



### Depressives Syndrom

**Kern-Symptome (Gruppe 1)**

- Depressive Stimmung
- Verlust von Freude und Interesse
- Erhöhte Ermüdbarkeit

**Zusatzsymptome (Gruppe 2)**

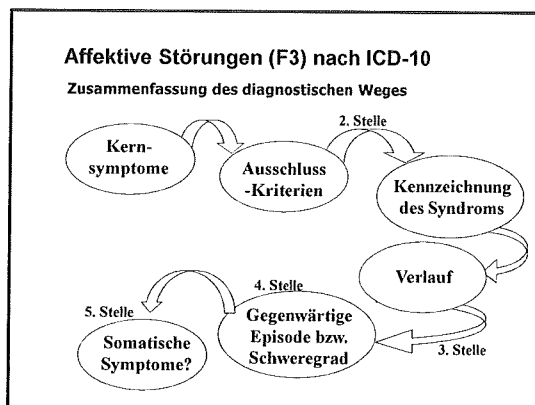
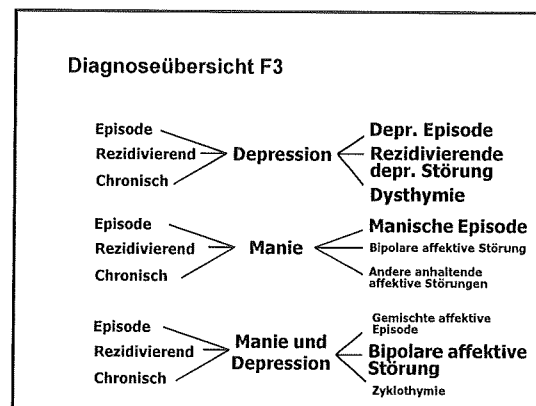
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl u. Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, -pläne, -handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

### Affektive Störungen (F3) nach ICD-10

<b>F32 depressive Episode</b>  <b>F32.0</b> <u>leichte depressive Episode</u> 2 Symptome aus Gruppe 1 2 Symptome aus Gruppe 2  <b>F32.1</b> <u>mittelgradige depressive Episode</u> mind. 2 Symptome aus Gruppe 1 mind. 3 Symptome aus Gruppe 2	<b>Kern-Symptome (Gruppe 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressive Stimmung</li> <li>• Verlust von Freude und Interesse</li> <li>• Erhöhte Ermüdbarkeit</li> </ul> <b>Zusatzsymptome (Gruppe 2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration, Aufmerksamkeit ↓</li> <li>• Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ↓</li> <li>• Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit</li> <li>• Pessimistische Zukunftsperspektiven</li> <li>• Suizidgedanken, -pläne, -handlungen</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Verminderter Appetit</li> </ul>
---	---

### Affektive Störungen (F3) nach ICD-10

<b>F32 depressive Episode</b> <b>F32.2</b> <u>schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</u> Alle Symptome aus Gruppe 1 mind. 4 Symptome aus Gruppe 2 kein Wahn, Halluzinationen, Stupor  <b>F32.3</b> <u>schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen</u> Alle Symptome aus Gruppe 1 mind. 4 Symptome aus Gruppe 2 mit Wahn, Halluz. und/oder Stupor	<b>Kern-Symptome (Gruppe 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressive Stimmung</li> <li>• Verlust von Freude und Interesse</li> <li>• Erhöhte Ermüdbarkeit</li> </ul> <b>Zusatzsymptome (Gruppe 2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration, Aufmerksamkeit ↓</li> <li>• Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ↓</li> <li>• Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit</li> <li>• Pessimistische Zukunftsperspektiven</li> <li>• Suizidgedanken, -pläne, -handlungen</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Verminderter Appetit</li> </ul>
--	---



### Erkennung der Depression

- WHO-Studie zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen in der Primärversorgung (Hausärzte)
  - Prävalenz 10%
  - Nur 54% aller Depressionen werden erkannt
- Ca. 10% larvierte (maskierte) Depression
- Häufig begleitende vegetative Symptome
  - Schlafstörungen, Gewichtsabnahme, Appetitverlust, Libidoverlust, Müdigkeit

### Epidemiologie Depressionen

- Punktprävalenz aller depressiver Störungen mit Krankheitswert: 15-30%
- Punktprävalenz depressiver Episoden (major depression): 2-7%
- Morbiditätsrisiko (major depression): 7-18%
  
- Inzidenz (alle Depressionen): 1 %
- Inzidenz (major depression): 1 ‰

### Geschlecht

Frauen : Männer = 2 : 1

Genetische Gründe?

Hormonelle Gründe

- Menopause (Oestrogene), Postpartum
- Prämenstruelles Syndrom

Krankheitsverhalten

- soziale Situation
- Frauen beachten (zumindest leichte depressive Phasen) stärker, zeigen stärkere Hilferwartung und erinnern sich besser an depressive Phasen

### Alter

- Häufigkeitsgipfel bei ca. 35 Jahren
- 50% Ersterkrankungen vor 40. Lebensjahr
- Zweiter Häufigkeitsgipfel im Alter zwischen 50 und 60 Jahre
- Nur 10% Ersterkrankungen im Alter über 60 Jahre
- Ersterkrankungsalter wird immer jünger

### Verläufe Depression

- Ca. 80% verlaufen in Phasen (Episoden)
- 2/3 aller Depressionen sind im Intervall (ausserhalb der Phase) symptomfrei
- Phasendauer ca. 6 Monate ohne Therapie
- Verkürzung (?) oder Abschwächung durch Therapie
- 15-20% >1 Jahr (Chronifizierungs-Gefahr)
- Komorbidität häufig (Angst ca 50%)

### Verläufe Depression

- Mittlere Zykluslänge (Beginn einer Episode bis zum Beginn der nächsten) ist 4-5 Jahre (individuell grosse Unterschiede)
- Zyklusdauer verkürzt sich oft im Alter
- Mindestens 50% rezidivierend
- 2/3 aller Patienten haben unipolare (rein depressive) Verläufe
- Suizide bei ca. 10-15%

### Besonderheiten der Bipolaren affektiven Störung

- Ca. 20% aller Depressionen bipolar
- Verläufe (Symptomatik) meist schwerer
- In ca. 50% psychotische Symptome
- Beginn meist mit (hypo-)manischer Phase
- Nach 2 depressiven Episoden ist Wahrscheinlichkeit für bipolaren Verlauf 10%
- Nach 3 depressiven Episoden ist Wahrscheinlichkeit sehr gering
- Ersterkrankungsalter niedriger

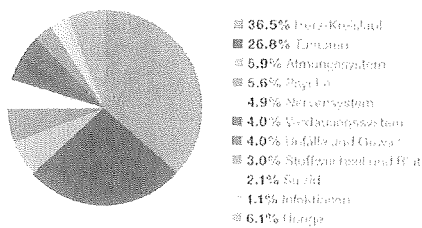
### Besonderheiten der Bipolaren affektiven Störung

- Frauen : Männer = 1 : 1 !!
- Lebenszeitrisiko 1-2%
- manische : depressive Phasen = 1 : 3
- Lebensverlauf im Mittel ca. 8 Episoden
- Mortalität (Suizid): 15%
- Bipolar I: Depression + Manie
- Bipolar II: Depression + Hypomanie
- Unipolare Manie nur 5% aller affektiven Störungen
- „rapid cycling“: 4 Phasen/Jahr

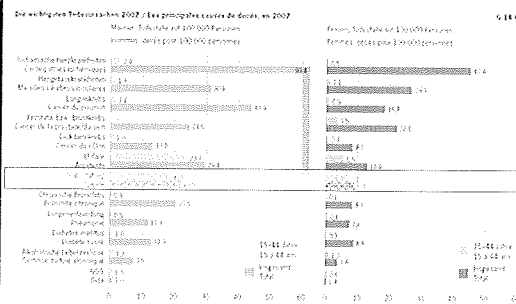
### Besonderheiten der Dysthymie

- Kriterien: chronifizierte (mindestens 2 Jahre) Depression mit eher leichterer Symptomatik
- Ähnlicher Begriff: neurotische Depression
- Punktprävalenz: 3%, Lebenszeitpräval.: 6%
- Beginn meist in der Adoleszenz
- „double depression“: Dysthymie plus Major Depression (in ca. 10-25% der Dysthymien)
- Suizidversuche häufig

### Todesursachen 2008 in % (100% = 61'233 Todesfälle)



### Todesursachen nach Geschlecht 2007



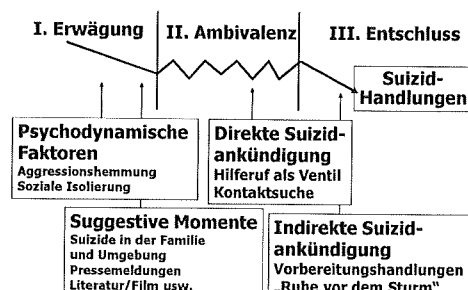
### Das präsuizidale Syndrom

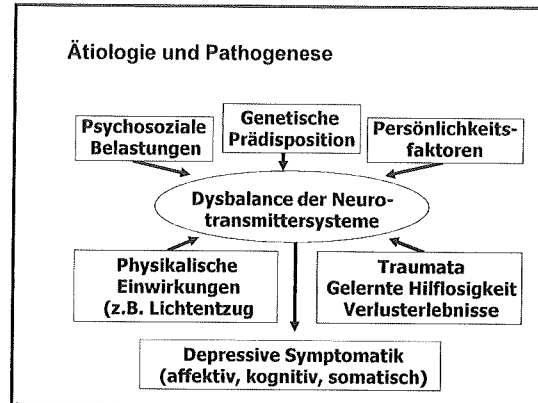
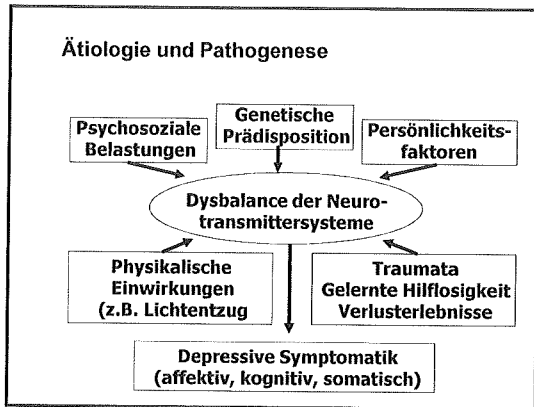
nach Ringel

- **Einengung**
  - Situative Einengung
  - Einengung der Wertewelt
  - Dynamische Einengung
  - Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- Zunehmende Selbsttötungs-Phantasie

### Dynamik der Suizidalität

Pöldinger 1968

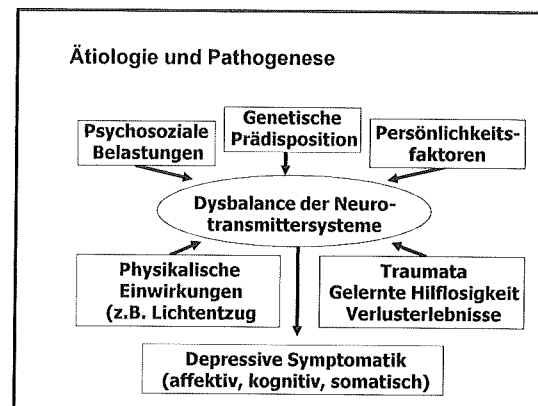




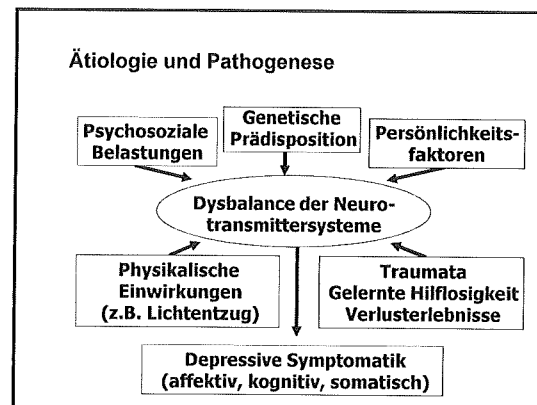
### Genetische Faktoren

Zwillingsstudien, Adoptionsstudien  
Polymorphismus

	Lebenszeitprävalenz / Konkordanzrate		
	Bevölkerung	Angehörige 1. Grades	Eineiige Zwillinge
Unipolar	7%	15%	50%
Bipolar	1-2%	20%	80%



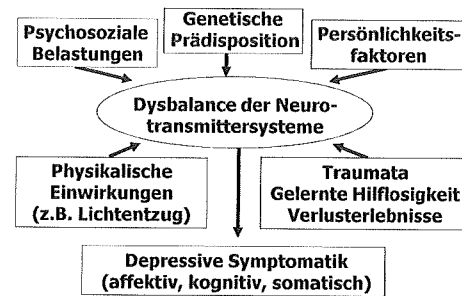
- ### Persönlichkeitsfaktoren
- Tellenbach: „Typus melancholicus“
    - ordentlich, überangepasst, leistungsorientiert, zwanghaft, aufopferungsbereit
  - Persönlichkeit als unspezifischer Vulnerabilitätsfaktor
  - Hohe Komorbidität
  - Bei Komorbidität schlechtere Prognose



### Psychosoziale Belastungen

- Life-event-Forschung: mehr belastende Ereignisse im Vorfeld der Erkrankung
- Verluste mit zum Teil erheblichen psychosozialen Folgen
- ca. 25% der Depressiven haben Verlustereignis im Zusammenhang mit Krankheitsbeginn
- ca. 20% der Personen mit Verlustereignis bekommen eine Depression
- Zusammenhänge mit chronischem Stress (Stressfolge-Erkrankung)

### Ätiologie und Pathogenese



“.....bleibt das Licht lange aus, so legt sich Schwere aufs Gemüt.”

**Augustinus**  
(Confessiones, Liber Decimus)

### Besonderheiten der Winterdepression

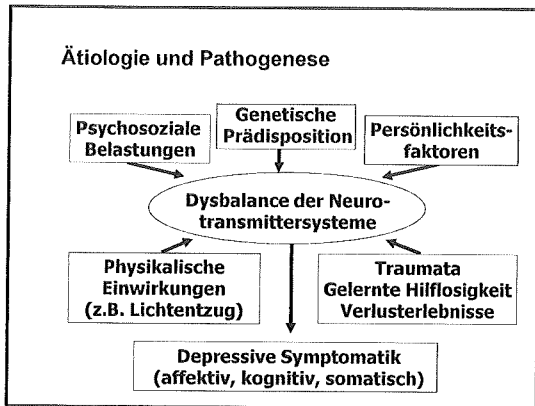
- Prävalenz in Mitteleuropa ca. 2%
- Geschlecht Frauen : Männer = 4 : 1
- Alter Mittelwert eher niedriger als bei anderen Depressionen (30-40)
- Beginn Ersterkrankung oft in Kindheit und Adoleszenz
- Familie Depressive Erkrankungen in ca. 70%
- Hospitalisation in ca. 10%

### Winterdepression Atypische Depressions-Symptome

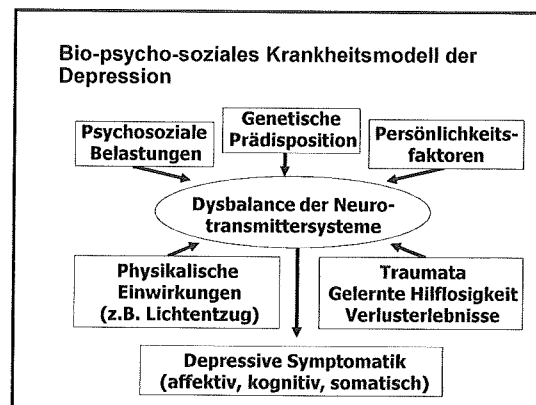
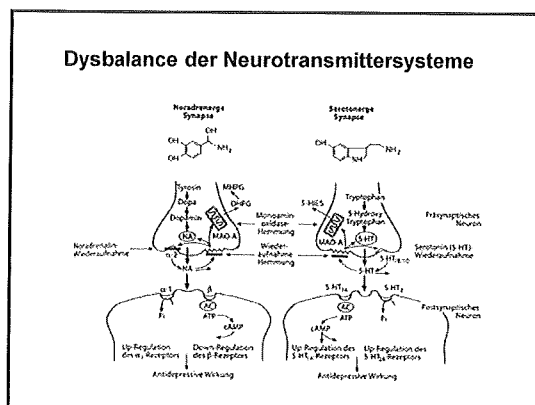
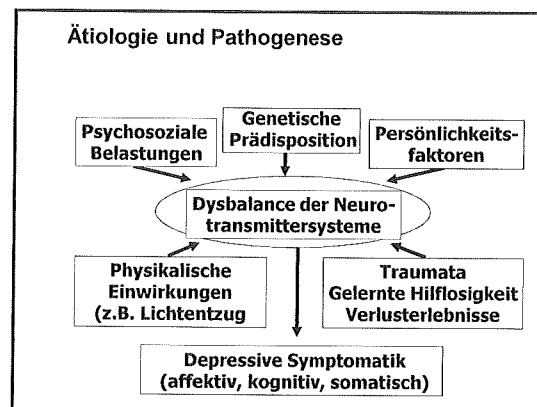
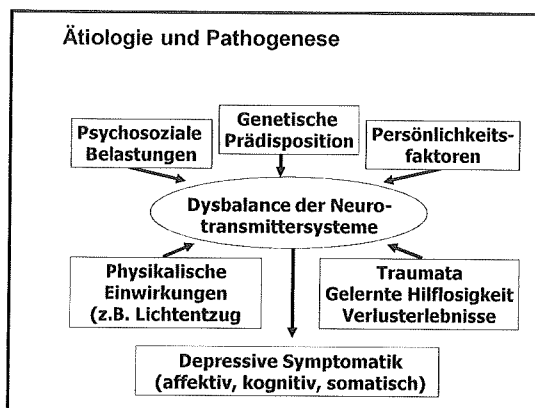
- Vermehrtes Schlafbedürfnis
- Verlängerter Schlaf
- Appetitsteigerung
- Heisshunger auf Kohlenhydrate
- Gewichtszunahme

### Physikalische/somatische Einwirkungen

- Lichtmangel (SAD)
- Extreme Reizdeprivation
- Schlafstörungen
- Somatische Erkrankungen
  - Schilddrüsen- u. Nebennieren-Erkrankungen
  - Schlaganfall u. andere vaskuläre Erkrankungen
  - Epilepsie, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson
  - Hirntumoren
  - Schädel-Hirn-Traumata
- Pharmaka, Drogen, Alkohol



- ### Traumatische Erlebnisse
- #### Erlernete Hilflosigkeit
- Entwurzelungen (Migration)
  - Vereinsamung (Tod der Bezugspersonen)
  - Unfälle
  - Verbrechen (Vergewaltigungen)
  - Kriegserlebnisse
  - Kritische Lebensereignisse (Berentung, Geburt von Kindern)
  - „Gelernte“ Depression in unkontrollierbaren (oder für solche gehaltene) Situationen
  - Negative Kognitive Depressionen (Beck)



### Therapie depressiver Störungen

- Bio-psycho-soziales Therapie-Modell
- Medikamente
- Andere somatische Therapien
  - Lichttherapie
  - Wachtherapie, Schlafentzug
  - Elektro-Krampf-Therapie (EKT)
  - Magnet-Stimulations-Therapie
- Psychotherapien
- Sozio- und Milieu-Therapie

### Verordnungen in der Arztpraxis 2009

Quelle: IAT (Mittelwert) "depression"

Prognose zur Erkrankung (Mittelwert) in %

Medikationsklasse	Anteil (%)
Antidepressiva	21.9%
Antipsychotika	12.8%
Cholinergika/Anticholinergika	11.4%
Antiepileptika	10.6%
Biogene Amine	10.4%
Anticholinergika	10.1%
Antidementiva	6.4%
Anticholinergika	4.6%
Antidepressiva	4.3%
Antidepressiva	4.2%
Antidepressiva	3.7%

Quelle: IAT (Mittelwert) "depression"

### Medikamente

- Entwicklung seit ca. 50 Jahren
- In den letzten 10 Jahren viele Substanzen mit geringeren Nebenwirkungen
- Indikation bei fast allen Depressionsformen
- Bei mittelschweren und schweren Episoden alleiniger Psychotherapie überlegen.
- Chance für Remission innerhalb eines Monats verdoppelt

### Medikamente

- Nebenwirkungsspektrum alle AD zusammengenommen sehr gross
  - Auswahl:
    - TZA: Mundtrockenheit, Schwindel, Obstipation, Blutdrucksenkung
    - SSRI, SNRI: Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen
- Häufig Unterdosierung und ungenügend lange Behandlungszeiten
- Beurteilung der Nutzen/Risiko-Relation erfordert Spezialkenntnisse

### Wachtherapie, Schlafentzug

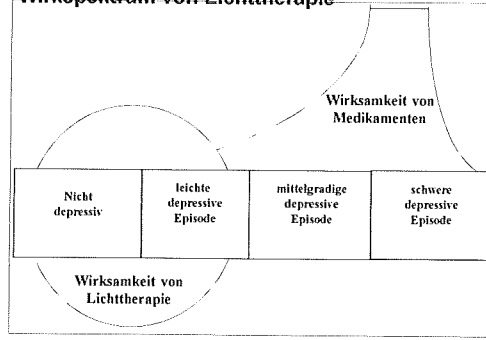
- Totaler Schlafentzug
- Selektiver Schlafentzug
- Partieller Schlafentzug der ersten Nachthälfte
- Partieller Schlafentzug der zweiten Nachthälfte
- Wiederholter Partieller Schlafentzug der zweiten Nachthälfte
- Kontinuierliche Schlafphasenverschiebung

### Lichttherapie

### Indikationen Lichttherapie

- Mittel erster Wahl
  - SAD, subsyndromale SAD
- Gesicherte Wirkung
  - Saisonaler Verlauf bei Bulimie, Zwangsstörungen, Panikstörung, Prämenstruelles Syndrom,
  - Chronobiologische Schlafstörungen
  - Schichtarbeit, Jetlag
- Einzelne Erfahrungen
  - Andere Depressionsformen, Entzugssyndrom

### Wirkspektrum von Lichttherapie



### Elektrokrampf-Therapie

- Indikation (Europa) bei Therapieresistenz, besonders bei wahnhafter Depression
- Kurznarkose, Muskelrelaxation
- Auslösung eines Krampfanfalls
- Meist 2-3 Anwendungen / Woche
- Meist Serien von 8-10 Anwendungen
- Wirkmechanismus unklar
- Risiko nicht höher als Narkose-Risiko
- Kurzfristige mnestiche Störungen häufig

### Transcranielle Magnetstimulation (TMS)

- Elektrische Stimulation durch Magnetfeld
- Depolarisation ohne Krampfanfall
- Keine strukturellen ZNS-Veränderungen
- Keine kurzfristigen mnestiche Störungen
- Vorteile
  - Keine Narkose,
  - minimale Risiken
  - gut ambulant durchführbar
- Nachteile
  - Neue Methode, Datenlage noch gering

### Psychotherapien

- Psychotherapeutische Basisbehandlung „clinical management“
  - Empathische Haltung
  - Förderung vertrauensvoller Beziehung
  - Aktiv-stützendes Vorgehen (inkl. strukturierter Informationserhebung - Suizidalität)
  - Psychoedukative Führung (medizinisches Krankheitsmodell mit Anspruch auf Entlastung)
  - Vermittlung von Hoffnung und Kompetenz
  - Vermittlung psychosomatischer Zusammenhänge
  - Einsicht in Sinn medikamentöser Therapie

### Psychotherapien

- Verfahren
  - Psychoanalytische Psychotherapie
  - Verhaltenstherapie
  - Kognitive Psychotherapie
  - Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
  - Paar- und Familientherapie
  - Körperorientierte Verfahren
- Indikationskriterien (Auswahl)
  - Schwere der Depression
  - Introspektionsfähigkeit
  - Ausmass der Zielsetzung
  - Ausbildung der Therapeuten

### **Entspannungsverfahren**

- Progressive Muskelrelaxation
- Autogenes Training
- Biofeedback
- Hypnose
- Yoga, Meditation

### **Sozio- u. Milieuthherapie**

- Einbeziehung von Angehörigen
- Vermittlung der entlastenden Krankenrolle
- Empathisches, leicht stimulierendes Stationsmilieu
- Event. Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Hilfen (Sozialarbeiter, Haushaltshilfen, Pflege, usw.)
- Wenn möglich, Aufschub wichtiger Entscheidungen

### **Gründe für Hospitalisierung bei Affektiven Störungen**

- Suizidalität
- Wahnhaf-depressive Patientinnen
- Alleinstehende Patienten
- Schwere familiäre Konflikte
- Längere ergebnislose ambulante Behandlung
- Komplizierende Begleiterkrankungen
- Manie

### **Zusammenfassung**

- Das individuelle Leid der Betroffenen ist hoch
- Depressionen sind komplexe Erkrankungen
- Erkennungsrate ist niedrig, Stigma immer noch hoch
- Komorbidität ist häufig
- Bedingungs- und aufrechterhaltende Faktoren sind vielfältig
- Es gibt erfolgreiche Behandlungsverfahren
- Erkennen – Verstehen – Behandeln !!