patienten, wonach durch die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie ein deutlich stärkerer Rückgang der Symptome erreicht wurde als durch die alleinige Psychotherapie beziehungsweise die alleinige Pharmakotherapie. Bezüglich der Dauer der antidepressiven Behandlung empfehlen die derzeitigen Deutschen Versorgungsleitlinien, dass die Erhaltungstherapie bei depressiven Patienten während vier bis neun Monaten mit der in der Akutbehandlung erfolgreichen Dosierung durchgeführt werden sollte. Bei Patienten, die zwei

oder mehr depressive Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen erlitten haben, sollte über mindestens zwei Jahre eine Rezidivprophylaxe aufrechterhalten werden.

Stationäre Behandlung chronischer Depressionen

Gemäss *Dr. Dipl.-Psych. Nadine Bull vom Sanatorium Kilchberg* nehmen Depressionen in ungefähr 30 Prozent der Fälle einen chronischen Verlauf, wobei die Mehrzahl der Patienten mit chronischen Depressionen einen frühen Krankheitsbeginn sowie eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen wie Angst- und Persönlichkeitsstörungen oder Alkohol- und Substanzmissbrauch zeigt. Ausserdem haben chronisch depressive Patienten oftmals in der Kindheit oder Jugend seelische oder körperliche Traumatisierungen – vor allem emotionale Vernachlässigung und Missbrauch sowie körperliche Misshandlungen – erlitten, infolge derer sich die Betroffenen zunehmend von ihrer Umwelt abgekapselt haben und daher nur unzureichende interpersonelle Kompetenzen und häufig auch ein präoperatorisches Denken entwickelt haben. Die Erkenntnis dieser spezifischen Pathologie der chronischen Depression bildet den Ansatz für das in den frühen Siebzigerjahren von James P. McCullough erarbeitete «Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)», bei dem mit speziellen Techniken die kognitiv-emotionalen Entwicklungsrückstände der Patienten angegangen werden. Ein wichtiger Bestandteil des auch im Sanatorium Kilchberg eingesetzten «CBASP» sind Situationsanalysen und daran anschliessende Verhaltenstrainings, mittels welcher die Patienten an konkreten alltäglichen Beispielen lernen, die Konsequenzen der eigenen Verhaltens- und Denkmuster zu erkennen und ihr Verhalten zum Erreichen realistischer Erwartungen zielgerichtet einzusetzen. Kennzeichnend für das «CBASP» ist die therapeutische Beziehungsgestaltung, bei welcher der Therapeut in kontrollierter Art und Weise persönliche Gefühlsreaktionen als direkte Konsequenz des Verhaltens des Patienten einbringt und ihm dadurch hilft, zwischen schädigenden und fürsorglichen Beziehungsmustern zu unterscheiden und die eigene destruktive Entwicklungsgeschichte zu revidieren.

Zum therapeutischen Nutzen des «CBASP» ergab eine umfassende Studie mit 681 an einer chronischen Depression leidenden Patienten, dass durch die Kombination des «CBASP» mit einer medikamentösen Therapie eine signifikant höhere Ansprechrate erzielt werden konnte als durch die alleinige Psychotherapie beziehungsweise die alleinige Pharmakotherapie.

Einsatz von achtsamkeitsorientierten Verfahren bei Depressionen

Dr. med. Christine Poppe vom Sanatorium Kilchberg erläuterte, dass der Begriff «Achtsamkeit» ursprünglich aus der buddhistischen Tradition stammt und dass die achtsamkeitsbasierten Therapieverfahren mit der dritten Welle der Verhaltenstherapie Eingang in die Psychotherapie gefunden haben. Bei der «Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)» handelt es sich um einen achtsamkeitsbasierten psychotherapeutischen Ansatz, der spezifisch zur Prävention von Rückfällen depressiver Episoden entwickelt wurde. Das im Sanatorium Kilchberg angebotene, sich über acht Wochen erstreckende Gruppenprogramm kombiniert verschiedene Methoden der Achtsamkeit wie Meditation, Körperwahrnehmungsübungen und Yoga mit Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie und beinhaltet zudem psychoedukative Elemente zur Vermittlung von Informationen zum Thema Depression. Die «MBCT» leitet sich direkt aus wissenschaftlichen Erkenntnissen über das Rückfallgeschehen ab, wonach depressive Denkmuster während einer depressiven Episode verfestigt werden und damit deren Verfügbarkeit und Reaktivierbarkeit auch in den Remissionsphasen erhöht wird. Aus diesem Grund können bei Personen mit mehreren erlittenen depressiven Episoden die negativen depressionstypischen Denk- und Handlungsweisen bereits durch leichte Stimmungsveränderungen und weitgehend automatisch und vom Patienten häufig unbemerkt ausgelöst werden. Mit Hilfe des «MBCT»-Programms lernen die Patienten, die Aktivierung depressionsfördernder Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen rechtzeitig zu erkennen und – anstatt in Grübeleien und niedergedrückte Stimmung zu versinken – bewusst mit spezifischen Massnahmen dem sich anbahnenden depressiven Rückfall entgegenzuwirken. Neben der Förderung der bewussten Wahrnehmung negativer Gedanken und Emotionen verhilft das «MBCT»-Training zur Entwicklung einer neuen Haltung mit Selbst-

mitgefühl und Selbstfürsorge, was zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Gemäss den Resultaten einer Metaanalyse von sechs kontrollierten Studien, an denen insgesamt 593 Patienten mit einer rezidivierenden Depression in Remission teilnahmen, konnte durch die «MBCT» im Vergleich zu den sonst üblichen Versorgungsmassnahmen eine signifikante Verringerung des Rückfallrisikos um 34 Prozent erreicht werden, wobei die Risikoreduktion in der Gruppe der Patienten mit mindestens drei vorangegangenen depressiven Episoden besonders ausgeprägt war. Darüber hinaus geht aus den vorläufigen Resultaten von Studien hervor, dass sich mit der «MBCT» auch bei Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden mit unvollständiger Remission sowie bei Patienten mit einer therapieresistenten Symptomatik und ausgeprägt chronischen Verläufen vielversprechende Effekte erzielen lassen.

Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung

Frau Prof. Dr. med. Katja Cattapan
Chefärztin Privatstationen

Telefon 044 716 42 42
k.cattapan@sanatorium-kilchberg.ch