Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Geklagte kognitive Beeinträchtigungen bei Depression und Relevanz für Gutachten

Thomas Beblo

Bethel

Evangelisches Johanneswerk

valeo

Verbund Evangelischer Krankenhäuser in Westf. gGmbH

Inhalt

1. Neuropsychologische Symptome
2. Subjektive vs Objektive Defizite
3. Defizitprofil
4. Einflussfaktoren
5. Klinische Relevanz
6. Leiden Patienten unter (gutachterlichen)Testungen?
7. Schlussfolgerungen

Neuropsychologische Symptome

DSM IV: Major Depression

1) Depressive Verstimmung
2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude
3) Gewichtsverlust/-steigerung oder Appetitverlust/-steigerung
4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
5) Psychomotorische Unruhe oder Hemmung
6) Energieverlust oder Müdigkeit
7) Gefühl der Wertlosigkeit / unangemessene Schuldgefühle
8) **Verminderte Konzentration oder Entschlußfähigkeit**
9) Wiederkehrende Suizidgedanken / Gedanken an den Tod

dabei

- mindestens 2 Wochen andauern
- klinisch relevantes Leid
- Keine andere Verursachung / Manie

ICD 10: Depressive Episode

1) Depressive Verstimmung
2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude
3) Verminderter Antrieb oder Müdigkeit
4) Verlust des Selbstvertrauens
5) unangemessene Schuldgefühle
6) Wiederkehrende Suizidgedanken / Gedanken an den Tod
7) **Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen oder Entschlußfähigkeit**
8) Psychomotorische Unruhe oder Hemmung
9) Schlafstörungen
10) Gewichtsverlust/-steigerung oder Appetitverlust/-steigerung

dabei

- mindestens 2 Wochen andauern
- Keine andere Verursachung / Manie

Subjektive vs objektive Daten

Z = 0

Testergebnisse (z = ca. -1)

Fremdbeschreibungen

Selbstbeschreibungen

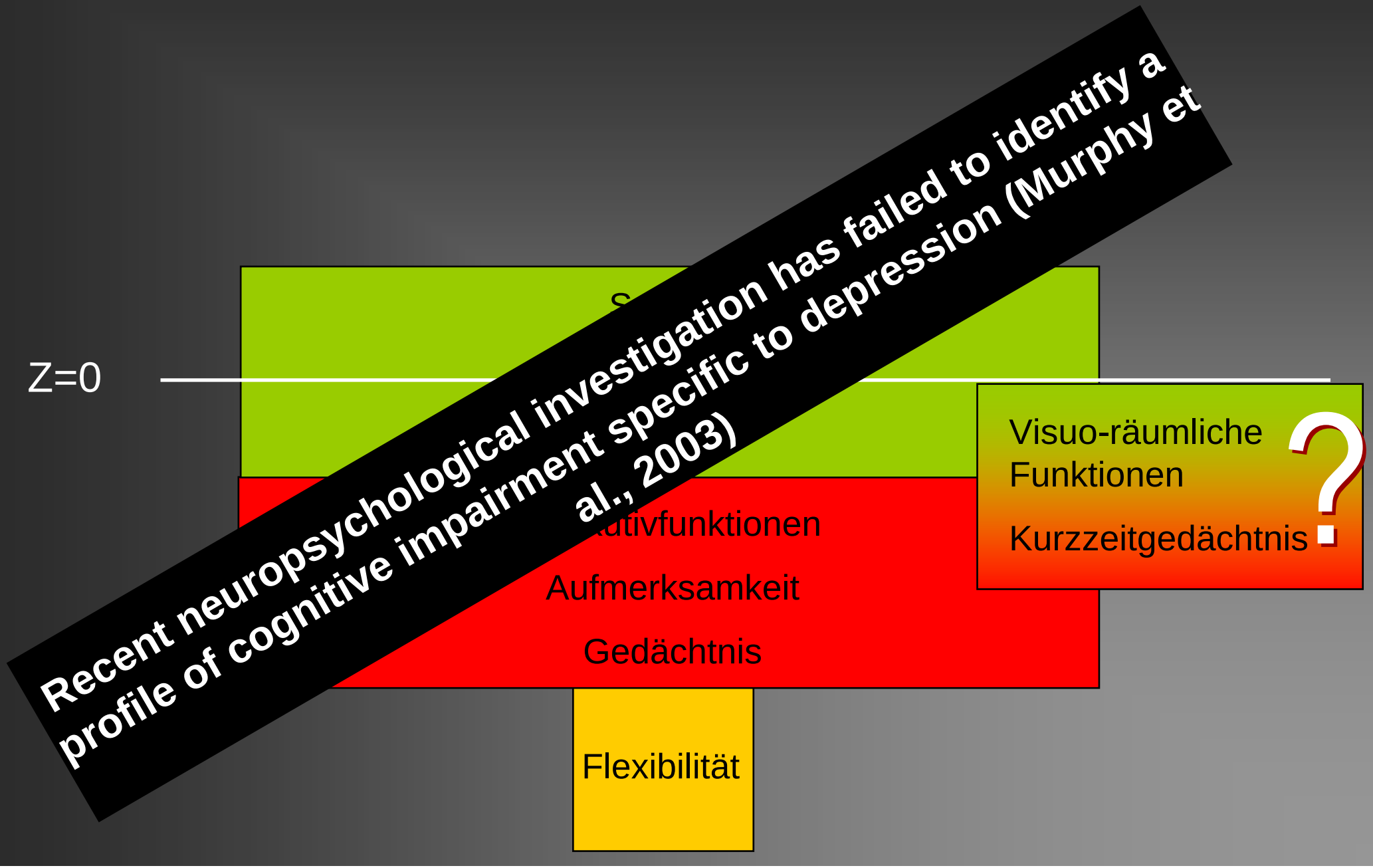
Z = -3

Mögliche Gründe

- Alltag vs Testsituation
- Negative Selbstsicht

Lahr, Hartje & Beblo, 2007

Gibt es ein typisches Defizitprofil?



Recent neuropsychological investigation has failed to identify a profile of cognitive impairment specific to depression (Murphy et al., 2003)

Demographische und Klinische Einflussfaktoren

Faktoren	Neuropsychologische Relevanz
DSM IV Subtypen	Defizite:
	Bipolar > Unipolar
	Bipolar I > Bipolar II
	Major Depression > Dysthymie
	Melancholie > keine Melancholie
	Psychotische Symptome > keine psychotischen Symptome
Komorbidität	Mit Alkoholabhängigkeit mehr Defizite als ohne
	BPD, Cannabismissbrauch: Wahrscheinlich irrelevant, ADHD: wahrscheinlich relevant
Erkrankungsschwere / Tagesschwankungen	Kaum Zusammenhänge Defizite - Erkrankungsschwere, morgens mehr Defizite
Verlauf	Weniger Defizite bei Remission aber keine vollständige Wiederherstellung
Erkrankungsdauer	Mehr Defizite bei längerer Erkrankungsdauer
Alter	Mehr Defizite im Alter
Beginn	Mehr bei Late-Onset vs Early-Onset
Verarbeitungsbias	Aufmerksamkeit und Gedächtnisdefizite primär bei neutralen oder positiven Material
Rumination*	Negativer Einfluss
Misserfolgserfahrung	Negativer Einfluss
Medikation & EKT	Tricyclica mehr Nebenwirkungen als SSRIs, EKT: kurzfristig negativen Einfluss
Motivation, Schlaf, Bildung, Geschlecht, Suizidalität, Computereinstellung, Traumatisierung, Persönlichkeit	Wahrscheinlich relevant

*In einer Befragung depressiver Patn des GNP-AK „Neuropsychologie in der Psychiatrie“ gaben alle Befragten (n=10) als Ursache subjektiv wahrgenommener Defizite Rumination an!

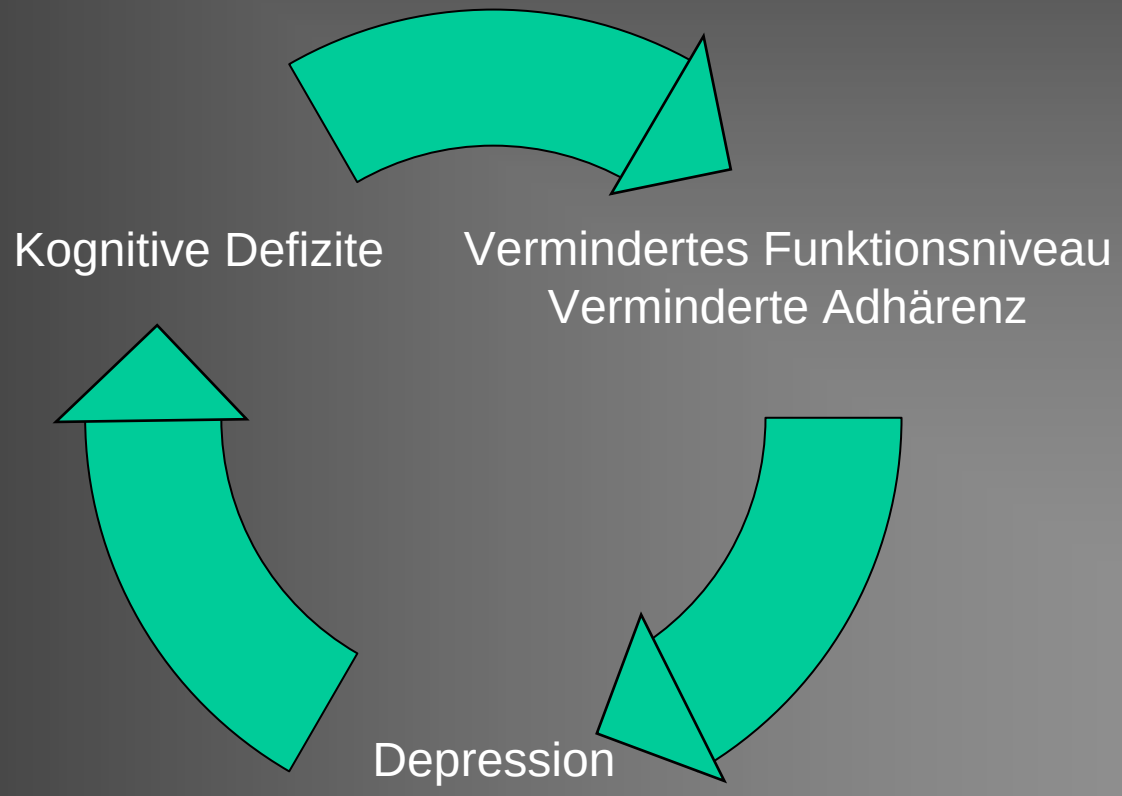
Klinische Relevanz

1. Gibt es überhaupt relevante Defizite?

Ja: Patienten klagen über deutliche Alltagsdefizite (Lahr et al., 2007) und 20-30% liegen in mindestens 2 neuropsychologischen Funktionsbereichen mindestens 2 Standardabweichungen unter den Normwerten (Gualtieri et al., 2008). Auch remittierte Patienten zeigen Defizite!

2. Kommt den Defiziten eine weitere Bedeutung zu?

Ja, die Defizite
- sind mit Suiziden vergesellschaftet,
- sagen Funktionseinbußen vorher,
- wirken sich negativ auf die Behandlungsadhärenz (Compliance) aus.



3. Kann man was gegen die Defizite machen?

Ja, erste Studien belegen Wirksamkeit neuropsychologischer Therapien mittels

- Gruppentherapieprogrammen mit Computerspielen (Naismith et al., 2008) oder neuropsychologischen Programmen (Trebo et al., 2007)

- Individuelles, computergestützte Therapie von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen (Elgamal et al., 2007)

- Achtsamkeitsbasierten Ansätzen (Zylowska, et al., 2008)

Verträglichkeit neuropsychologischer Diagnostik

Probanden:
Major Depression (n = 24)
Kontrollprobanden (n = 17)

Befindlichkeit

EWL-K

→

Neuropsychologische Untersuchung (2 Std.)

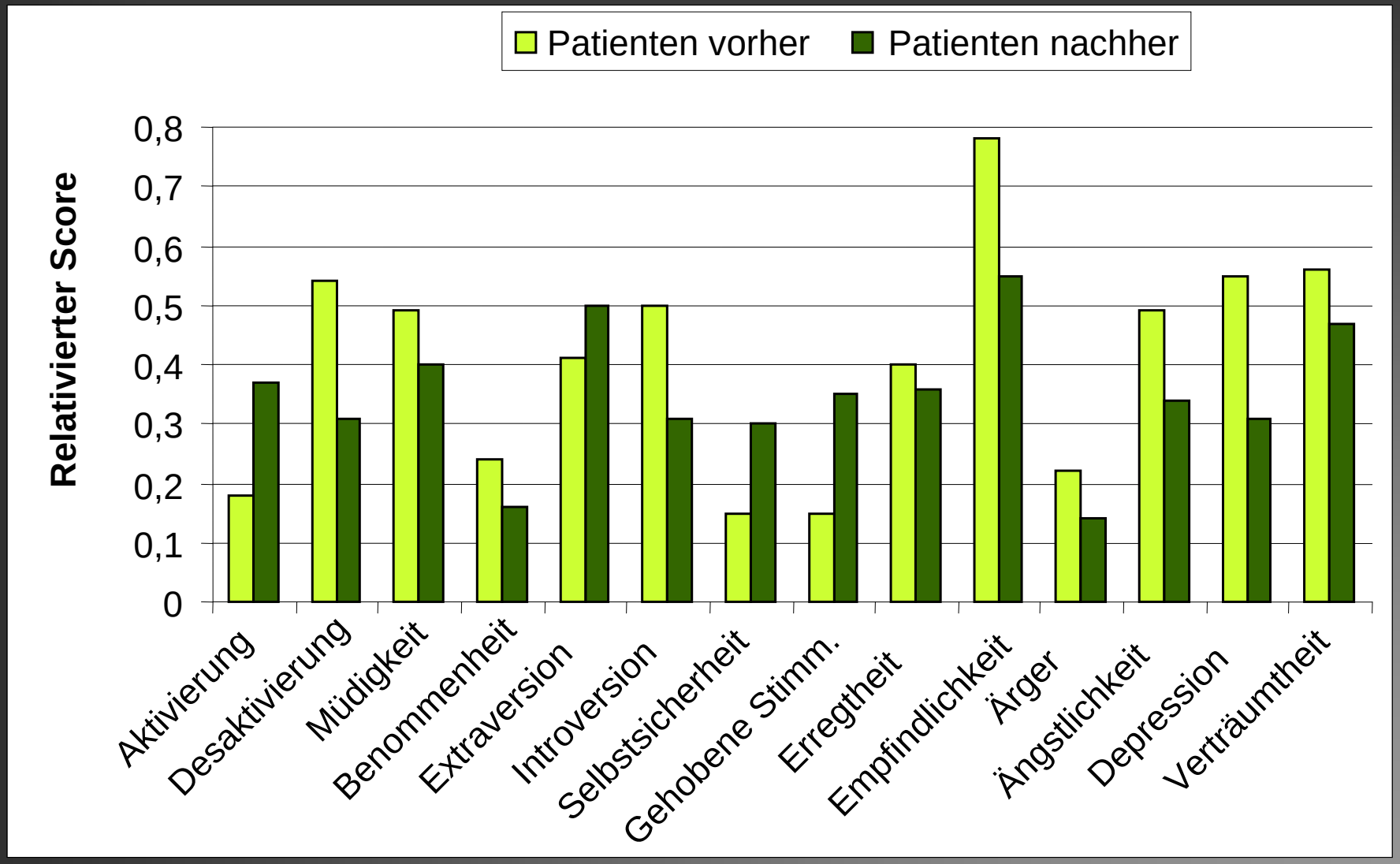
VLMT
DCS
Blockspannen
TAP (Al, Go, GA, RW)
D2
TMT
LPS 3
Fluency

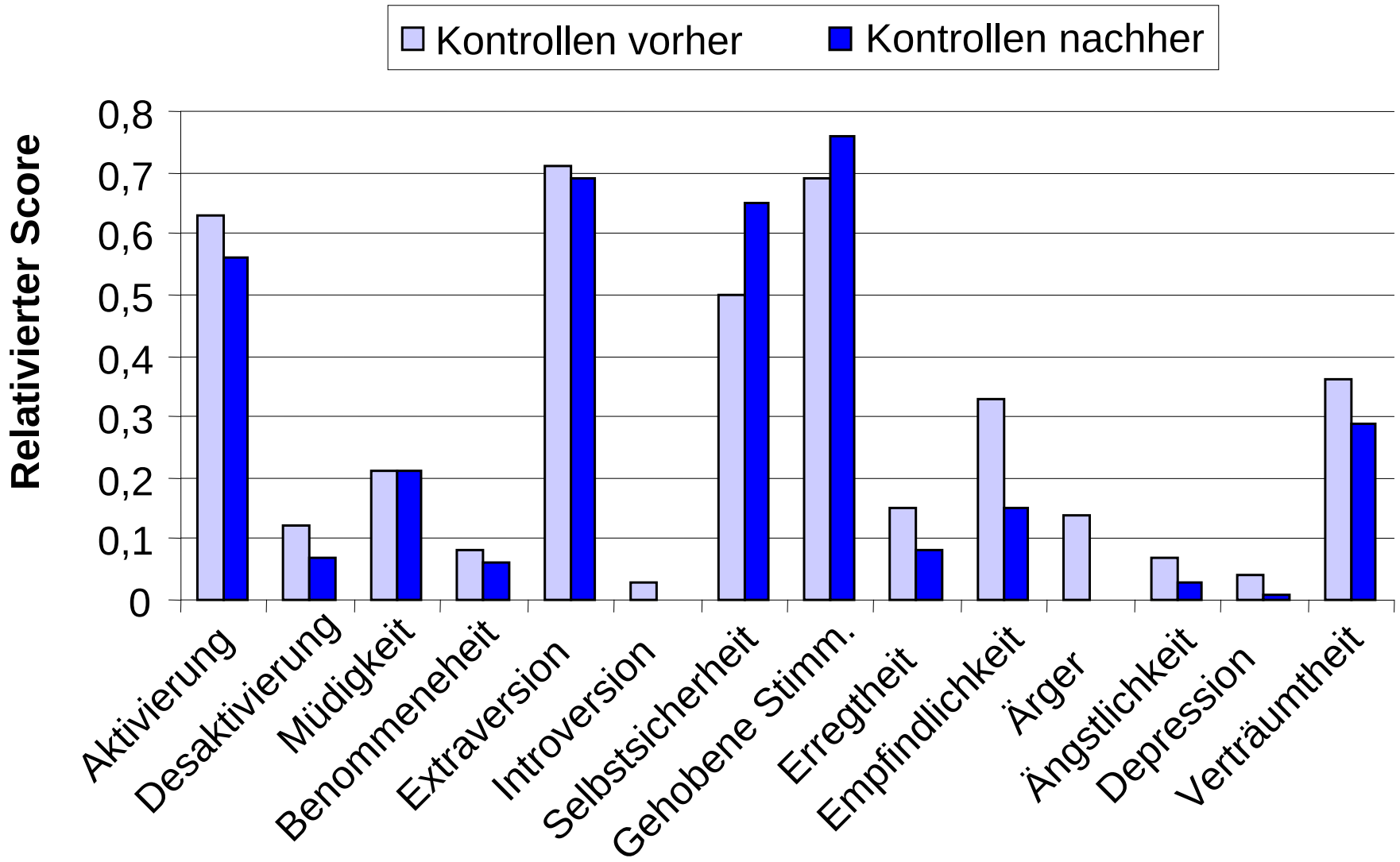
→

Befindlichkeit

EWL-K

(Beblo et al., 2005)


Patienten vorher
Patienten nachher
Relativierter Score
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
Aktivierung
Desaktivierung
Müdigkeit
Benommenheit
Extraversion
Introversion
Selbstsicherheit
Gehobene Stimm.
Erregtheit
Empfindlichkeit
Ärger
Ängstlichkeit
Depression
Verträumtheit


Kontrollen vorher
Kontrollen nachher
Relativierter Score
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
Aktivierung
Desaktivierung
Müdigkeit
Benommeneheit
Extraversion
Introversion
Selbstsicherheit
Gehobene Stimm.
Erregtheit
Empfindlichkeit
Ärger
Ängstlichkeit
Depression
Verträumtheit

	Haupteffekt: Gruppe		Haupteffekt: Zeitpunkt		Interakion: Gruppe x Zeitpunkt	
	F	p	F	p	F	p
Aktivierung	15.8	**.000**	1.6	.209	9	**.005**
Desaktivierung	31.9	**.000**	12.4	**.001**	5.7	**.022**
Müdigkeit	7.5	**.009**	0.7	.387	0.5	.486
Benommenheit	7	**.011**	0.7	.411	0.3	.564
Extraversion	10.5	**.002**	1.4	.253	3.7	.061
Introversion	29.6	**.000**	8.9	**.005**	4.6	**.037**
Selbstsicherheit	25.8	**.000**	16	**.000**	0	.904
Gehobene Stimm.	34	**.000**	6.8	**.013**	1.3	.269
Erregtheit	16.2	**.000**	4.1	**.018**	0.6	.442
Empfindlichkeit	22.7	**.000**	15.7	**.000**	0.4	.551
Ärger	3.2	.082	8.5	**.006**	0.3	.622
Ängstlichkeit	18.5	**.000**	6	**.019**	1.3	.264
Depression	23.6	**.000**	14.1	**.001**	7.9	**.008**
Verträumtheit	4.5	**.040**	4	.053	0.1	.832

Schlußfolgerungen

1. Neuropsychologische Beeinträchtigungen sind ein wesentliches Symptom depressiver Störungen.

2. Geklagte Defizite überragen messbare Defizite.

3. Ein klares Defizitprofil ist nicht ersichtlich. Betroffen sind Exekutivfunktionen, Gedächtnis und Aufmerksamkeit.

4. Die Leistung wird von zahlreichen Einflussfaktoren beeinflußt, wie z.B. Rumination oder Medikamenten.

5. Die Defizite sind oft alltagsrelevant, sie beeinträchtigen darüber hinaus soziale Fertigkeiten und erhöhen das Suizidrisiko, und sie sind behandelbar.

6. NeuropsychologischeTestungen werden in der Regel gut toleriert.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

Beblo, T. (2002). Die Relevanz neuropsychologische Untersuchungen bei Depression im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35*, 111-117.

Beblo, T., Baumann, B., Bogerts, B., Wallesch, C.-W., & Herrmann, M. (1999). Neuropsychological correlates of major depression: A short term follow-up. *Cognitive Neuropsychiatry, 4*, 333-341.

Beblo, T., Brand, C., & Schrader, S. (2005). Diagnostik depressiver Störungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 18*, 177-187.

Beblo, T., Lahr, D., & Hartje, W. (2005). The impact of neuropsychological testing on the emotional state of patients with major depression. *Zeitschrift für Neuropsychologie, 16*, 15-22.

Beblo, T., & Lautenbacher, S. (2006). *Neuropsychologie der Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Beblo, T. & Exner, C. (in press). Von der Suche nach einem störungsspezifischen neuropsychologischen Profil bei depressiven Störungen: Grenzen und Perspektiven, *Neuropsychiatrie.*

Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Vaccarino, V., & Charney, D. S. (2004). Deficits in hippocampal and anterior cingulate functioning during verbal declarative memory encoding in midlife major depression. *Am J Psychiatry, 161*(4), 637-645.

Christensen, H., Griffiths, K., Mackinnon, A., & Jacomb, P. (1997). A quantitative review of cognitive deficits in depression and Alzheimer-type dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society, 3*(6), 631-651.

Drevets, W. C., Price, J. L., Simpson, J. R., Todd, R. D., Reich, T., Vannier, M., et al. (1997). Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature, 386*, 824-827.

Drevets, W. C., Price, J. L., & Furey, M. L. (2008). Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. *Brain Structure and Function, 213*(1-2), 93-118.

Elder, G.A., De Gasperi, R., Gama Sosa, M.A. (2006). Research update: Neurogenesis in adult brain and neuropsychiatric disorders. *Mt Sinai J Med.,* 73(7): 931-40.

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., et al. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci, 5*(11), 1242-1247.

Goethals, I., Audenaert, K., Jacobs, F., Van de Wiele, C., Ham, H., Pyck, H., et al. (2005). Blunted prefrontal perfusion in depressed patients performing the Tower of London task. *Psychiatry Res, 139*(1), 31-40.

Hasler, G., Drevets, W. C., Gould, T. D., Gottesman, I. I., & Manji, H. K. (2006). Toward Constructing an Endophenotype Strategy for Bipolar Disorders. *Biological Psychiatry*.

Hasler, G., Drevets, W. C., Manji, H. K., & Charney, D. S. (2004). Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology, 29*(10), 1765-1781.

Hickie, I., Naismith, S., Ward, P. B., Turner, K., Scott, E., Mitchell, P., et al. (2005). Reduced hippocampal volumes and memory loss in patients with early- and late-onset depression. *Br J Psychiatry, 186*, 197-202.

Lahr, D., Beblo, T., & Hartje, W. (2007). Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cognit Neuropsychiatry, 12*(1), 25-45.

Lyons, D. M., Yang, C., Sawyer-Glover, A. M., Moseley, M. E., & Schatzberg, A. F. (2001). Early life stress and inherited variation in monkey hippocampal volumes. *Arch Gen Psychiatry, 58*(12), 1145-1151.

Mayberg, H. S. (1997). Limbic-cortical dysregulation: a proposed model of depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 9*(3), 471-481.

Murphy, F. C., Michael, A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2003). Neuropsychological impairment in patients with major depressive disorder: the effects of feedback on task performance. *Psychological Medicine, 33*(3), 455-467.

Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science, 273,9*, 749-750.

Veiel, H. O. F. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 19*, 587-603.

Videbech, P., Ravnkilde, B., Kristensen, S., Egander, A., Clemmensen, K., Rasmussen, N. A., et al. (2003). The Danish PET/depression project: poor verbal fluency performance despite normal prefrontal activation in patients with major depression. *Psychiatry Res, 123*(1), 49-63.

Vythilingam, M., Heim, C., Newport, J., Miller, A. H., Anderson, E., Bronen, R., et al. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *American Journal of Psychiatry, 159*(12), 2072-2080.

Weber, B., Fritze, J., Schneider, B., Kuehner, T., & Mauer, K. (2002). Bias in computerized neuropsychological assessment of depressive disorders caused by computer attitude. *Acta Psychiatrica Scandinavica, in press*.

Winter, H., & Irle, E. (2004). Hippocampal volume in adult burn patients with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry, 161*(12), 2194-2200.