



„Komorbidität Depression“

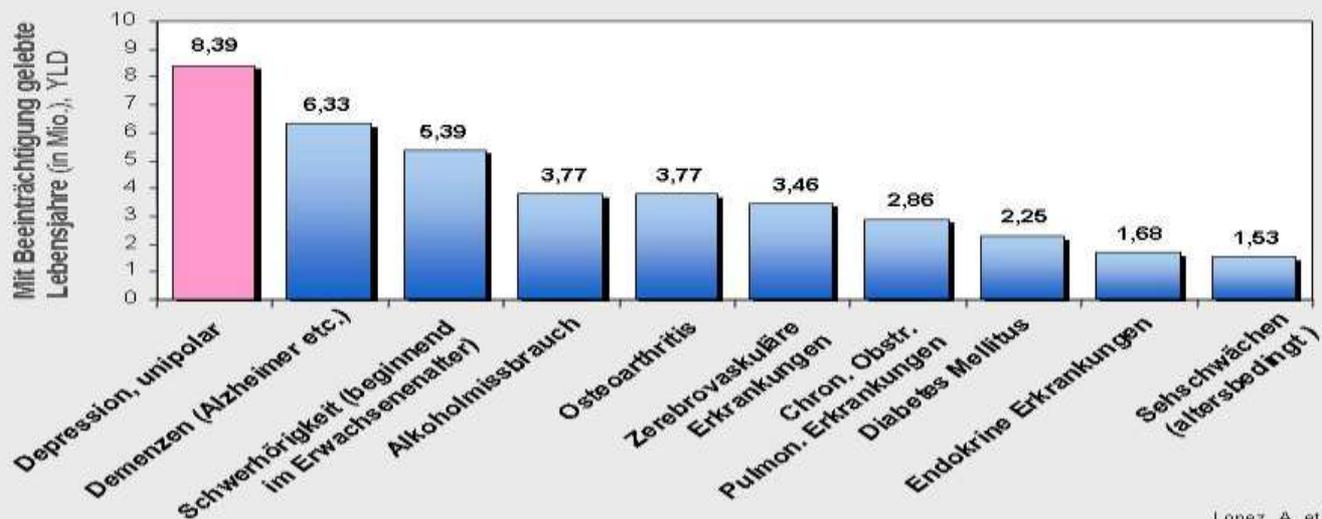
Definition:

lat. deprimere= herunter-, niederdrücken

Depression bezeichnet ursprünglich einen unspezifischen Zustand, der durch allgemeinen Abbau und Beeinträchtigung psychischer Funktionen gekennzeichnet war

Die Burden of Disease-Studie: Ergebnisse für 2001

Die 10 häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (YLD) in den Industrieländern



Lopez A. et al., 2006

Verschiedene Formen der Depression:

„Ätiologische“ Einteilung:

1. Psychogene D. (reaktiv)
2. Endogene D. (anlagebedingt)
3. Somatogene D. (organisch bedingt)

Phänomenologische Einteilung (ICD-10, DSM-IV):

1. *Episodisch verlaufend:*

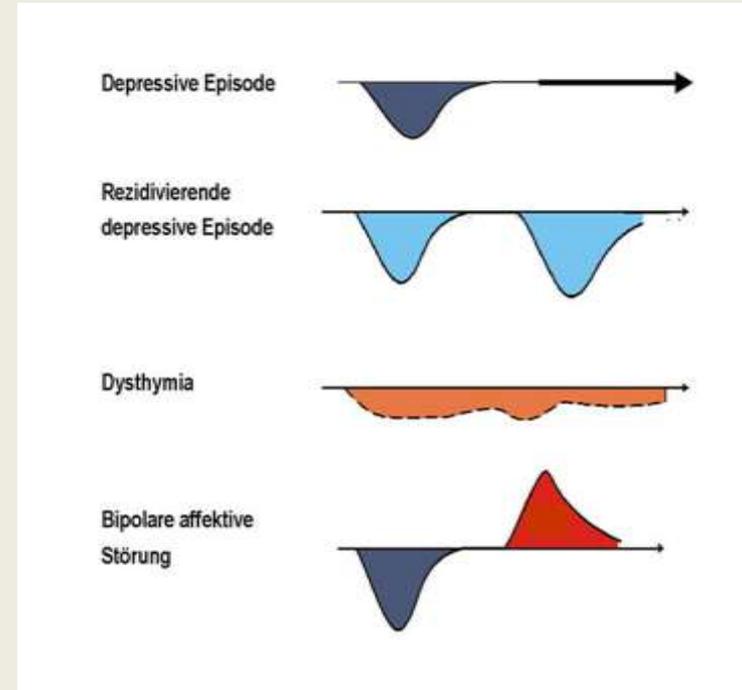
- unipolar (eine Episode, rezidivierend)
- bipolar

2. *Chronisch verlaufend (>2J):*

- Chronifizierung nach episodischem Verlauf
- Primär chron. (Dysthymie, Zylothymie)

Verlauf:

- 15 % nur eine Episode
- 50-75% mehrere Episoden:
 - Ø 4 bei unipolaren Depressionen
 - Ø 6 bei bipolaren Depressionen
- 10-15% chronischer Verlauf (> 2 J)



Symptome (mind. 3/6/8 S. tgl. über 2 Wochen):

Psychisch:

- Niedergeschlagenheit, Weinen
- Interesse- und Lustlosigkeit (s)
- Selbstwertprobleme
- Schuldgefühle
- Suizidgedanken
- Denk/Konzentrationsstörungen
- Gefühl der „Gefühllosigkeit“ (s)
- Negative, pessimistische Zukunftsperspektive

Körperlich:

- Antriebslosigkeit, Müdigkeit tagsüber
- Appetit gesteigert oder vermindert (s)
- Agitiertheit, Hemmung (s)
- Schlafstörungen
- Gewichtszu- oder abnahme (s)
- Libidoverminderung (s)
- Früherwachen (s)
- Morgentief (s)



Häufigkeit:

- Etwa 5-10% der deutschen Bevölkerung (ca. 4 Mio.) leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression
- 8-20% der Gesamtbevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens
- 50% der Depressiven suchen keinen Arzt auf
- 50% der Depressionen werden von den Allgemeinärzten nicht erkannt
- Frauen erkranken 2 mal häufiger
- 10-15 % sterben durch Suizid

Häufigkeit bei Schmerzpatienten (Wittchen):

	Stadium I	Stadium
III		
Somatoforme Schmerzstörung	6%	22%
Affektive Störungen	18%	39%
Angststörungen	13%	25%

3 Untertypen der Depression:

Gehemmte Depression:

Reduktion der Aktivität

Agitierte Depression:

Bewegungsunruhe, ängstliche Getriebenheit, unproduktiv-hektisches Verhalten und „Jammern“

Larvierte (somatisierte) Depression:

vegetative Störungen und vielfältige Organbeschwerden
z.B.: Kopfschmerzen, Schwindel, Atembeschwerden, Herzbeschwerden, Magen-Darmbeschwerden, Unterleibsbeschwerden

Ursachen:

1. Genetische Faktoren (eineiige Zwillinge 65%, ein Elternteil erkrankt 10%)

2. Neurobiologische Faktoren:

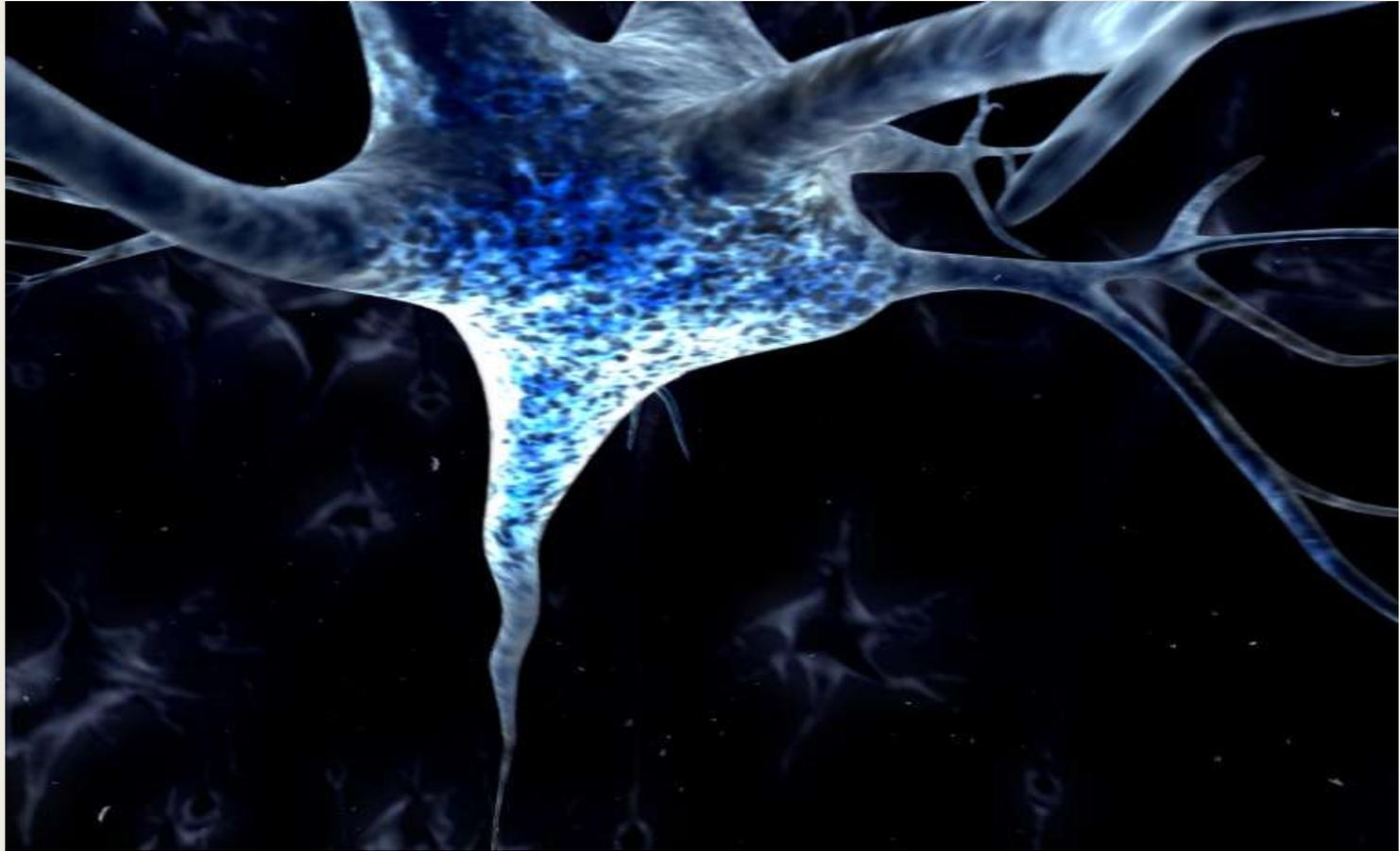
a) Amindefizithypothese: *Noradrenalin* und *Serotonin* vermindert
besser: Dysbalance;

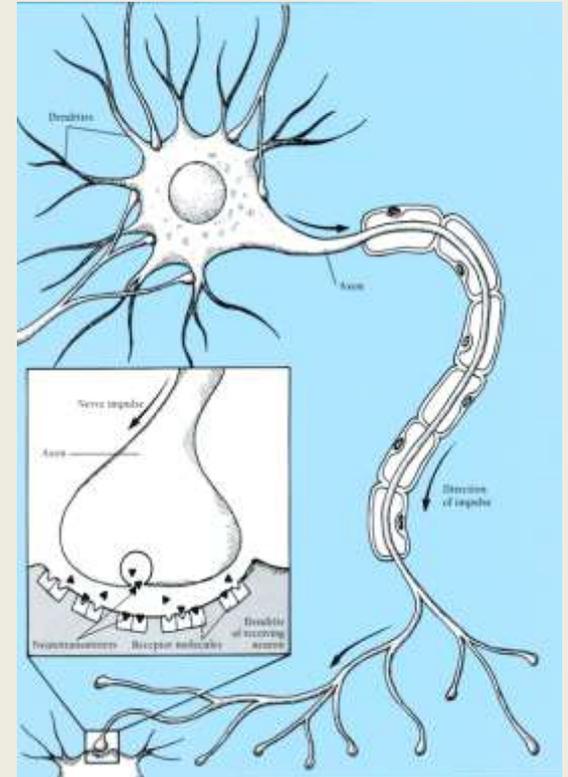
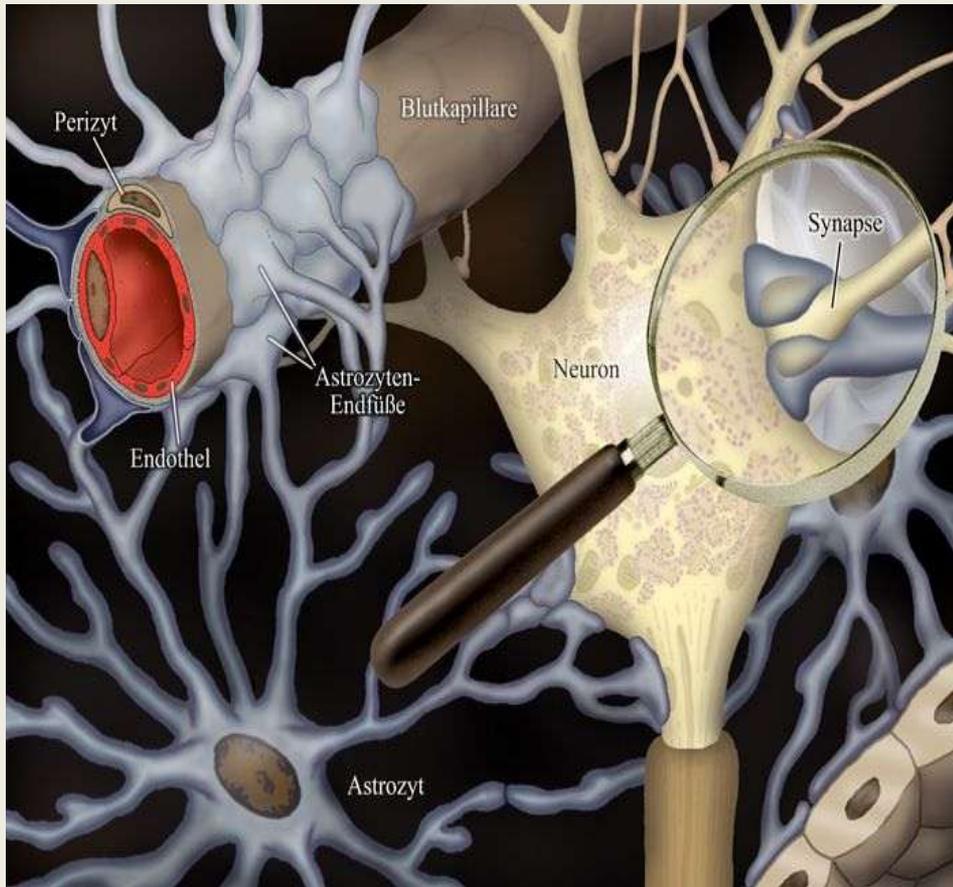
Empfindlichkeit von Rezeptoren ist wichtig

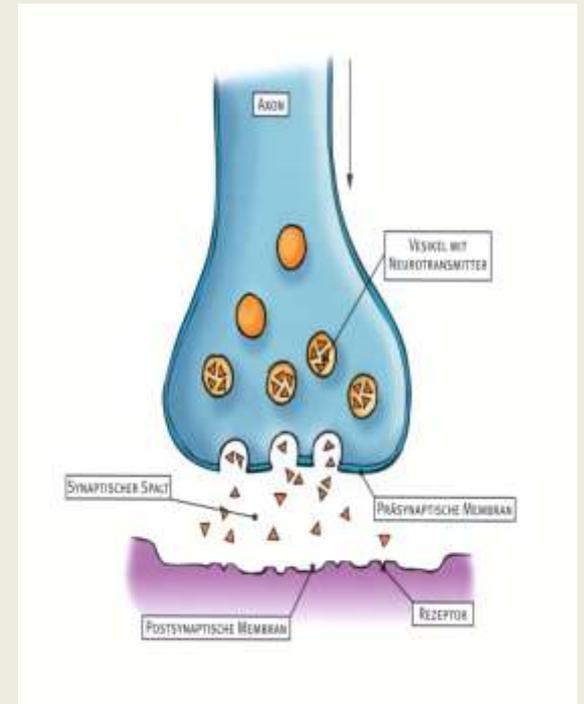
b) Neuroendokrinologie: Hyperkortisolismus (Überaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-NNR-Achse)

c) Bildgebende Verfahren: Volumenminderung, Minderdurchblutung

d) Chronobiologie: saisonale Häufung
zirkadiane Rhythmusstörungen







2. e) Psychophysiologisch:

vermindertes Ansprechen auf Umweltreize in VEP und AEP (P300 Latenz erhöht, P200 Amplitude vermindert)

f) Somatische Erkrankungen

(z.B. Schilddrüse, Morbus Parkinson, Hypertonie, Diabetes mellitus, Z.n. Herzinfarkt etc.)

g) Medikamente:

Betablocker, L-Dopa, Kortison, Benzodiazepine etc.

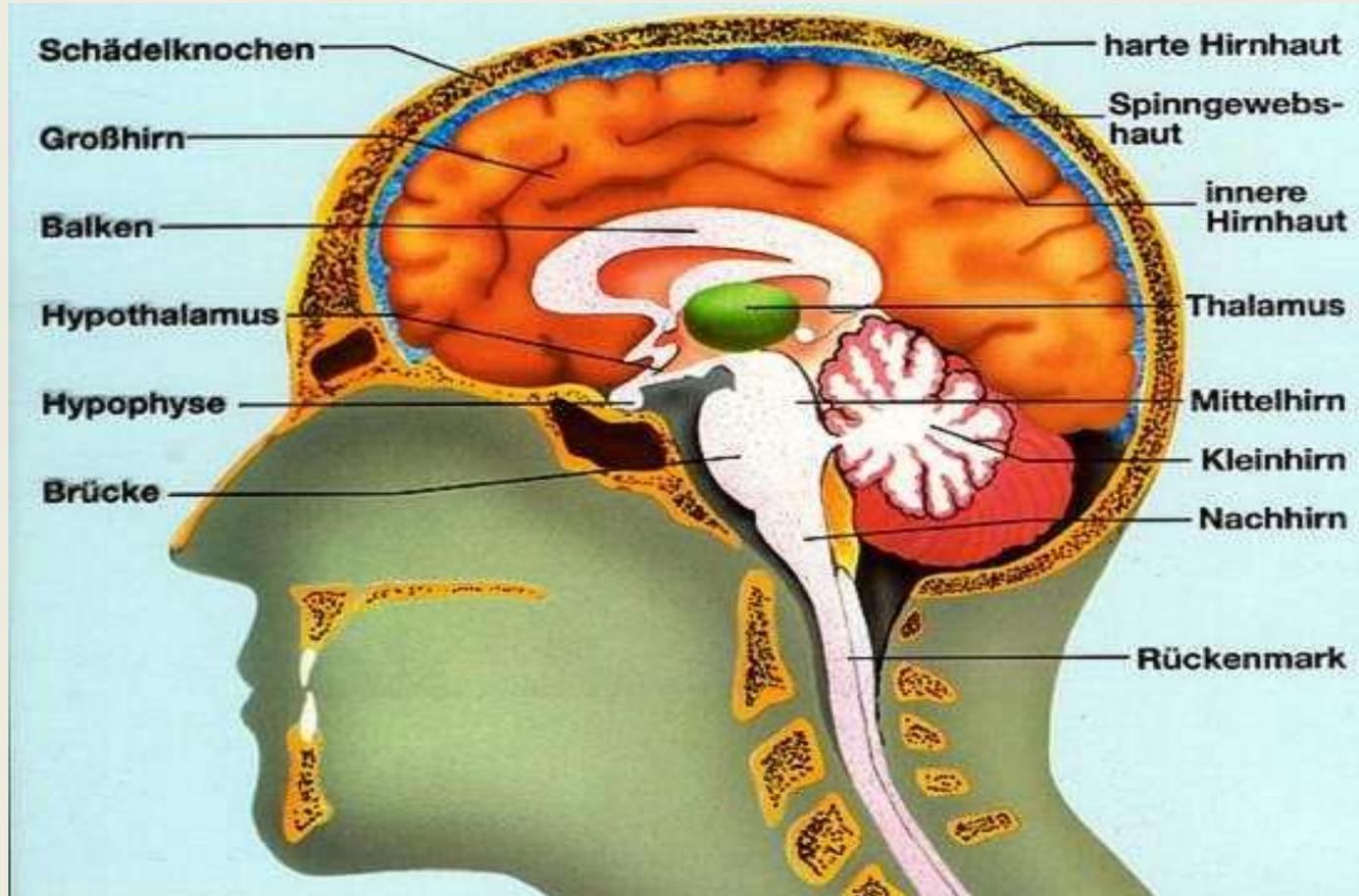
3. Psychologische Faktoren:

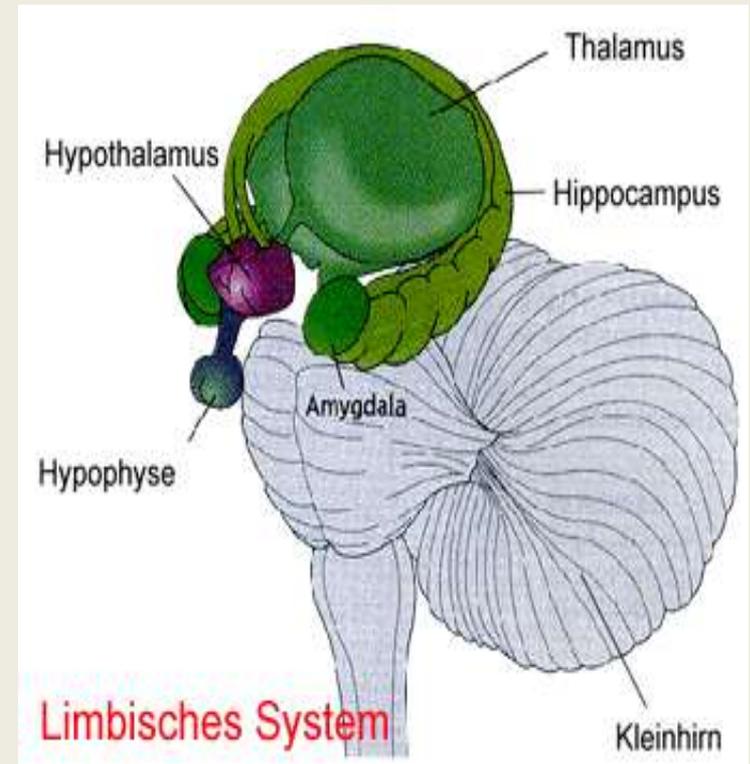
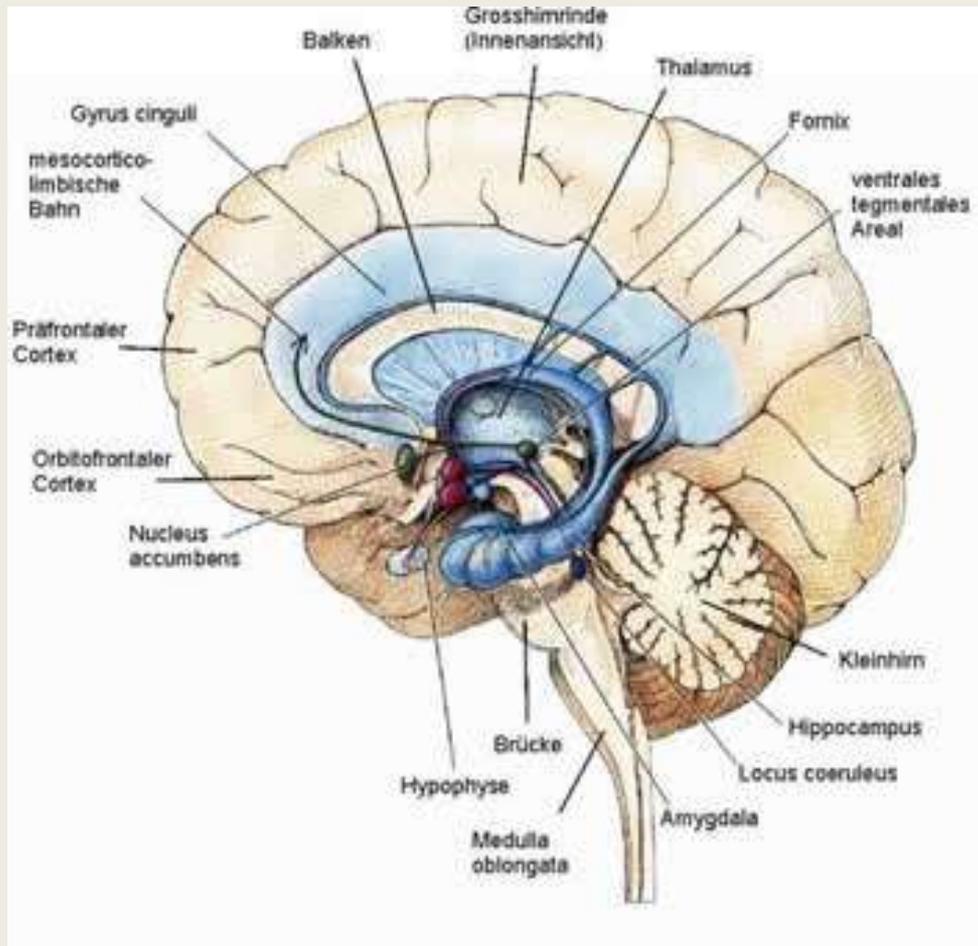
- a) Kritische Lebensereignisse („Life events“)
- b) Analytisch: Wiederholung frühkindlicher Erfahrungen
Objektverlust und Autoaggression
- c) Kognitive Triade: neg. Wahrnehmung der eigenen
Person, Umwelt und Zukunft
„gelernte Hilflosigkeit“ Modell nach Seligmann

Depressive haben zu wenig Verstärker, überhöhte Ansprüche an sich
und Selbstbestrafung

Besonderheiten bei Schmerzpatienten mit chron. Schmerzen:

1. Inaktivität und Schonung
2. Ausrichtung auf Schonung (Schmerz als „Rechtfertigung“ für Erholung)
3. Fokussierung auf Behandlungsangebote des Gesundheitssystems
4. Angst (z.B. um den Arbeitsplatz) kann wesentlich zu Chronifizierung beitragen
5. Im Verlauf zunehmende Hilflosigkeit (Modell von Seligman) und Hoffnungslosigkeit





Risikofaktoren:

- Frauen (2-3 X so häufig)
- jüngeres Alter
- Depression in der Familie (1,5-3 X so häufig)
- chron. körperliche Erkrankung
- Substanzmissbrauch
- belastende Lebensereignisse (Verluste)
- unbewältigter chron. Stress
- mangelnde soziale Unterstützung
- städtische Umgebung
- niedriger sozioökonomischer Status

Rezidiv und Chronifizierung:

- Zahl und Schwere der Episode(n)
- vorhergehende Dysthymie
- begleitende Angsterkrankung
- Persönlichkeitsstörung
- unzureichende Behandlung

Diagnostik:

- körperliche Untersuchung (internistisch und neurologisch)
- Labor: (Blut, Leber- und Nierenwerte, Elektrolyte, Eisen- und Vitamin B 6+12-Spiegel sowie Folsäure, Schilddrüsenwerte, Lues (Syphilis) -Serologie etc.)
- EEG, EKG
- evtl. CT, NMR
- Testpsychologie: Hamilton, BDI

2. Medikamentös

3. Schlafentzug

4. Elektrokonvulsionstherapie

5. Lichttherapie

6. Transkranielle Magnetstimulation (TMS)
und Vagus-Nerv-
Stimulation

1. Psychotherapie:

Verschiedene Therapieformen:

a) Verhaltenstherapie

b) Tiefenpsychologisch-psychoanalytischer Therapieansatz:

Bearbeitung der Persönlichkeitsstruktur, Suche nach grundlegendem Konflikt

c) Interpersonelle Psychotherapie (IPT):

verbindet psychodynamische und VT-Ansätze

bearbeitet aktuelle Beziehungsmuster (max. 20 Sitzungen)

Fokus sind aktuelle Probleme und Erarbeitung von Bewältigungsstrategien

Behandlungsablauf (VT):



Anamneseerhebung
und Befundung

Biographische Anamnese

Psychometrische
Verfahren

Psychotherapeutische
Diagnostik

Therapieplanung

- Medizinische Betreuung
- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie (Verhaltenstherapeutische Problemlösegruppe, Indikativgruppe: Depressionsbewältigung)

- Psychoedukation
- Selbstsicherheitstraining
- Körpertherapie
- Gestaltungstherapie
- Sport- u. Bewegungstherapie
- Entspannungsverfahren
- Biofeedback
- Sozialtherapie
- Physikalische Therapie

- Kooperation mit:
 - niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzten
 - Fachambulanz für Suchtkranke, Traunstein
 - Selbsthilfegruppen
 - Beratungsstellen

- Therapeutische Begleitung eines „Ehemaligen-Chatrooms“ für 12 Wochen nach Entlassung aus der stationären Behandlung (in Planung)

- zur Krisenintervention
- bei rez. Rückfallgeschehen

Wochenbehandlungsplan (Beispiel)

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.00 – 07.30 Uhr	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Frühsport	Frühsport
08.00 – 08.45 Uhr	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
09.00 – 10.00 Uhr	Aquajogging	GSK	Gestaltungstherapie	Aquajogging	GSK
10.15 – 11.00 Uhr	Einzelpsychotherapie	Tai Chi	Gestaltungstherapie	Tai Chi	Körpertherapie
12.15 – 13.00 Uhr	Mittag/Pause	Mittag/Pause	Mittag/Pause	Mittag/Pause	Mittag/Pause
14.15 – 15.45 Uhr	PLG	Depressionsbewältigungsgruppe	PLG	DBT	Gestaltungstherapie
16.00 – 16.30 Uhr	Körperwahrnehmung	PME	Körperwahrnehmung	PME	Gestaltungstherapie
17.15 – 17.45 Uhr	Kraft- und Ausdauer-Training	Kraft- und Ausdauer-Training	Kraft- und Ausdauer-Training	Kraft- und Ausdauer-Training	Kraft- und Ausdauer-Training
17.45 – 18.30 Uhr	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
19.00 – 20.00 Uhr	Freies Schwimmen	Offenes Atelier	Freies Schwimmen	Veranstaltung	Freies Schwimmen

Beispiel Indikativgruppe Depression:

8 Sitzungen:

- | | |
|----------------|--|
| 1. Stunde: | Psychoedukation (Informationen über Depression) |
| 2. Stunde: | Verhaltensanalyse |
| 3. Stunde: | Erarbeitung konkreter Ziele
(erreichbar, überprüfbar, konkret, positiv) |
| 4. Stunde: | Erkennen automatischer Gedanken |
| 5.& 6. Stunde: | Bearbeiten automatischer Gedanken |
| 7. Stunde: | Techniken der Gedankenkontrolle |
| 8. Stunde: | „Notfallkoffer“ |

Verhaltensanalyse:

Situation	Automatischer Gedanke	Gefühl	Verhalten
Im Büro bleibt die Arbeit liegen	„Ich schaffe es nicht, ich bin unfähig“	Niedergeschlagenheit	Rückzug
Ein Bekannter ruft an und will sich treffen	„Ich werde ihn langweilen, ich bin für andere uninteressant“	Unsicherheit, Resignation	Soziale Isolierung

Gedankenüberprüfung:

Gedanke: Ich habe nichts erreicht in meinem Leben!

90%/.....%

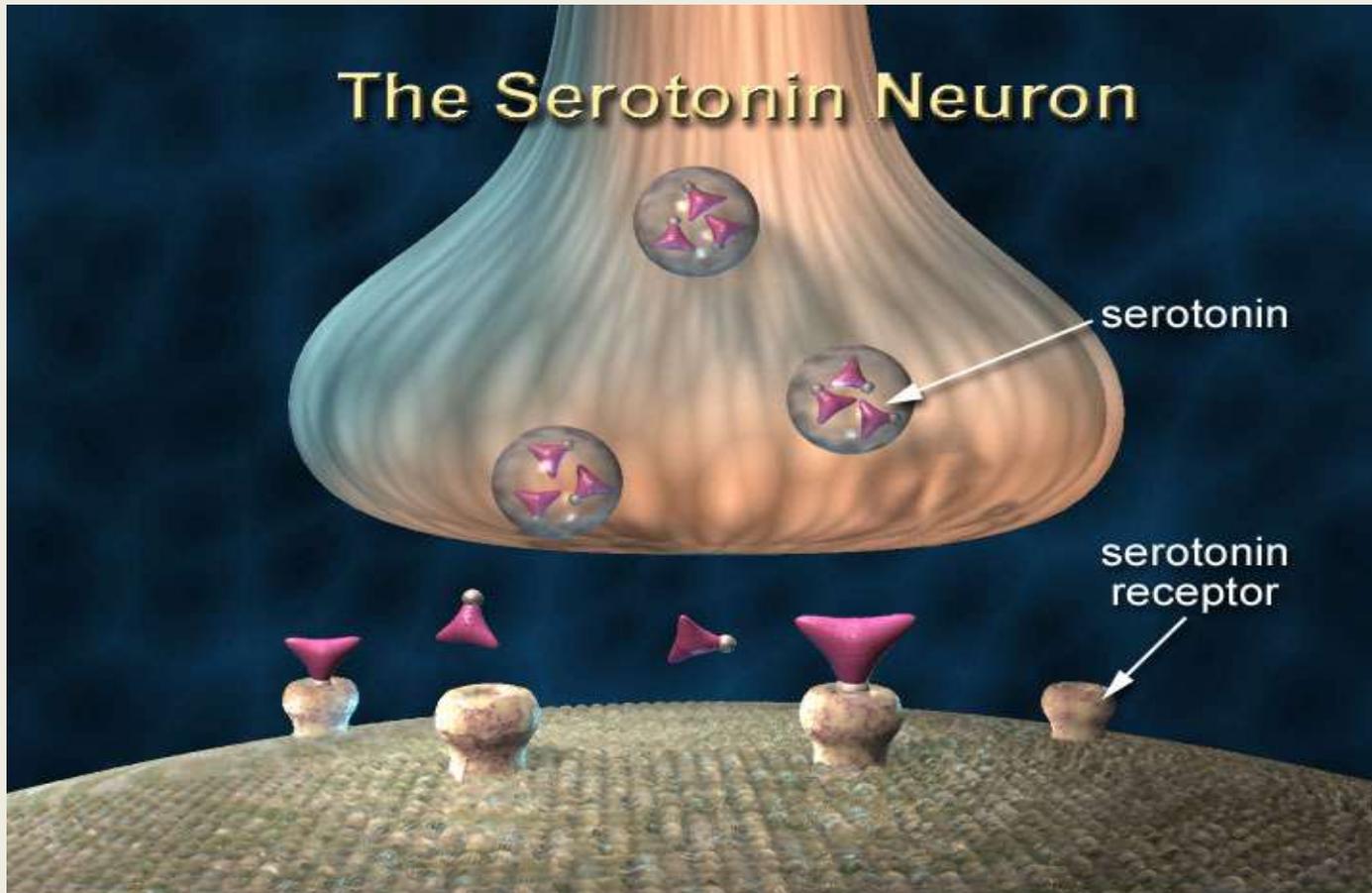
PRO	CONTRA
<ul style="list-style-type: none">- kein Abschluss- keine Beförderung- „nur“ Hilfstätigkeit	<ul style="list-style-type: none">- 3 Kinder groß gezogen- Eltern gepflegt- Haus gebaut

Konstruktiver Gedanke: Es gibt Dinge in meinem Leben, auf die ich stolz bin!

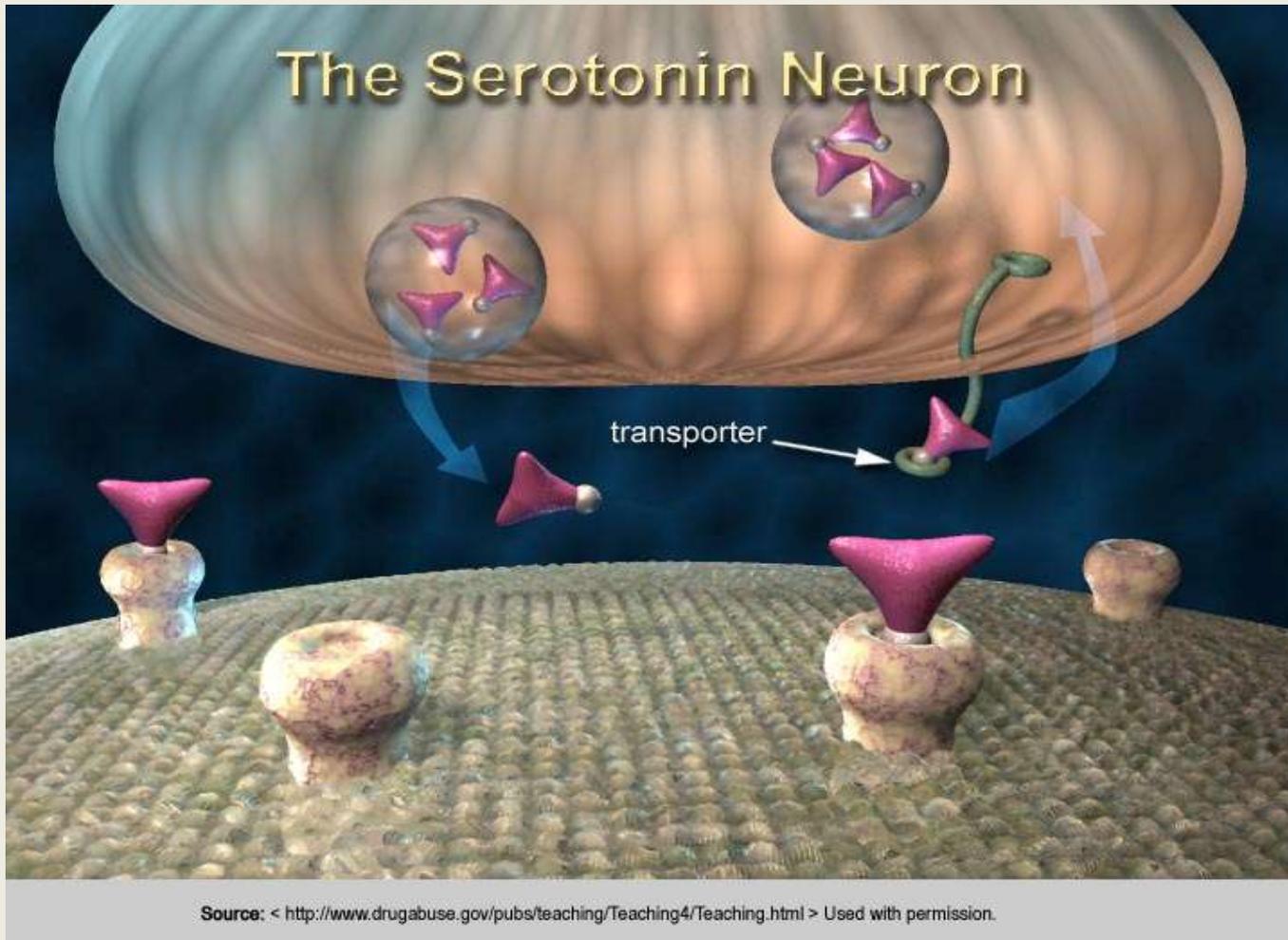
2. Antidepressiva:

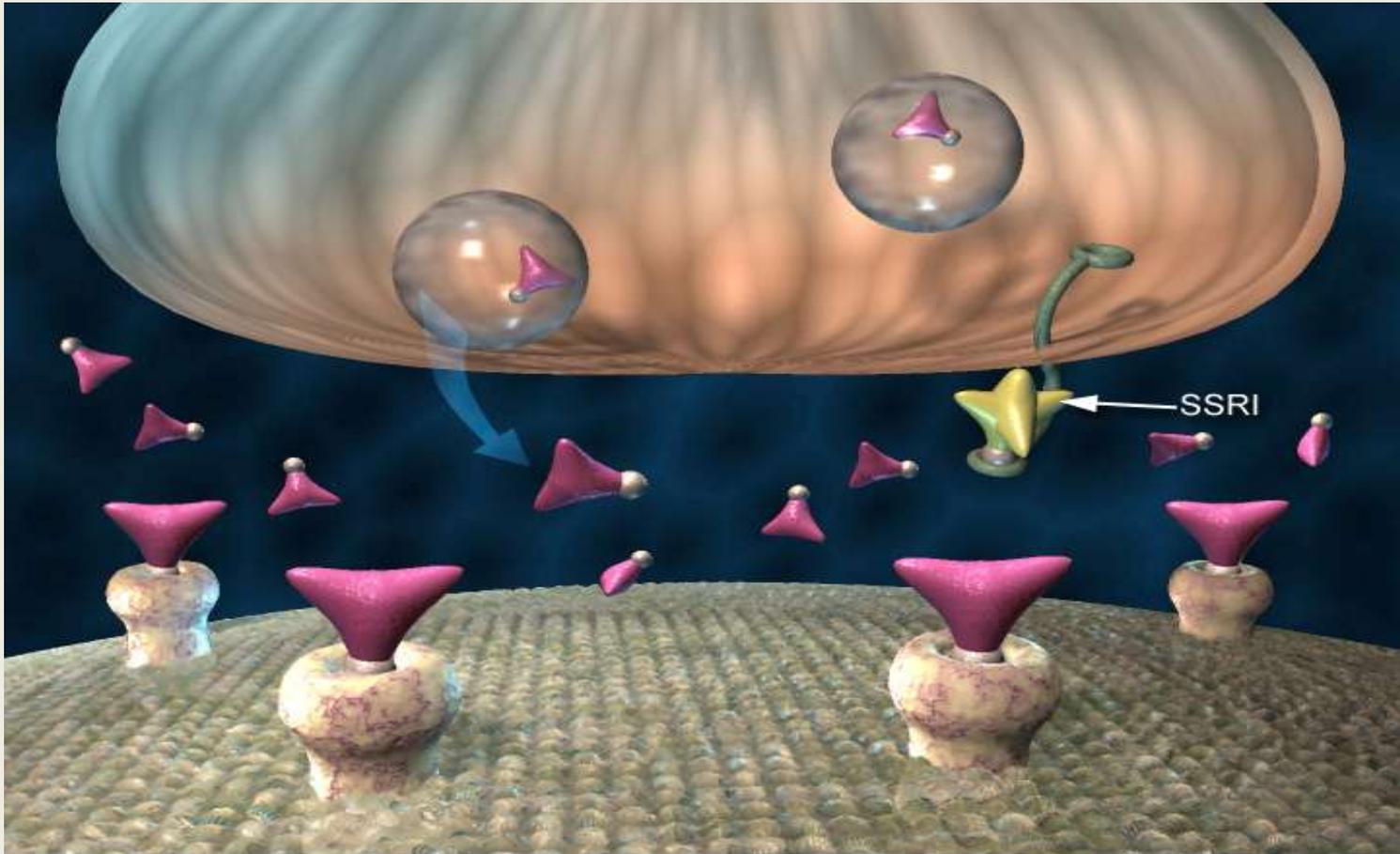
- | | |
|--|-----------------------------|
| a) Trizyklische A. | Amitriptylin (z.B. Saroten) |
| b) Tetrazyklische A. | Mirtazapin (z.B. Remergil) |
| c) Chemisch andersartige A. | Sulpirid (z.B. Dogmatil) |
| d) Serotonin-selektive A. (SSRI) | Citalopram (z.B. Cipramil) |
| e) Serotonin-Noradrenalin-selektive A. | Venlafaxin (z.B. Trevilor) |
| f) Noradrenalin-selektive A. | Reboxetin (z.B. Edronax) |
| g) MAO-Hemmer | Moclobemid (z.B. Aurorix) |
| h) Noradrenalin-Dopamin-se. A (NDRI) | Bupropion (z.B. Elontril) |
| i) Pflanzliche A. | Johanniskraut (z.B. Jarsin) |
| j) Rezidivprophylaxe | Lithium, Antiepileptika |

The Serotonin Neuron



Source: < <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching4/Teaching.html> > Used with permission.





Source: < <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching4/Teaching.html> > Used with permission.

Nebenwirkungen:

- Vegetativ/anticholinerg. Mundtrockenheit, Verstopfung, Beschwerden beim Wasserlassen, zäher Schleim
- Neurologisch (Nerven)Zittern, Müdigkeit
- Psychisch Unruhe, Kippen in Manie
- Kardiovaskulär (Herz) Blutdruckschwankungen, Pulsanstieg
- Endokrin (Hormone) Gewichtszunahme, Abnahme des sex. Verlangens und der Potenz
- Haut Ausschlag

beginnen, Ziel mind.75 mg

NW: anticholinerg

b) Mirtazapin mit 15 mg
beginnend

NW:

Gewichtszunahme! In höheren D.
antichol.

Nicht-sedierende Antidepressiva:

- a) Duloxetin mit 30 mg beginnend
NW: Übelkeit, Schwindel. Guter Effekt bei Schmerz!
- b) Venlafaxin mit 75 mg beginnend
NW: Unruhe , Hypertonie

Routinekontrollen:

- a) Bei Tetra-trizyklischen BB 2 X /Monat, bei Mianserin 1X /Woche
sonst im 1. Monat und dann halbjährlich
- b) Harnstoff, Kreatinin 1.Monat, dann alle 3 Monate
- c) LFP im 1. Monat 2x, dann monatlich
- d) RR und Puls
- e) EEG und EKG vorher und nachher QT

Literaturempfehlung:

-Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie (Benkert/Hippius),
Springer-Verlag

-Psychogenicum (*Hartmut Reinbold*), PsychoGen-Verlag

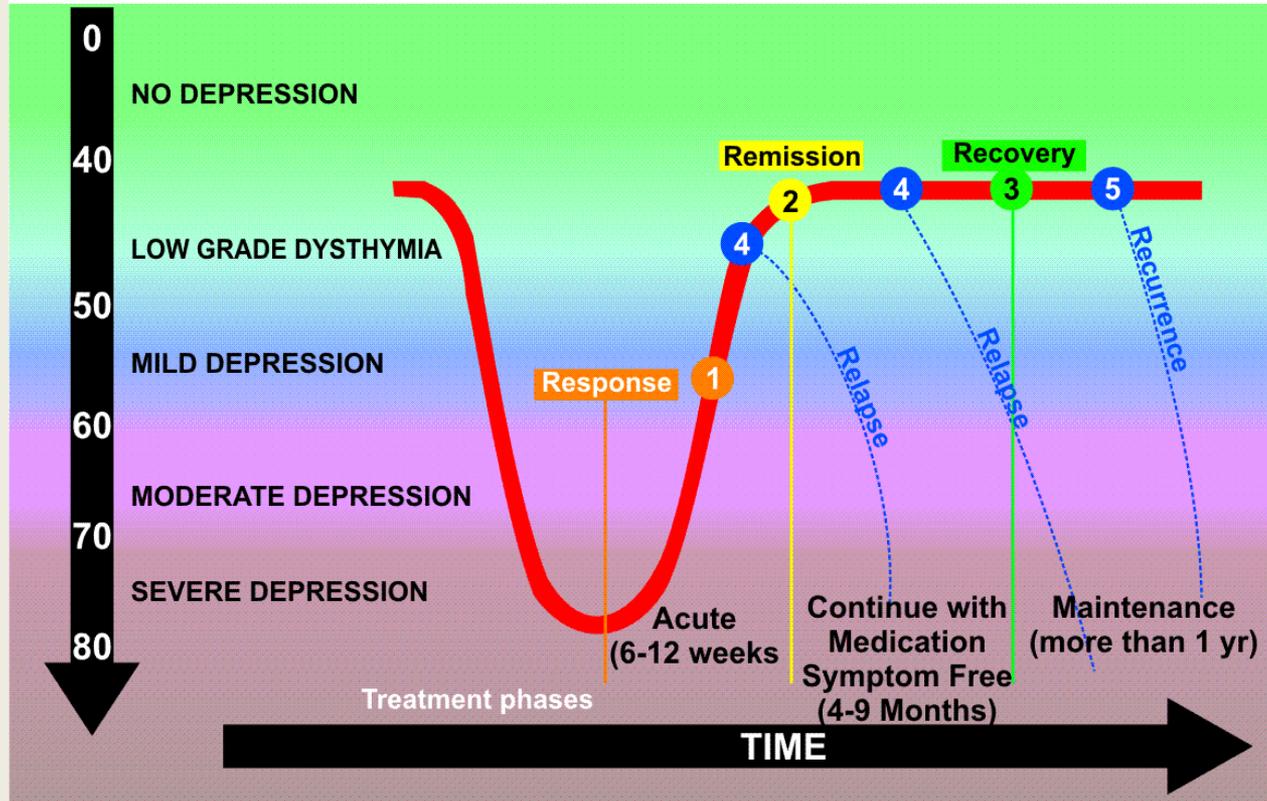
Vergleich Pharmakotherapie und Psychotherapie:

- *Psy = Komb .> Med.* [Kool & Decker (J Aff Diss 2002, Br J Psychiatry 2004)]
- *Komb. ist Einzelbehandlungen überlegen* [Hegerl et al., Eur Arch Psych Clin Neurosci 2004, 254:99-107]
- *Komb. überlegen* [Frank et al., J Clin Psychiatry 2000; 61(1) 51-57]

Allgemein:

- Antidepressiva machen nicht abhängig!
- Psychopharmaka verändern nicht die Persönlichkeit!
- „chemische Keule“ > können differenziert eingesetzt werden und wirken spezifisch
- Ab mittelgradiger Depression Komb. Med. und Therapie sinnvoll
- Bei Absetzen der Med. nicht automatisch wieder depressiv!

INDICATION HOW LONG MEDICATION SHOULD BE TAKEN



3. Schlafentzug

wird als totaler oder partieller (2. Nachthälfte) Schlafentzug durchgeführt

1-2 mal pro Woche

Wichtig: kein „Einnicken“, erst am Abend nach Schlafentzug zu Bett gehen

NW: Müdigkeit, evtl. Krampfanfall

4. Elektrokonvulsion:

Wurde 1937 von Cerletti und Bini entdeckt → Induktion eines generalisierten Krampfanfalls

Wird in Kurznarkose durchgeführt, Dauer 3-5 Sekunden

Bei der perniziösen Katatonie (hochfieberhafte Bewegungsstarre) → einzige lebensrettende Behandlungsmaßnahme

Behandlungsrisiko= Narkoserisiko

NW: leichte Gedächtnisstörungen

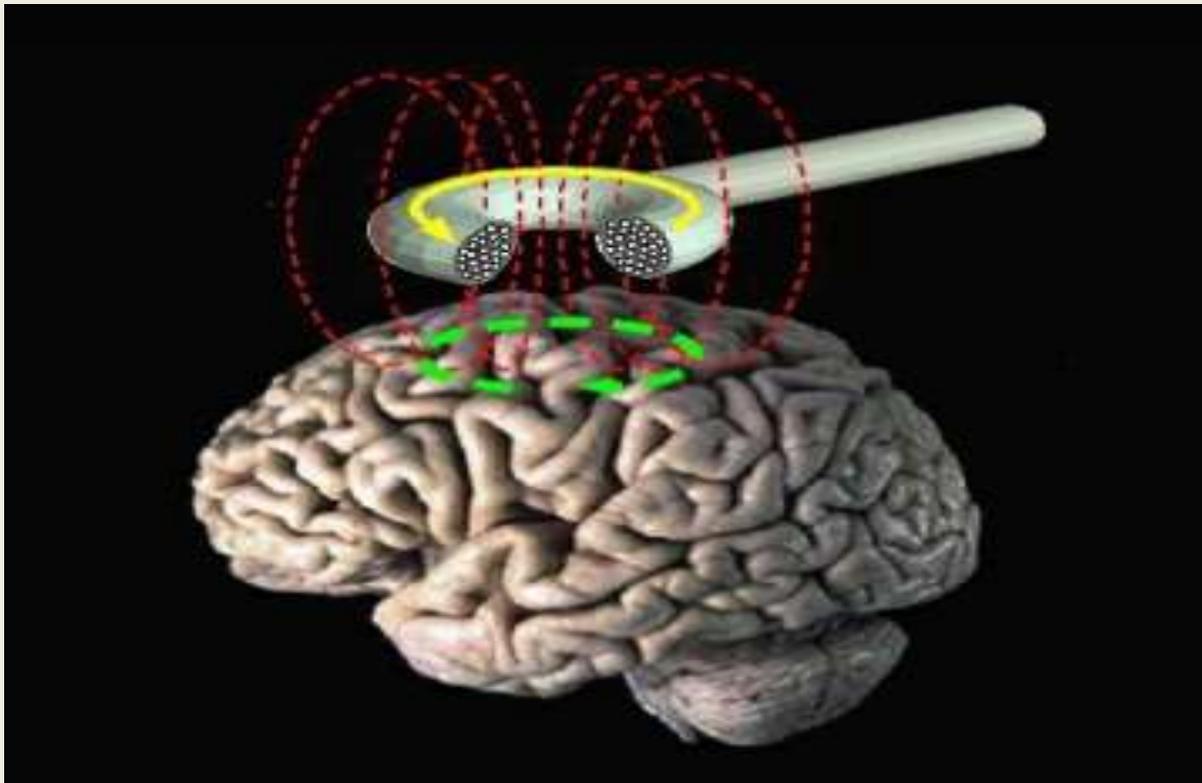
5. Lichttherapie

Wird bei saisonaler Depression (Herbst/Winter-Depression) eingesetzt:

Symptome: vermehrtes Schlafbedürfnis, Gewichtszunahme, verminderte energie, und (häufig) Kohlenhydratheihunger.

Lichtquelle:	fluoreszierendes Licht (2500-10.000 Lux)
Dauer:	2-3 Stunden tgl. fur ca. 1 Woche
Entfernung:	90 cm, mehrmals pro Minute in das Licht schauen
Wirkung:	wird ausschliesslich uber das Auge vermittelt
Nebenwirkungen:	Keine

6. Transkranielle Magnetstimulation (TMS) und Vagus-Nerv-Stimulation (VNS)



Zusammenfassung:

- Es gibt verschiedene Arten von Depression und unterschiedliche Verläufe
- Depression ist multifaktoriell bedingt
- Die Behandlung muß der Schwere und der Phase der Depression angepaßt sein
- Diagnose wichtig (Arzt oder Therapeut aufsuchen)
- Erfolgreiche Behandlung möglich:
 - Bei leichten und mittelschweren Depressionen scheint Psychotherapie und Pharmakotherapie gleichwirksam zu sein
 - Bei schweren D. Antidepressiva unverzichtbar
- Kombinationstherapie scheint Einzeltherapie überlegen zu sein