

Depression

Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski
Diplom-Psychologe und Psychotherapeut
Psychotherapeutische Praxis Lippstadt



Die Depression ist die gewöhnliche Erkältungskrankheit der Psychopathologie, gleichzeitig vertraut und mysteriös.



Martin E. Seligman,
1973

Agenda

- Einführung in die Thematik: Allgemeine und grundlegende Informationen zum Thema
- Erscheinungsbild, Klassifikation, Ursachen, Risikofaktoren, Lebensalter, Suizidalität und weitere Aspekte von Depressionen
- Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen
- Ratschläge für Betroffene und Angehörige
- Diskussion und Fragestellungen

Depression: Zahlen und Trends

Aktuell:

5,82 Millionen Menschen leiden an einer affektiven Störung (Bipolar, Dysthymia, Depression) (Wittchen et al., 2001).

Trend:

Neben den Herz- und Kreislauferkrankungen wird die Depression bis zum Jahre 2020 weltweit die häufigste Erkrankung sein (WHO, 2004).

Depression: Zahlen und Trends

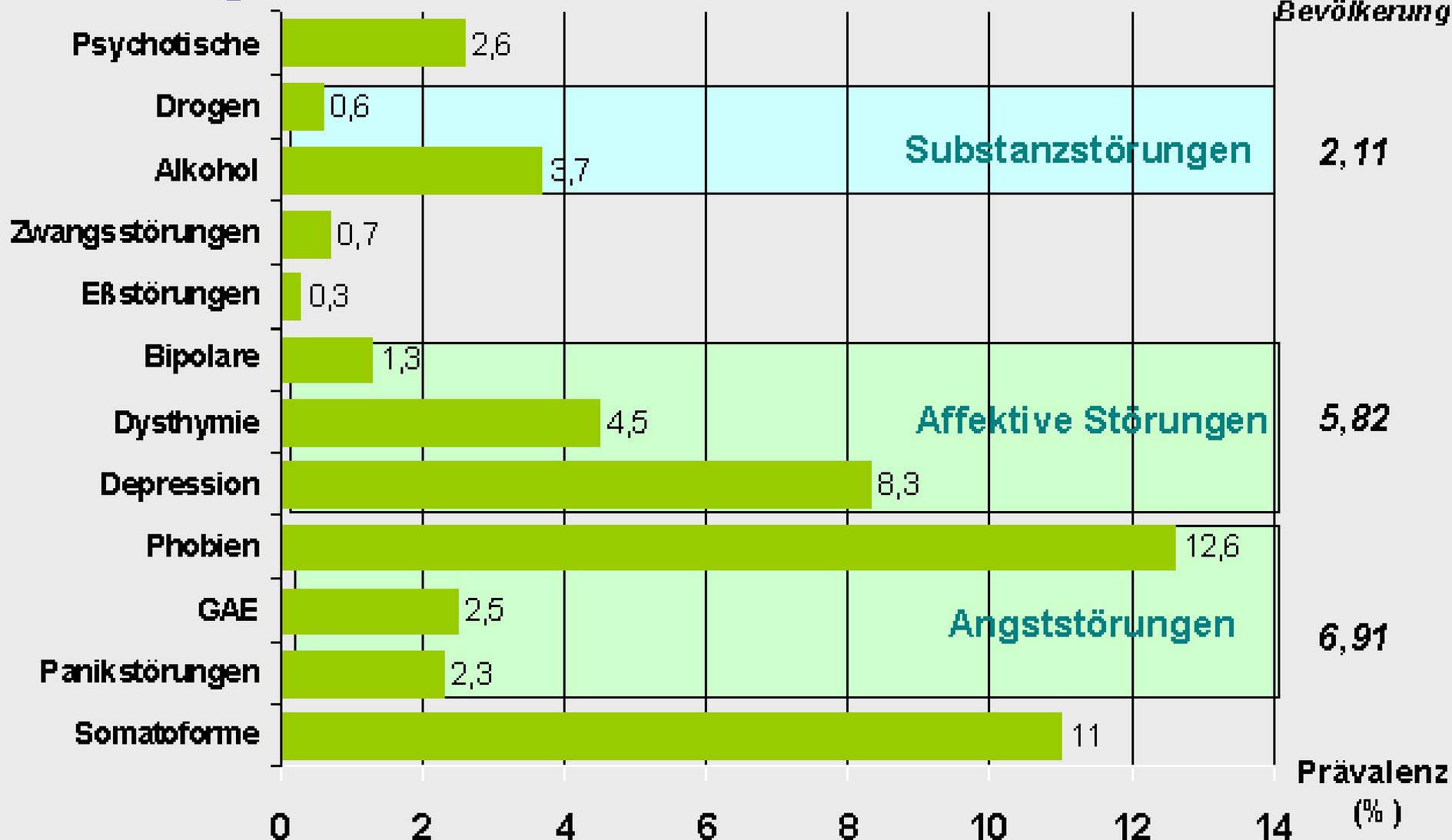
Bereits jetzt:

- Jeder 7. Fehltag im Arbeitsbereich ist psychisch bedingt. Steigerung um 20% in den letzten 5 Jahren, trotz allgemein rückläufiger Zahlen bei Krankschreibungen (Techniker Krankenkasse).
- Depressionen sind der häufigste Grund für Berufsunfähigkeit (Henderson, British Medical Journal).
- Psychische Erkrankungen (vornehmlich Angst und Depression) sind die 4. häufigste Ursache für Krankschreibungen (Deutsche Angestellten Krankenkasse).
- Jede 2. Familie in Deutschland ist von Depressionen betroffen (Forsa-Umfrage).
- Leistungsdruck im Beruf wird als häufigster Streß-Faktor angegeben (Forsa-Umfrage).

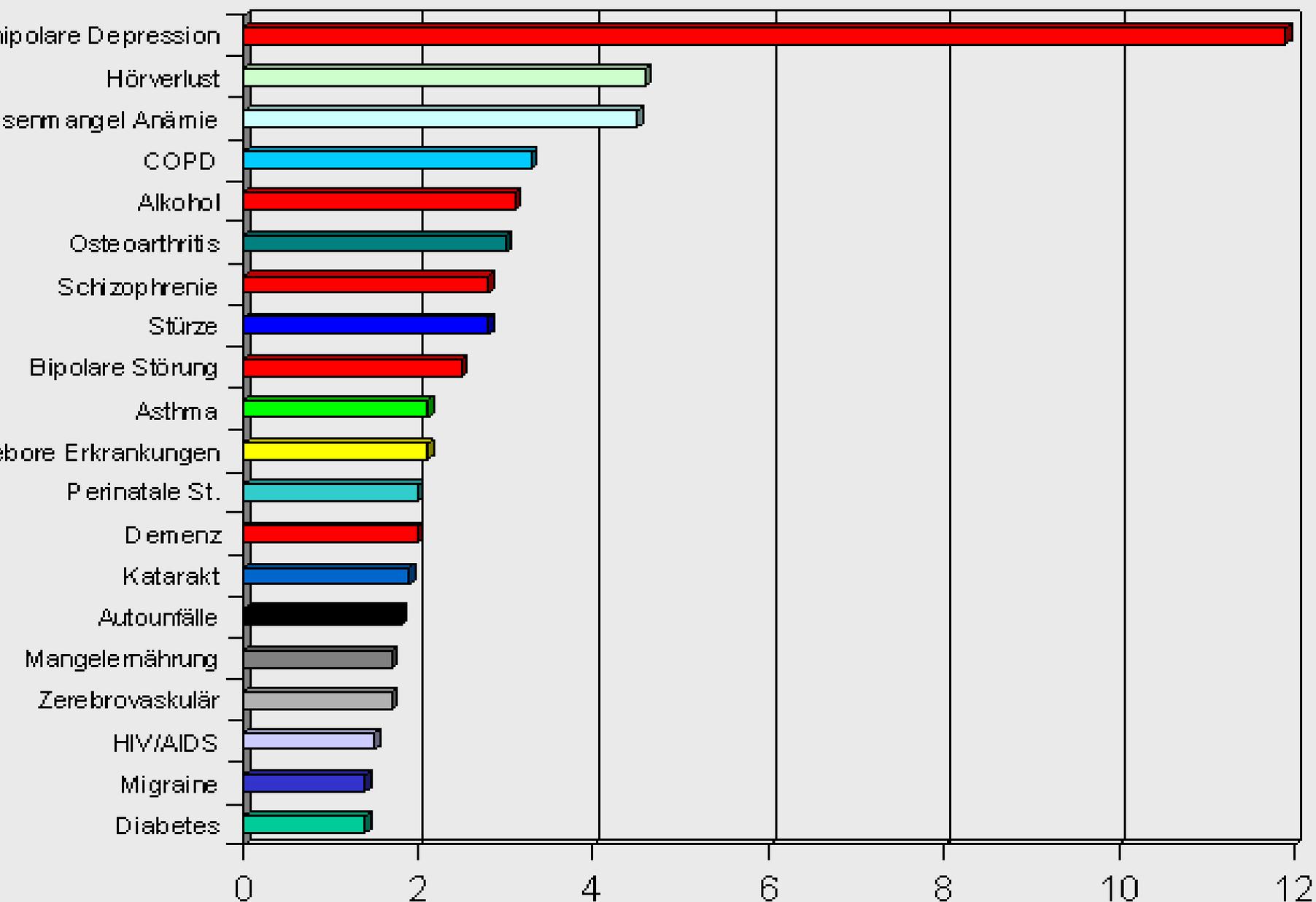
12-Monatsprävalenz nach Diagnose (Wittchen et al 2001)

DSM-IV Diagnosen

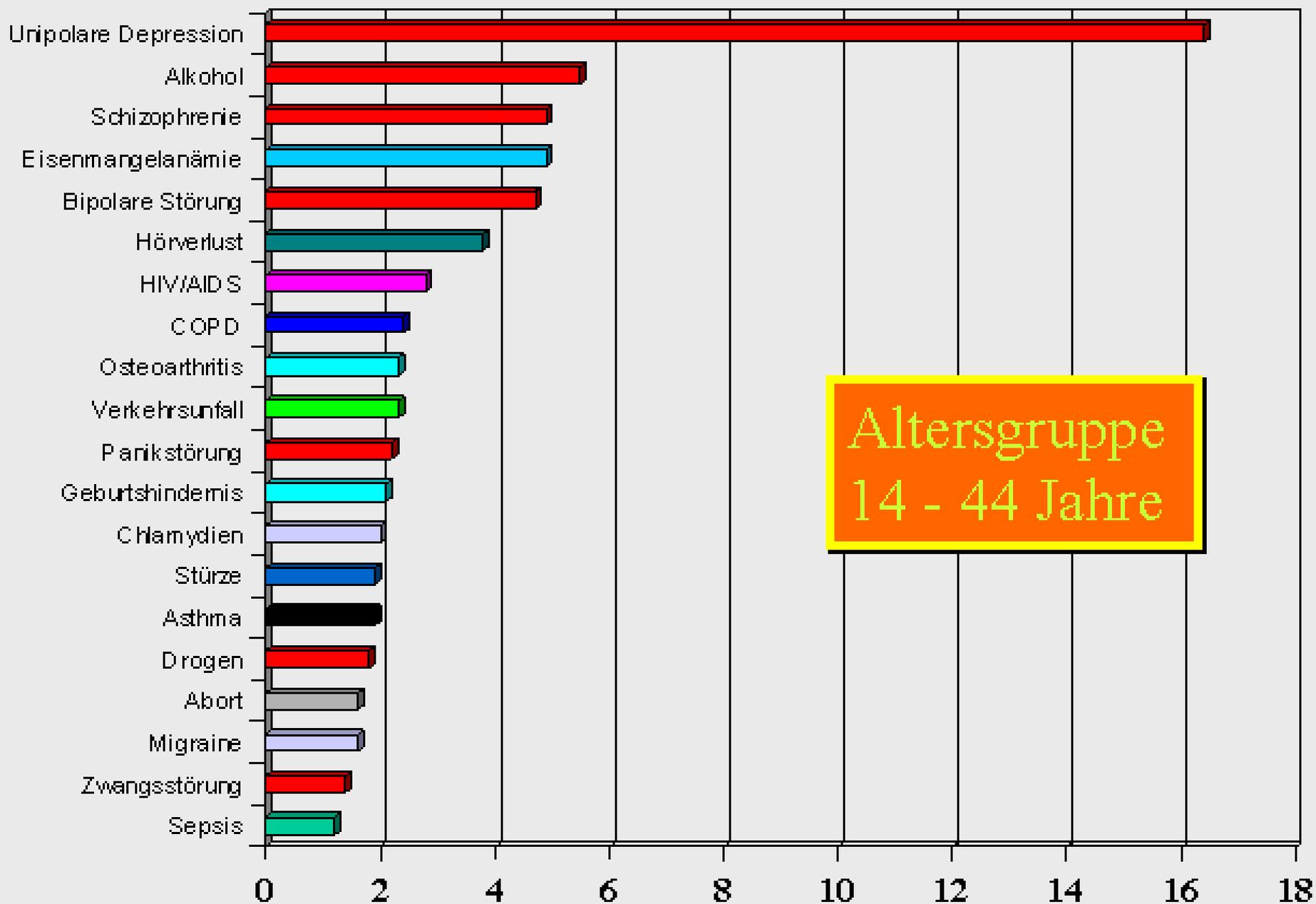
In Mill. der Bevölkerung



Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (years of life lived with disability; World Health Report 2001)



Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre in der Altersgruppe 15 - 44 Jahre (years of life lived with disability; World Health Report 2001)



Erscheinungsbild und Symptomatik

Depressive Syndrome sind durch eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome gekennzeichnet. Es kommen sowohl körperliche als auch psychische Symptome vor.

- **Gefühle**

- > Verschiebung der Grundstimmung. Im Vordergrund steht eine **traurige Stimmung**.

- Weiterhin: Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Einsamkeit, innerer Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst und Gefühllosigkeit, Überforderungsgefühle.

Erscheinungsbild und Symptomatik

- **Gedanken**

Negative Einstellung gegenüber sich selbst als Person und den eigenen Fähigkeiten und der Zukunft.

Weiterhin: Pessimismus, häufige Selbstkritik, Einfallsarmut, verlangsamtes Denken, zirkuläres Grübeln, Selbstvorwürfe, Selbstabwertung, Ideen der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit des Lebens, Versündigungsideen, Suizidgedanken.

- **Verhalten und Motorik**

Im Vordergrund steht eine **Aktivitätsverminderung**.

Weiterhin: Verlangsamung der Bewegung, leise und monotone Sprache, Probleme bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen, Entscheidungsunsicherheiten, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme. Aber auch: Agitiertheit, Nervosität, Unruhe möglich.

Erscheinungsbild und Symptomatik

Physiologisch-vegetativ

Innere Unruhe, Spannungszustände, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung und Schwächegefühle, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (Kopfdruck, Schmerzen, Magen- und Verdauungsbeschwerden), tageszeitliche und / oder jahreszeitliche Schwankungen der Befindlichkeit.

Interaktion

Rückzugsverhalten, Abnahme sozialer Kontakte, Abgabe und Vermeidung von Verantwortlichkeiten, Interessen- und Verstärkerverlust, Verkümmern sozialer Fertigkeiten, Antriebslosigkeit, Zunahme der Abhängigkeit von anderen.

Erscheinungsbild und Symptomatik

Physiologisch-vegetativ

Innere Unruhe, Spannungszustände, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung und Schwächegefühle, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (Kopfdruck, Schmerzen, Magen- und Verdauungsbeschwerden), tageszeitliche und / oder jahreszeitliche Schwankungen der Befindlichkeit.

Interaktion

Rückzugsverhalten, Abnahme sozialer Kontakte, Abgabe und Vermeidung von Verantwortlichkeiten, Interessen- und Verstärkerverlust, Verkümmern sozialer Fertigkeiten, Antriebslosigkeit, Zunahme der Abhängigkeit von anderen.

Erscheinungsbild und Symptomatik

Physiologisch-vegetativ

Innere Unruhe, Spannungszustände, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung und Schwächegefühle, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (Kopfdruck, Schmerzen, Magen- und Verdauungsbeschwerden), tageszeitliche und / oder jahreszeitliche Schwankungen der Befindlichkeit.

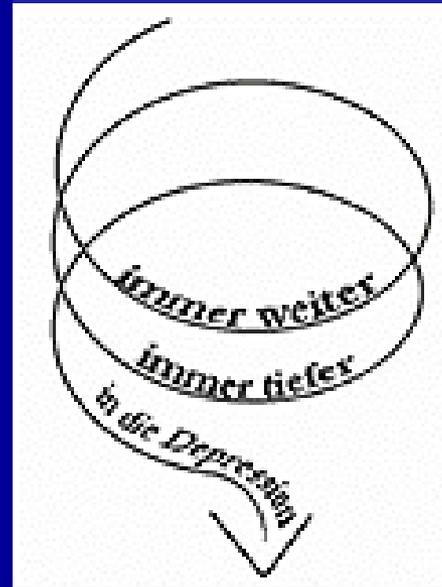
Interaktion

Rückzugsverhalten, Abnahme sozialer Kontakte, Abgabe und Vermeidung von Verantwortlichkeiten, Interessen- und Verstärkerverlust, Verkümmern sozialer Fertigkeiten, Antriebslosigkeit, Zunahme der Abhängigkeit von anderen.

ABWÄRTSGERICHTETE DEPRESSIONSSPIRALE

Sie haben im Alltag
keine positiven Erlebnisse

Sie haben überhaupt
Nichts mehr, an dem
Sie sich freuen können



1 Sie fühlen sich
niedergeschlagen
und haben keine Lust,
etwas zu tun

3 Ihre Stimmung wird
schlechter, und Sie tun
nur noch das Nötigste

5 Ihre Stimmung ist
auf dem Nullpunkt,
und Ihnen ist alles zuviel

2

4

Klassifikation der Depression im ICD-10

F30-F39 affektive Störungen

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
- F32 depressive Episode
 - leicht
 - mittelgradig
 - schwer
- F33 rezidivierende depressive Störung
- F34 Zylothymia
 - F34.1 Dysthymia
- F38 andere affektive Störungen
- F39 nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Die depressive Episode

Hauptsymptome

- Depressive Stimmung (gedrückt, ungleich Trauer)
- Verlust von Interesse oder Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Die depressive Episode

Somatische Symptome

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren
- Frühmorgendliches Aufwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
- Morgentief
- Der durch andere objektivierte Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- Deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat
- Deutlicher Libidoverlust

Diagnose der Depression

Schweregrad (Symptome > 2 Wochen)

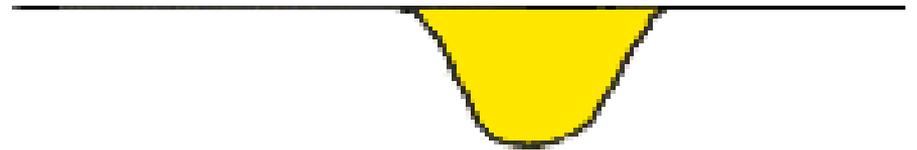
- leichte depressive Episode = 2 HS + 2 ZS
- mittelgradige depressive Episode = 2 HS + 3-4 ZS
- schwere depressive Episode = 3 HS + >4ZS

Verlauf

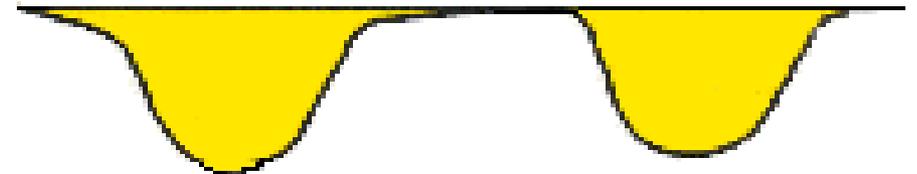
- bipolar: F31.xx
- monophasisch: F32.xx
- rezidivierend: F33.xx
- zylothym: F34.0
- dysthym: F 34.1

Formen der Depression

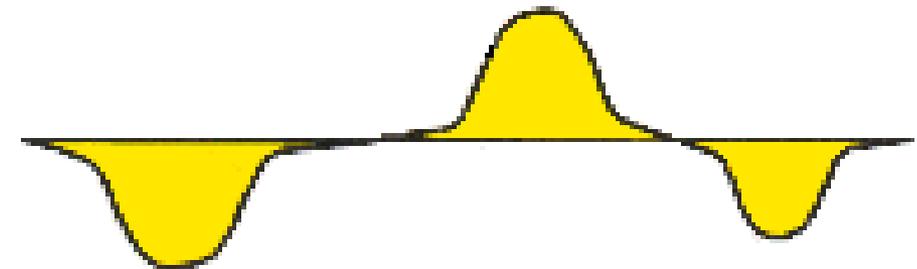
Depressive Episode



Rezidivierende depressive Episode



Bipolare affektive Störung



Dysthymia



Weitere Klassifikation der Depression im ICD-10

- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F43.2 Anpassungsstörungen
 - - F43.20 kurze depressive Reaktion
Bei Dauer der Symptome über 6 Monate hinaus sollte eine Z-Kodierung erfolgen:
z.B. Z73.0: Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)
 - - F43.21 längere depressive Reaktion
 - - F43.22 Angst und depressive Reaktion, gemischt
- F53.0 postnatale / postpartum Depression

Erklärungsmodelle

Die genauen Kausalmechanismen der Depression sind bis heute noch **ungeklärt**.

Multifaktorielles Entstehungsmodell: genetische als auch umweltbezogene Faktoren können als Prädisposition vorliegen.

Die traditionelle Einteilung in endogene und exogene Depression ist mit Einführung des ICD-10 bzw. DSM-IV aufgegeben worden.

Auslösend für eine depressive Episode: psychosoziale Faktoren (Verlust, Stress), körperliche Erkrankungen oder andere unspezifische Faktoren.

Darüber hinaus: Dysfunktionen im Bereich der zentralen neuromodulatorischen Systeme (serotonerge und noradrenerge Transmittersysteme).

Erklärungsmodelle

Nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand geht man davon aus, dass ein komplexes, je nach Person individuelles Zusammenspiel der genannten Faktoren ausschlaggebend ist und im Sinne eines **bio-psycho-sozialen Kausalitätsmodells** die depressive Störung bedingt.

Verlauf

■ Phasenzahl

Bipolare Erkrankungen: 7 – 8 Episoden über Zeitraum von 30 Jahren.

Unipolare depressive Erkrankungen: 4 – 5 Episoden über Zeitraum von 30 Jahren.

■ Phasendauer

Bipolare Erkrankungen: 7 – 8 Monate (ältere Arbeiten), 4 Monate (jüngere Arbeiten).

Unipolare depressive Erkrankungen: 5 Monate

■ Zykluslänge (depressive Episode und depressionsfreie Phase)

Rezidivierende depressive Erkrankung: 4,5 – 5 Jahre. Bipolare Erkrankung: 2 – 3 Jahre

Depressionen im Alter: Abnahme d. Zykluslänge

Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko

Morbiditätsrisiko

- Männer 12 %
- Frauen 26 %
- Gesamt 17 %

Mortalitätsrisiko

- Die Suizidrate bei Depressionen liegt etwa 30mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung bei 11.000 Suiziden im Jahr.
- Erhöhte Mortalität aufgrund körperlicher Erkrankungen, vor allem bei Altersdepressionen (Arteriosklerose, Herzerkrankungen, Asthmabronchiale, Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten u.a. Erkrankungen)

Risikofaktoren für Depressionen

■ **Geschlecht**

Frauen haben ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen wie Männer

■ **Sozioökonomische Faktoren**

Protektiv: Familienstand (verheiratet), positive Sozialbeziehungen, höhere Bildung, sichere berufliche Anstellung, Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung

Risikofaktoren für Depressionen

- Belastende Lebensereignisse

Trennung, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Tod,
u.a. life events

- **Familiäre Belastungen**

Vererbungs-faktoren, Modell-Lernen

- **Krankheitsverlauf und Komorbidität**

Anzahl früherer depressiver Phasen und
Komorbiditätsrate

Prognosefaktoren

- Prognosefaktoren / Verlaufsprädiktoren sind bisher empirisch noch **nicht** ausreichend erfaßt.
- Die beste Prognose ergibt sich aus dem bisherigen Krankheitsverlauf.
- Risikobestimmend für die Entwicklung einer Major Depression: junges Erwachsenenalter, weibliches Geschlecht und Vorliegen früherer depressiver Episoden.
- Wiedererkrankungsrisiko nach einer Remission wird bestimmt durch die Anzahl früherer depressiver Phasen, weibliches Geschlecht und residuale depressive Symptomatik.
- Begünstigend auf die Zykluslänge ist die Verlängerung der Zeit der Remission, insbesondere durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren

Prognose

Besserungsrate (gewohnte Leistungsfähigkeit, „altes Selbst“)

50 – 70 % (einzelne Beschwerden können weiter bestehen)

Länge der Katamnese (5 jährige Phase ohne Rückfälle)

Unipolar depressive Erkrankungen: 42 %

Bipolare Erkrankungen: 30 %

Ratifizierungsprozess (Minimaldauer der Beschwerden von 2 Jahren)

Jeweils 10 – 20 % für unipolare und bipolare Erkrankungen. Bei älteren Menschen höher und Korrelation mit körperlichen Erkrankungen.

Komorbidität

Depressionen weisen eine hohe Komorbiditätsrate auf
Bei über 70 % der Depressionen besteht noch eine weitere psychische Diagnose

Die höchsten Überlappungen bzw. gleichzeitigen Vorkommen bestehen bei:

- Angststörungen (ca. 50 %)
- substanzinduzierte Abhängigkeitserkrankungen (ca. 30 %)
- somatoforme Störungen (ca. 30 %)

Darüber hinaus:

Zwänge, PTB, Eßstörungen, Sexuelle Störungen, Psychophysiologische Störungen, Schizophrenien, Hirnorganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen

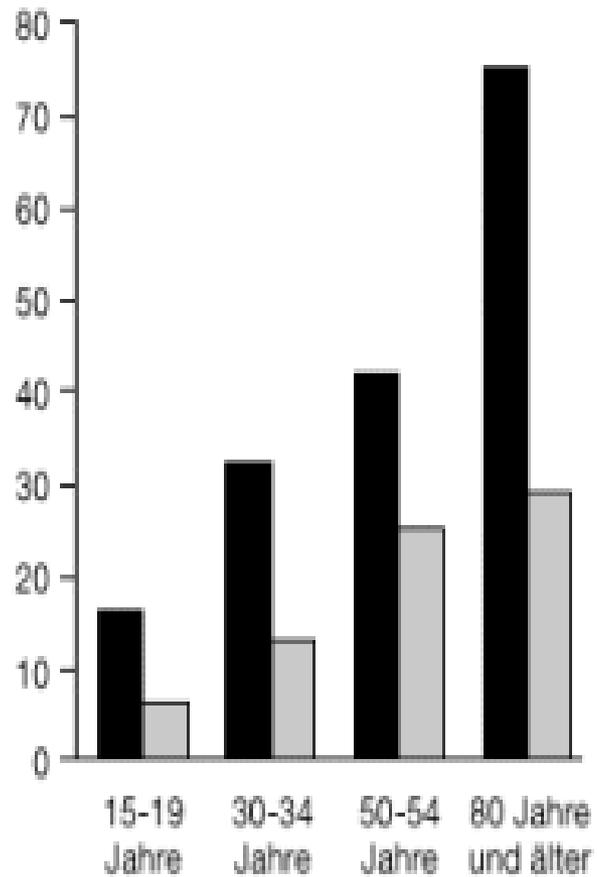
Lebensalter

- Depressionen treten in allen Lebensaltern auf.
- Der Ersterkrankungsgipfel liegt zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr (in früheren Untersuchungen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr).
- Dysthymien: stetige Zunahme bis zum 30. Lebensjahr, dann eine allmähliche, ab dem 65. Lebensjahr eine deutliche Abnahme.
- Bipolare affektive Erkrankungen: Ersterkrankungsalter 16 – 26 Jahre.
- Das Erkrankungsrisiko bei Frauen liegt früher, steigt rascher an und erreicht früher den Gipfel. Dieser Geschlechtsunterschied bleibt bis zum mittleren Erwachsenenalter erhalten.

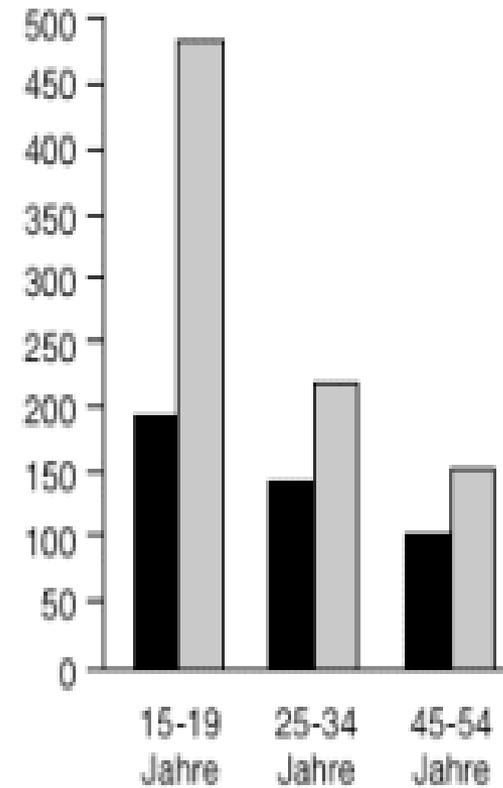
Depression und Suizidalität

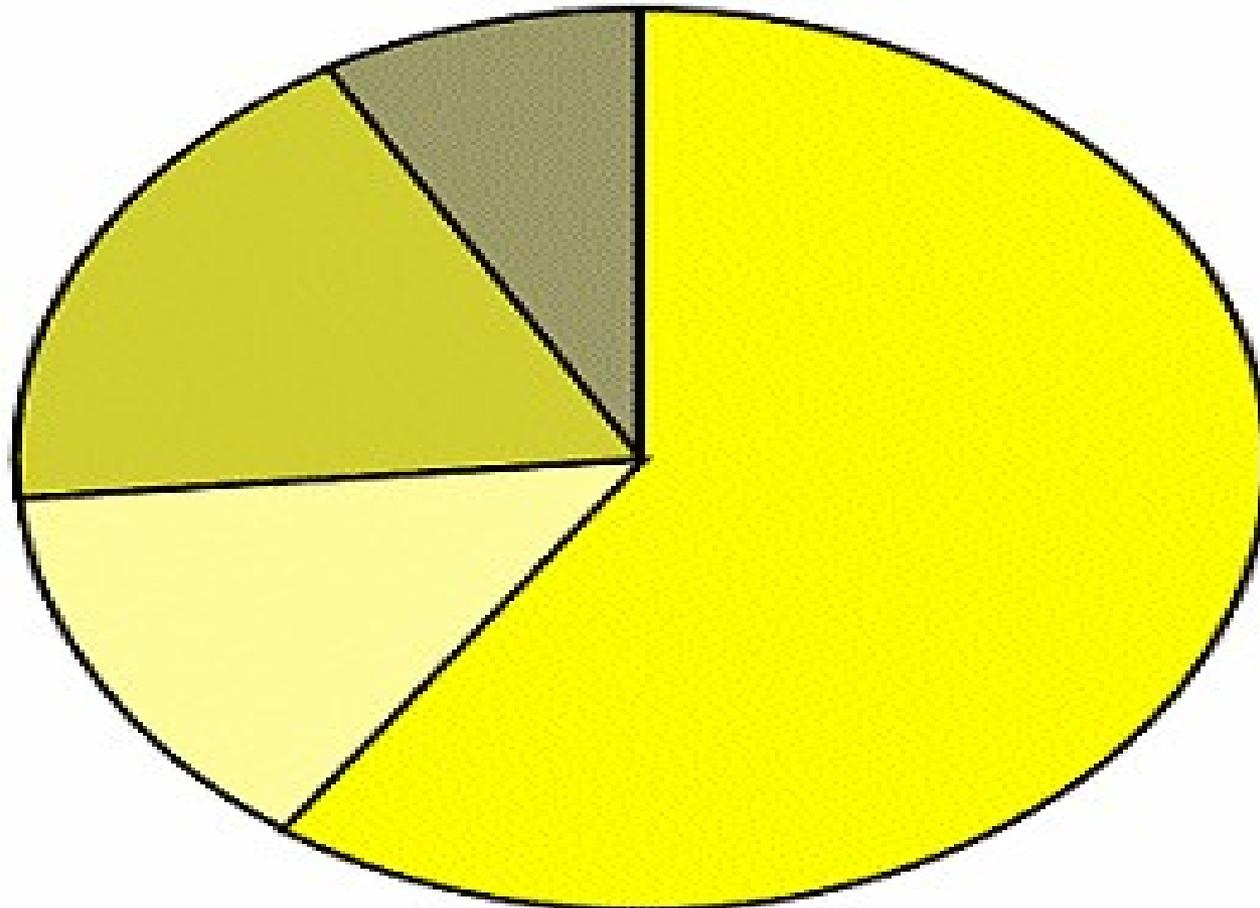
- Jährlich finden in Deutschland 11.000 Suizide statt (2000). Es besteht eine beträchtliche Dunkelziffer (Verkehrsunfälle, Drogen, unklare Todesursache) von geschätzten mindestens 25 %.
- Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt 1 : 2,7.
- Das Suizidrisiko bei schweren depressiven Episoden liegt bei 15 %. Depressionen stellen neben Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen die Hauptursache für Suizide dar.
- In den neuen Bundesländern ist die Suizidrate deutlich erhöht.
- Die Zahl der Suizidversuche liegt zwischen 120.000 – 200.000.
- Frauen unternehmen öfter als Männer Suizidversuche, jüngere mehr als ältere Menschen.

Suizide je 100.000 Einwohner



Suizidversuche je 100.000 Einwohner





Depressionen

Persönlichkeitsstörungen

Alkoholabhängigkeit

andere

**Suizidursachen
(Gesundheitsbericht für Deutschland 1998)**

Suizid und Alter

- Die Suizidrate steigt mit dem Lebensalter.
- Besonderer Anstieg bei Männern ab dem 60. Lebensjahr. Jede zweite Frau, die Suizid begeht, ist über 60 Jahre alt.
- Gründe für diese Entwicklung:
 - zunehmende Vereinsamung und Isolation
 - größer werdende Belastungen durch Krankheiten (chronische Erkrankungen, Krebs)
 - Angst vor dem Pflegeheim
 - Rückgang suizidhemmender Normen (zunehmendere gesellschaftliche Akzeptanz des Suizids als Ausweg im höheren Lebensalter)

Behandlungsmöglichkeiten der Depression

Psychische Seite

Psychosoziale
Belastung

Persönlichkeit



Psychotherapie



Körperliche Seite

Genetische
Empfindlichkeit

Hirntätigkeit

Körperliche
Erkrankungen



Pharmakotherapie

Behandlungsmöglichkeiten der Depression

■ **Somatische Verfahren**

- Antidepressiva-Therapie
- Schlafentzug, Schlafverlagerung
- Elektrokampftherapie
- Transkranielle Magnetstimulation
- Lichttherapie

■ **Psycho - soziale Verfahren**

- Psychoedukation und Verhaltenstrainings
- Psychotherapie
- Soziotherapie

Die Behandlung kann entweder ambulant oder stationär bzw. teilstationär erfolgen.

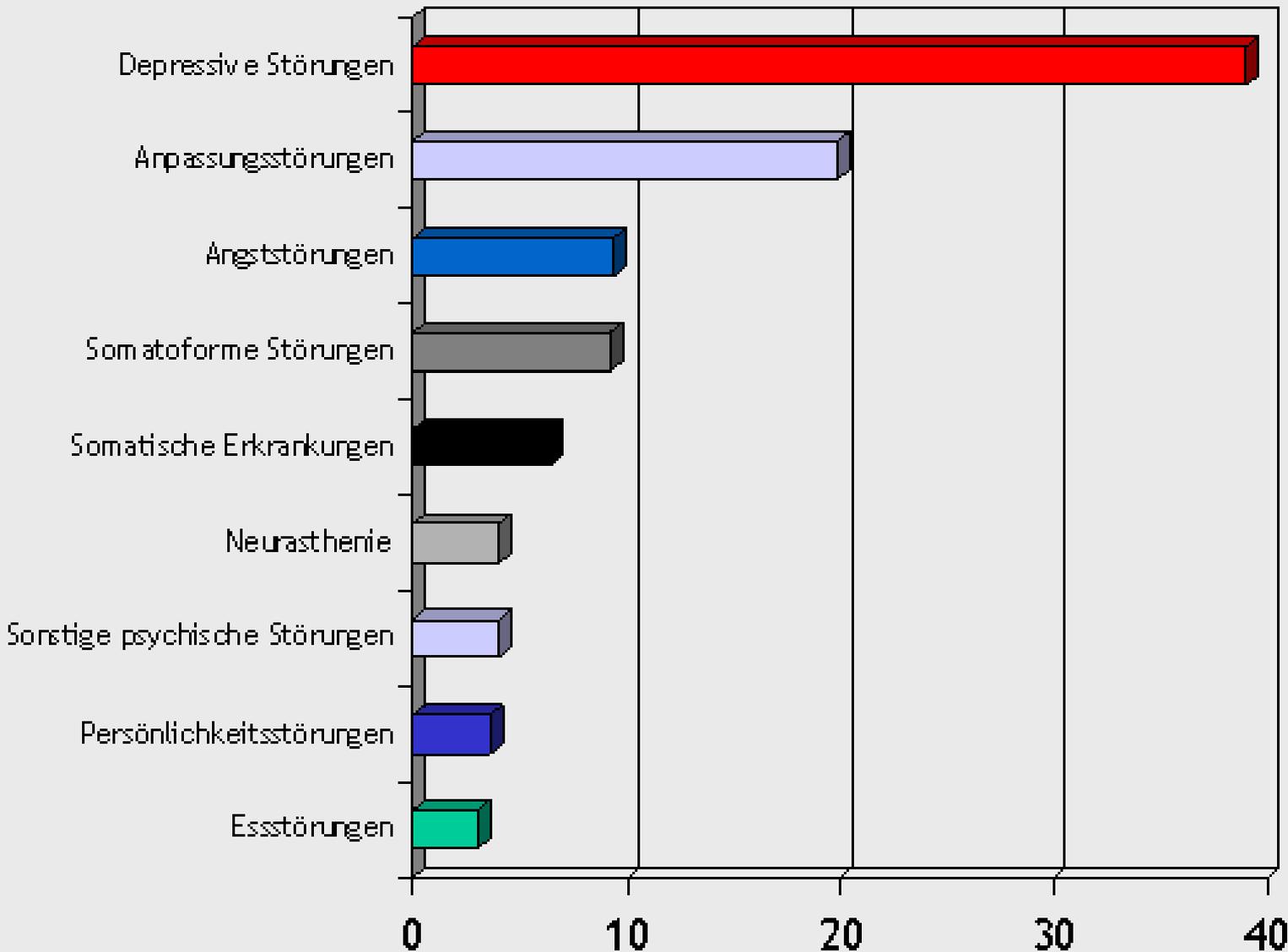
Gründe für eine stationäre Behandlung

- Die Störung ist so gravierend, dass sich der Patient selbst gefährdet, in seiner Lebensführung massiv eingeschränkt ist oder (noch) nicht in der Lage ist, eine ambulante Therapie regelmässig wahrzunehmen.
- Der Patient ist psychisch bedingt in einem so desolaten körperlichen Zustand, dass er medizinisch überwacht werden muss.
- Die akute Symptomatik ist so massiv, dass es der Patient nicht schafft, den ambulant tätigen Psychotherapeuten in seiner Praxis aufzusuchen.
- Der Pat. hat noch zuwenig Zugang dahingehend, dass seine Beschwerden seelisch bedingt sind. Die stationäre Massnahme soll die Voraussetzung dafür schaffen, dass eine anschliessende ambulante Psychotherapie überhaupt erfolgsversprechend sein kann.

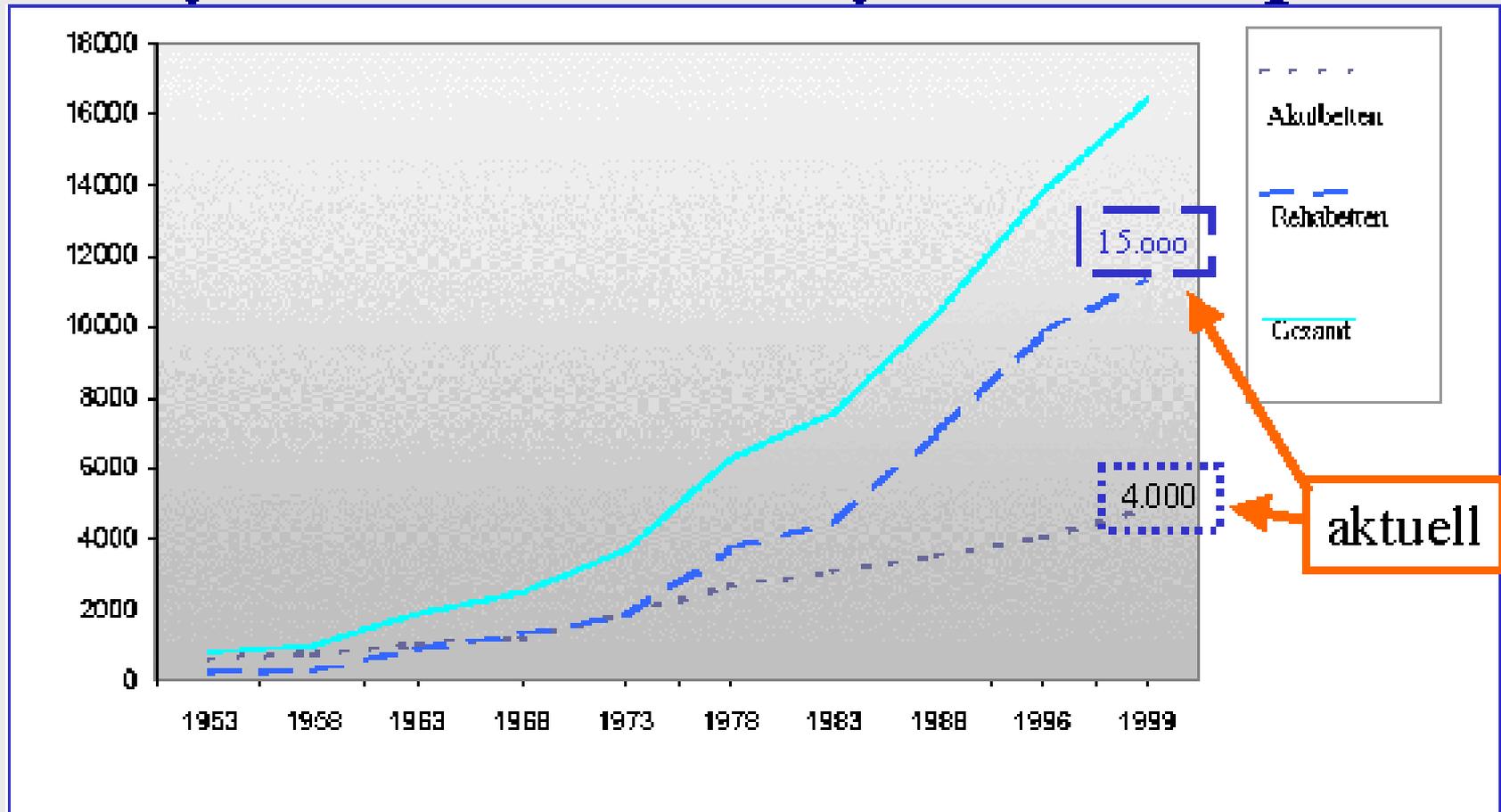
Gründe für eine stationäre Behandlung

- Mitunter ist es sinnvoll, den Patienten für eine gewisse Zeit von seiner Familie zu trennen, entweder weil er durch akute familiäre Spannungen unerträglich belastet ist oder die Familie zu sehr unter seinen seelischen Konflikten leidet.
- Es bestehen akute, konkrete Suizidabsichten. In solchen Fällen bietet sich oft durch die Klinikbehandlung die Chance, den Patienten für eine ambulante Psychotherapie zu motivieren. Oft reicht aber auch eine kurze stationäre Krisenhilfe mit anschließender ambulanter Weiterbehandlung.

Psychosomatische Rehakliniken: Diagnoseverteilung in Bezug auf die Hauptdiagnose nach ICD-10 in % (nach U. Koch, 2003)



Bettenentwicklung in der Psychosomatik/Psychotherapie



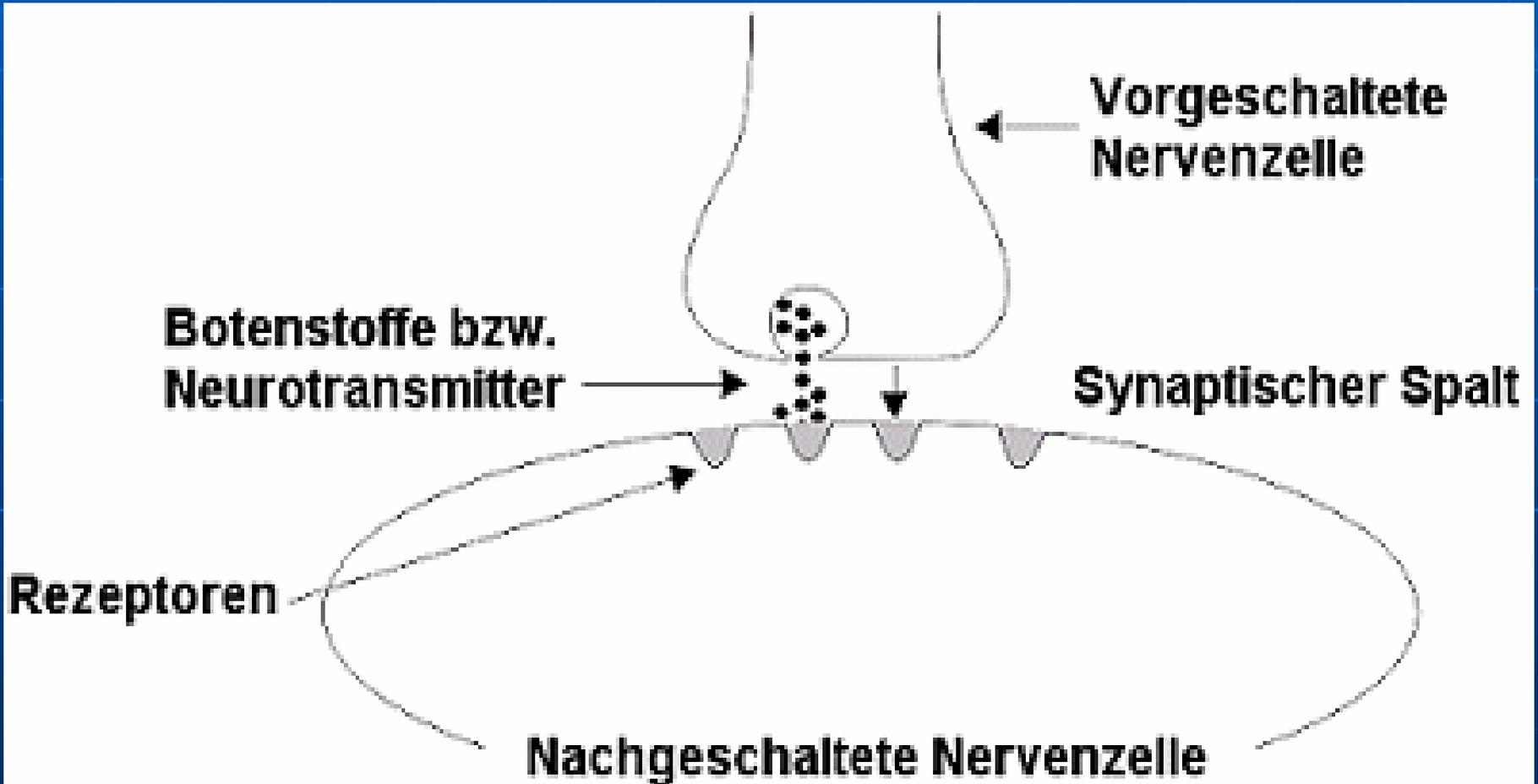
Antidepressiva

Definition

Bei Antidepressiva (AD) handelt es sich um eine Gruppe von Pharmaka, die bei depressiven Symptomen unterschiedlichster nosologischer Zuordnung und Charakteristik einen stimmungsaufhellenden und / oder antriebsverbessernden Effekt haben.

Darüber hinaus sind AD auch bei anderen Krankheitsbildern wirksam (Angststörungen, Zwänge, Schmerzsyndrome, Bulimie).

Die Wirkweise der Antidepressiva



Antidepressiva

Allgemeine Therapieprinzipien

- Die Verordnung von AD soll grundsätzlich nur im Rahmen eines **Gesamtbehandlungsplanes** erfolgen.
- Berücksichtigung der Schwere und Art der Symptomatik. Vermittlung eines Krankheits- und Therapiekonzeptes.
- Förderung der Compliance durch Erklärungen (z.B. Wirkerwartung, mögliche Nebenwirkungen)
- Die Behandlung von AD umfasst eine **Akut- und Erhaltungstherapie**. Ggf. eine **Rezidivprophylaxe**.
- Es ist mit einer **Wirklatenz** von 2-4 Wochen zu rechnen.
- Es besteht **kein** Risiko für eine Abhängigkeit.

Antidepressiva

Nebenwirkungen

- Diese treten besonders zu Beginn einer Therapie auf und bilden sich oft im Verlauf der Behandlung zurück, ohne dass die Dosierung verändert werden muss.
- Im Einzelnen können auftreten
Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Miktionsstörungen, Obstipation, kardiale Wirkung (Verlangsamung der Erregungsleitung im Herzen), allergische Exantheme, sexuelle Funktionsstörungen (verzögerte Ejakulation) u.a.

Antidepressiva

Indikationen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern

- *Generalisierte Angststörung*
- *Panikstörung*
- *Soziale Phobie*
- *Zwangsstörung*
- *Schmerzen*
- *PTB*
- *Bulimie*
- *Prämenstruelles Syndrom*
- *Schlafstörungen*
- *Enuresis*

Tabelle 2

Arzneimittel-Verordnungen der Gruppe »Zentralnervensystem« (ICD-10)

Quelle: IMS HEALTH GmbH & Co. OHG, Verschreibungsindex für Pharmazeutika 1999

Indikationsgebiet	Anzahl Verordnungen	Anteil
gesamt: Zentralnervensystem	19.315.000	100 %
davon Depression	15.575.000	80,6 %
davon Angsterkrankung	2.465.000	12,8 %
Agoraphobie	13.000	0,1 %
Soziale Phobie	29.000	0,2 %
Spezifische Phobie	15.000	0,1 %
andere phobische Störungen	183.000	0,9 %
Panikstörung	229.000	1,2 %
Generalisierte Angststörung	1.730.000	9,0 %
andere Angststörungen	266.000	1,4 %

Weitere somatische Verfahren

■ Schlafentzug

- Zusatztherapie zur Gabe von AD
- Effekt hält meist nur kurzfristig an
- Behandlung meist in Serien (1 – 2mal pro Woche)
- Durchführung: Patienten wachen meist die ganze Nacht oder die 2. Nachthälfte durch. Durchführung in Gruppen erleichtert das Wachbleiben.
- Während der Wachphase darf *keine* Schlafperiode eintreten (Nickerchen halten).
- Stationäres Setting.

Weitere somatische Verfahren

■ Elektokrampftherapie

- Wirksamkeit ist gut belegt.
- Vorteil: rascher Therapieerfolg
- Indikation: Schwere gehemmte Depressionen, Depressionen mit deutlichen psychotischen Anteilen, therapieresistente Depressionen
- Risiken: Anästhesierisiko, kognitiv-amnestische Störungen
- Behandlung erfolgt in Serien von 6 – 12 Sitzungen an nicht aufeinanderfolgenden Tagen. Danach Erhaltungstherapie durch AD (Paroxetin) notwendig.
- Durchführung erfolgt nur stationär

Weitere somatische Verfahren

■ **Transkranielle Magnetstimulation**

- Indikation: schwerste Depressionen (Medikamente zeigen keinen ausreichenden Effekt)
- Geringer Stromfluss wird im Gehirn ausgelöst. Im Gegensatz zur Elektrokrampftherapie keine epileptischen Anfälle.
- Effekt bei beiden Methoden gleich gut belegt.
- Kombination mit AD und Psychotherapie, da Effekt zeitlich instabil.

Weitere somatische Verfahren

■ Lichttherapie

- Nebenwirkungsarmes Therapieverfahren, bei dem Patienten täglich einer künstlichen Lichtquelle ausgesetzt werden.
- Indikation: Saisonale Depression (Winterdepression) mit: Hypersomnie und Hyperphagie, insbesondere Kohlenhydratheihunger
- Hierbei Wirkung gut belegt.
- Durchführung: Exposition erfolgt über 30 – 60 – 120 Minuten (bei 10.000 – 6.000 – 2.500 Lux) ber 1 – 4 Wochen, bevorzugt morgens zwischen 6.00 Uhr – 8.00 Uhr.
- Wirkungsmechanismus ist noch ungeklärt (Hypothese: Normalisierung von zirkadianen Rhythmen).

Psychoedukation

- Stellt die Basisbehandlung einer Therapie depressiver Menschen dar.
- Ziel > Vermittlung grundlegender Kenntnisse der Erkrankung.
- Mittel: Vorträge, Gesprächsangebote, Vermittlung durch Informationsbroschüren, Videos, Bibliothherapie.

Verhaltenstrainingsprogramme

- Gehen über die reine Wissensvermittlung hinaus.
- Werden als Gruppenbehandlung im Sinne eines Kursprogramms angeboten.
- Psychoedukative Maßnahmen sind hierbei in der Regel integriert.
- Beispiel: Kognitiv – verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach Lewinsohn von Herrle & Kühner (1994) über 12 zweistündige Sitzungen für den ambulanten Bereich.

Gruppenprogramm von Herrle & Kühner (1994)

1. Sitzung: Depression und soziales Lernen.
2. Sitzung: Wie man einen Selbstmodifikationsplan erstellt.
3. Sitzung: Wie man lernt, sich zu entspannen.
4. Sitzung: Entspannung in alltäglichen Situationen.
5. Sitzung: Angenehme Tätigkeiten und Depression.
6. Sitzung: Erstellen eines Tätigkeitsplanes.
7. Sitzung: Zwei Ansätze für konstruktives Denken.
8. Sitzung: Formulieren eines Planes für konstruktives Denken.
9. Sitzung: Soziale Fertigkeiten – Durchsetzungsvermögen und Selbstsicherheit.
10. Sitzung: Die Anwendung sozialer Fertigkeiten
11. Sitzung: Die bisher erreichten Erfolge sichern.
12. Sitzung: Erstellen eines Lebensplanes.

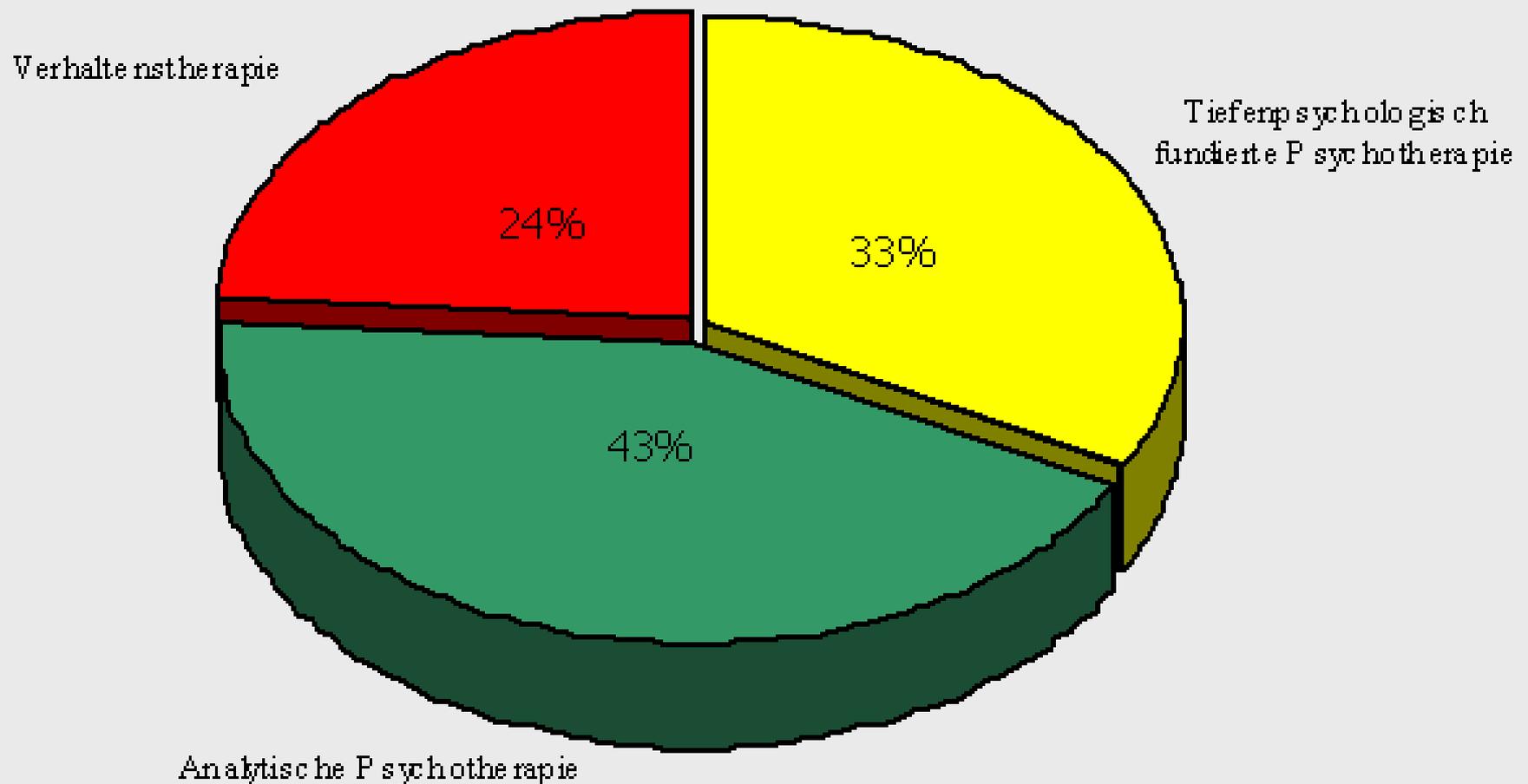
Psychotherapie

Als ausreichend evidenz - basiert können folgende Verfahren angesehen werden:

- Verhaltenstherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Interpersonelle Psychotherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Psychodynamische Verfahren (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse)

Aufgrund der derzeitigen Datenlage kann noch keine Differentialindikation in Bezug auf einzelne Therapieverfahren gegeben werden.

Ausgabenanteile für psychotherapeutische Einzelverfahren nach Methoden



Das Behandlungsangebot der Psychologischen Psychotherapeuten

Verteilung der Verfahren

<i>Verfahren</i>	<i>Anteil der Pat. in %</i>	<i>Durchschnittliche Behandlungsstunden</i>
VT als KZT	23 %	25
VT als LZT	12 %	50
TPP	50 %	54
AP	15 %	154
Gesamt		62

(Löcherbach-Studie 2000)

Elemente einer wirkungsvollen Depressionstherapie

- Begründung der Erkrankung voranstellen
- Plan, Struktur für Behandlung formulieren
- Konkrete Zielsetzungen
- Fertigkeiten-orientiert
- Gestuftes Vorgehen
- Anwendung von Besprochenem außerhalb des Therapiesettings
- Aktive, „direktive“ Therapeuten

Ablauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie

1. Phase

- **Schlüsselprobleme benennen**

Überblick verschaffen

Kriterien: Dringlichkeit, Wichtigkeit, Veränderbarkeit

- **Aufbau einer therapeutischen Beziehung**

Patienten in negativer Sichtweise akzeptieren

Interesse (aktives Zuhören)

Professionalität (Kenntnis der Störung, Sicherheit)

Arbeitsbündnis, empirisches Vorgehen

2. Phase

- **Vermittlung des therapeutischen Modells**

Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand der Erlebnisse des Patienten herausarbeiten

Elemente und Struktur der Therapie ableiten und darstellen

Ablauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie

3. Phase

▪ **Aktivitätsaufbau**

Erfolg-Vergnügen-Technik, Wochenplanung

Gestuftes Vorgehen, realistische Standards setzen

Den Ablauf planen: wie sieht der erste Schritt aus?

Welche Hilfen kann es geben?

4. Phase

▪ **Soziale Kompetenz**

Rollenspiele, klare Instruktionen, Bezug zu Problemen des Patienten (darf nicht nur dem Therapeuten klar sein!)

Differenzierte, verhaltensbezogene Rückmeldung, erneutes Üben, Transfer

Ablauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie

5. Phase

▪ **Kognitive Techniken**

(werden meist schon beim Aktivitätsaufbau eingesetzt)

Erfassen von negativen Gedanken und Einstellungen

Zusammenhang von negativen Gedanken, Gefühlen und Verhalten verdeutlichen

Kognitionen als Hypothese, nicht als Fakten

Realitätstestung

Reattribution, alternative Erklärungen

Entkatastrophisieren

Pros und Contras, kurzfristige und langfristige Konsequenzen von Einstellungen

Prognostisch ungünstige Variablen für eine Psychotherapie

- Langjährige Depression mit wiederholten Rezidiven
- Zahlreiche Behandlungsversuche in der Vergangenheit
- Starke Fixierung auf eine psychiatrische Behandlung
- Fehlende / unzureichende Kooperationsbereitschaft
- Deutliche Defizite hinsichtlich kognitiver Ressourcen und in Bezug auf das Verhaltensrepertoire
- Vorliegen sehr schwerer Depressionen
- Keine oder nur minimale Veränderungen der Symptomatik während der ersten 3 Behandlungswochen bzw. nach 8 Therapiesitzungen

Differentialtherapie von Depression

- Leichte und mittelschwere Depressionen: PT oder AD gleich wirksam; PT längere Wirklatenz
- Schwere (stationäre) und chronische Depressionen (incl. Dysthymien): Kombination AD + PT effizienter als AD oder PT allein
- Durch PT größerer Rückfallschutz als bei alleiniger AD-Therapie
- Bei rezidivierenden unipolaren Depressionen (außer bei Älteren) geringe Relevanz der PT bzgl. Rückfallprophylaxe
- Bei bipolaren Erkrankungen hohe Relevanz von additiver PT
- Biologische Auffälligkeiten prädictieren schlechteren PT-Effekt

Soziotherapie

- Einbeziehung von Angehörigen
- Einbeziehung des psychosozialen Versorgungsnetzes
- Einbeziehung des Arbeitsmilieus
- Vermittlung konkreter Hilfen für die Alltagsbewältigung
- Arbeitsversuch, stufenweise Wiedereingliederung
- (zeitlich befristete) Berentung

Wahl des geeigneten Behandlungsverfahrens

- **AD-Therapie, ggf. als Monotherapie**

Mittelschwere bis schwere depressive Episode

Chronisch depressive Episode

Früheres schlechtes Ansprechen auf alleinige

Psychotherapie

- **Alleinige Psychotherapie**

Leichte bis mittelschwere Episode

Anpassungsstörungen, depressiv

Depressionen bei körperlichen oder anderen psychischen
Störungen

Kontraindikation bzw. Unverträglichkeit bei AD

Ablehnung medikamentöser Behandlung durch Patienten

Unwirksamkeit von Medikamenten

Wahl des geeigneten Behandlungsverfahrens

- **Kombinationstherapie**

Fehlendes oder partielles Ansprechen auf
alleinige medikamentöse oder
psychotherapeutische Behandlung

Dysthymia

Ausgeprägte psychosoziale Probleme

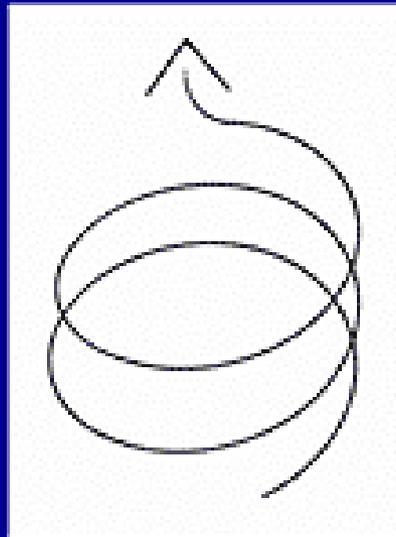
Komorbidity mit Angststörungen, Sucht,
Persönlichkeitsstörungen, Zwängen oder
Essstörungen

Wunsch des Patienten

Depressionsspirale umkehren!

4 Heute tun Sie außer Ihren Pflichten noch etwas, Was Ihnen Spaß macht

2 Sie raffen sich auf und machen das, was Sie schon lange tun wollten



5 Ihre Stimmung wird immer besser, und Sie planen weitere Unternehmungen, die Ihnen Freude machen

3 Sie freuen sich über Ihren Erfolg und Ihre Laune wird besser

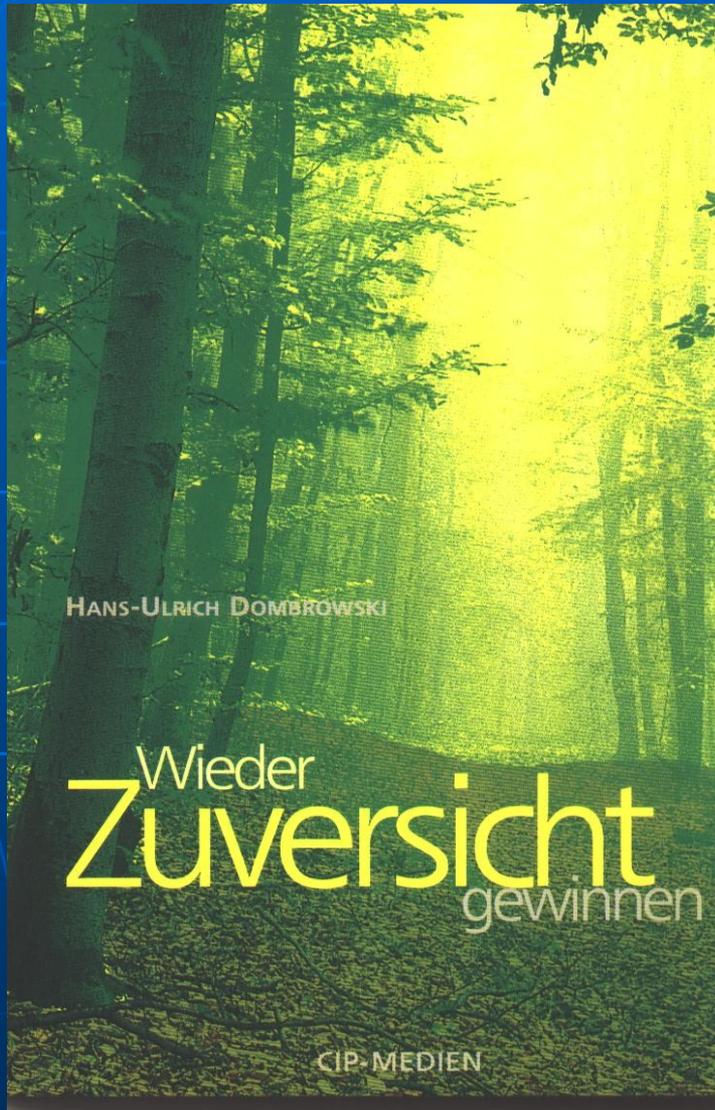
1 Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt, und Ihnen ist alles zuviel

Ratschläge für Betroffene

- Informieren Sie sich über Ihre Erkrankung
- Reden Sie mit einem Fachmann darüber (in erster Linie dem Hausarzt)
- Lernen Sie Ihre Depression zu akzeptieren
- Entwickeln Sie einen Behandlungsplan (in Absprache mit Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten)
- Bleiben Sie geduldig und vermeiden Sie Überforderungen
- Treffen Sie möglichst keine wichtigen Entscheidungen innerhalb Ihrer Krankheitsphase
- Etablieren Sie ein Selbstmanagement (Bewältigung, Prophylaxe)

Ratschläge für Angehörige

- Informieren Sie sich über die Erkrankung Ihres Angehörigen
- Unterstützen Sie ihn darin, sich in eine fachgerechte Behandlung zu begeben (Motivation)
- Helfen Sie ihm darin, die Erkrankung zu akzeptieren (Scham, Selbstwertgefühl)
- Nehmen Sie Ihren Angehörigen innerhalb seiner Erkrankung ernst
- Vermeiden Sie Überforderungen und bleiben Sie geduldig
- Fördern Sie sein Selbstmanagement (Behandlungsplan, Medikation)
- Denken Sie an Ihr eigenes Burn-out, d.h. überfordern Sie sich nicht selbst, nehmen Sie sich auch Zeit für sich



Hans-Ulrich
Dombrowski

Wieder Zuversicht

gewinnen

CIP-Medien-Verlag
München

ISBN 3-932096-11-8

**Vielen Dank
für Ihr
Interesse**