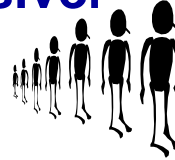


Epidemiologie depressiver Störungen

(Zimmer 2000)



- **Lebenszeitprävalenz:** Im Laufe ihres Lebens erkranken ca. 17 % der Gesamtbevölkerung an einer Depression;
- **Punktprävalenz:** Derzeit sind ca. 10 % der Gesamtbevölkerung an einer Depression (nach ICD-10) erkrankt;
- Depressionen sind mit 15 % die in der Allgemeinpraxis häufigsten psychiatrischen Störungen;
- 20 % der Depressionen nehmen einen chronischen Verlauf – und bei 30 % muss mit einem kumulativen Verlauf gerechnet werden;
- **Geschlechterverhältnis:** 2 : 1 – Doppelt so viele Frauen wie Männer, bei chronischen Verläufen: 3 : 1;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10

(Dilling et.al. 1993)

Diagnose setzt eine Dauer von mindestens 2 Wochen voraus; Das Erscheinungsbild variierte individuell erheblich, sodass die Depression oft unerkannt bleibt (insbesondere wenn körperliches Leiden oder Antriebsarmut besteht);

3 Kernsymptome:

- **Depressive, gedrückte Stimmung;**
- **Interessen- & Freudlosigkeit,**
- **erhöhte Ermüdbarkeit, verminderter Antrieb, Aktivitätsverlust;**
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit;
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven;
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen oder –handlungen;
- Schlafstörungen;
- Verminderter Appetit;



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Somatisches Syndrom bei der depressiven Störung nach ICD-10 (Dilling et.al. 1993)

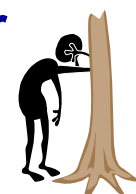


Das somatische Syndrom ist nur dann zu diagnostizieren, wenn mindestens vier der folgenden Symptome eindeutig feststellbar sind (wird bei leichten und mittelgradigen Depressionen getrennt diagnostiziert – das Vorhandensein wird bei schweren Verlaufsformen vorausgesetzt):

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

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Klassifikation depressiver Störungen nach ICD-10 (Dilling et.al. 1993)



F32: Depressive Episode (einmalig); Unterformen:

F32.0 – leichte depressive Episode (Voraussetzung: 2 Kernsymptome & mindestens 2 der restlichen Symptome);

F32.1 – mittelgradige depressive Episode (Voraussetzung: 2 Kernsymptome & mindestens 3 - besser 4 - der restlichen Symptome);

F32.2 – schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (Voraussetzung: alle 3 Kernsymptome & mindestens 4 der restlichen Symptome mit erheblicher Ausprägung);

F32.3 - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (wie F32.2 mit zusätzlichen Wahnideen, Halluzinationen oder depressiven Stupor);

F33: rezidivierende depressive Störung (wiederholte depressive Episoden mit meist vollständiger Besserung zwischen den Episoden, die häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst werden); Schweregradeinteilung:

F33.0 – gegenwärtig leichte Episode; F33.1 – mittelgradig; F33.2 – schwer /ohne psychotische Symptomen; F33.3 – schwer mit psychotischen Symptomen;

F34: anhaltend affektive Störung (anhaltende und gewöhnlich fluktuierende Stimmungsstörungen – wobei die einzelne Episoden selten ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder depressive Episoden beschreiben zu werden); Unterformen:

F34.0 – Zyklothymia (andauernde Instabilität der Stimmung – da nicht schwer ausgeprägt (= schwierig zu diagnostizieren), sind diese Patienten oft nicht in Behandlung);

F34.1 – Dysthymia (anhaltende depressive Verstimmung);

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Psychoanalytische Hypothesen bei der Behandlung der Depression I

(Reddemann 2000)



Typische Merkmale für depressive Patienten: pflichtbewusste, zu Überforderung neigende Personen; häufig liegen Trennungssituationen vor; sie klagen meist über körperliche Beschwerden und Erschöpfung und haben Angst vor der Zukunft;

- **Leithypothesen:** In allen Beschreibungen von Depressiven, wird ihr Pflichtbewusstsein und ihre Leistungsorientierung hervorgehoben; Dabei erscheint die Erkrankung so etwas wie eine Rechtfertigung zu sein, endlich nicht mehr leisten zu müssen; Depressive leiden an dem Gefühl nicht liebenswert zu sein; sie sind von klein auf bestrebt, Liebe durch Leistung zu erringen; viele Depressive sind vor Ausbruch ihrer Erkrankung besonders tüchtig gewesen und haben sich jahrelang überfordert; Psychodynamisch verstanden verhilft die Depression also dazu, den Wunsch „hab mich lieb ohne Leistung“ auszudrücken, ohne dass dieser – gefürchtete – Wunsch bewusst werden muss.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Psychoanalytische Hypothesen bei der Behandlung der Depression II

(Reddemann 2000)



Abgeleitete Hypothesen:

- Das Vorhandensein eines starken Wunsches und eine ebenso starke Angst vor diesem Wunsch, so wie sie ist, geliebt zu werden; da dieser Wunsch jahrelang frustriert wurde → viel Enttäuschung und Wut, die nicht gezeigt werden darf, aus Angst vor Ablehnung;
- Aufgrund von frühkindlichen Verlusterfahrungen, werden neuere Trennungssituationen so verarbeitet, dass sie mit unbewussten Schuldgefühlen, uneingestandener Enttäuschung & Wut so umgehen musste, dass diese gegen das Selbst gerichtet werden;
- Die massiven körperlichen Beschwerden können auf einen langen inneren (Abwehr-)Kampf hinweisen, der jetzt zusammengebrochen ist; (könnte auch unbewusster Wunsch nach Selbstbestrafung sein);
- Zukunftsangst → Versuch vergangenes Leid & Trauer abzuwehren → vergangene Enttäuschungen auf die Zukunft projiziert;
- Patientin fühlt sich als Frau nicht berechtigt erfolgreich zu sein (Vermischung mit sozialen Faktoren);

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Psychoanalytische Behandlung – Übertragung / Gegenübertragung (Reddemann 2000)



Gegenübertragung im Erstgespräch:

- Patientin wird als zarte, schutzbedürftige Person wahrgenommen.
- Analytikerin will Bewunderung vor den Erfolgen der Patientin aussprechen;
- Fühlt sich rasch als die Mutter, die sich auf das Kind freut, und es dann viel zu rasch wieder verlässt → wie wird Patientin mit der Wartezeit bis zum Therapiebeginn umgehen? Patientin hat der Frustration vorgebaut → sie sei vernünftig und würde es einsehen → eingeübte Muster, die es ihr nicht erlauben sich einzugestehen, dass sie lieber schneller kommen würde. Patientin soll für das Gutachterverfahren eine Biographie schreiben → Übergangsobjekt;
- Fühlt sich als der Vater, der die Leistungen bewundert;
- Fühlt sich als der Bruder, der in Bezug auf den akademischen Laufbahn weniger erreicht hat.
- Analytikerin stellt Vergleiche mit der eigenen Geschichte an → Identifikation;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Psychoanalytische Behandlung – Abwehrmechanismen (Reddemann 2000)

Abwehrmechanismen als Anpassungsleistung des Ich → Coping-Strategie oder Ressource;

häufigste Abwehrmechanismen bei der Depression:

- Neben Verdrängung,
- Reaktionsbildung,
- Verkehrung ins Gegenteil,
- Wendung gegen das Selbst und
- Somatisierung;



Je mehr ein unreifes Ich involviert ist (z.B. Borderlinestörungen), treten

- Projektions- und Spaltungsmechanismen,
- frühe Introjektion und
- reifere Identifikationen auf;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Indikation kognitiver Verhaltenstherapie (Zimmer 2000)

Indikationen:

- Reaktive Depressionen;
- Neurotische Depressionen;
- Atypische Depressionen;
- Chronischer Verlauf;
- Therapieresistenz auf Antidepressiva;
- Ambulantes wie stationäres Setting;
- Einzel- wie Gruppensetting;
- Geriatrische Patienten mit Modifikationen;



Kontraindikation:

- Psychotische Symptome (Wahn oder Halluzination);
- Bipolare Depression;
- Extreme Retardierung ohne Stupor;
- Gleichzeitige EKT-Therapie;
- Primäre Angststörungen und primäre Abhängigkeit bzw. Missbrauch von Alkohol oder Sedativa;



(Da nicht empirisch geprüft)

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Ziele des Erstgesprächs bei kognitiver Verhaltenstherapie

(Zimmer 2000)

- Aufbau eines guten affektiven Rapports: Empathie, Wärme, Zusammenfassen und Validierung;
- Überblick über die Hauptbeschwerden und deren Entwicklung: Strukturiert in die Breite fragen: Gibt's noch was, was Sie belastet?
- Einschätzung des Suizidrisikos und damit zusammenhängende Gedanken;
- Klärung der häufig auftretenden Hoffnungslosigkeit & ggf. Einleitung von Sofortmassnahmen;
- Informationen über die gegenwärtige Lebenssituation;
- Von den Klagen zum Zielproblem: Statt Beschwerden, Probleme & Ziele formulieren → Basis für Problemanalyse: hierarchische, funktionale Einheiten ordnen;
- Störungsspezifische Diagnostik entsprechend der Modelle zur Aufrechterhaltung & Ätiologie depressiver Störungen - Zusammenhang zwischen Emotion, Gedanken, interaktionellem und Verhalten eruieren;
- Fokussieren & Präferenzen für die Reihenfolge des Angehens mit dem Patienten gemeinsam setzen. Kurzfristig ist aktuelle Entlastung notwendig, während längerfristig die Bearbeitung der zentralen Probleme und kognitiv-emotionalen Schemata notwendig ist. Leitlinie dabei ist der Affekt: Welches Problem ist am besten zugänglich;



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Kognitionstheoretische Modelle der Depression I: Gelernte Hilflosigkeit

(Zimmer 2000)

Kognitionen: bezeichnen Prozesse, durch welche innere & äußere sensorische Reize umgewandelt, reduziert, elaboriert, gespeichert, wiedererkannt & verwertet werden;



- **Modell der gelernten Hilflosigkeit** (Seligman 1975): Annahme: Menschen entwickeln durch die Erfahrung der Nichtbeeinflussung & Nichtvorhersagbarkeit vor allem aversiver Ereignisse eine Einstellung der Hilflosigkeit, die eine depressive Symptomatik zur Folge hat. Die subjektive Ursachenzuschreibung (Kausalattribution) ist dabei entscheidend: Depressive suchen die Ursachen für Misserfolge eher bei sich (internal vs. external), schreiben diese öfter zeitlich überdauernden Persönlichkeitszügen zu (stabil vs. variabel) & generalisieren eher auf ihre „Unfähigkeit“ statt auf Situationspezifika (global vs. spezifisch);

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Kognitionstheoretische Modelle der Depression II: Kognitive Theorie

(Zimmer 2000)

Kognitive Theorie (Beck, 1976): Depression wird als Folge verzerrter kognitiver Strukturen & fehlerhafter Informationsverarbeitung auf 3 Ebenen gesehen:

- Die kognitive Triade automatischer Gedanken (betreffen Denkinhalte) bezeichnet eine negative Sicht der eigenen Person, der Umwelt und die Zukunft;
- Schemata sind als grundlegende Organisationseinheiten relativ stabile kognitive Muster (struktureller Aspekt). Diese entwickeln sich im Laufe des Lebens & sind latent vorhanden, bis sie durch interne oder externe Stressereignisse im Sinn eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells oder durch einen Affekt, der dem der Ursprungssituation gleich oder ähnlich ist, erneut aktiviert werden. Sie sind gleichzeitig Produkt wie Produzent der Individuums-Umgebungsinteraktionen. Schemata bestimmen die Wahrnehmungsselektion & beeinflussen die Verarbeitung & Interpretation von Erfahrungen & steuern so Erleben & Verhalten. Gleichzeitig werden sie durch das Wahrgenommene angereichert, differenziert & modifiziert. → Suche nach Schlüsselkognitionen bzw. Grundannahmen;
- Systematische formale Fehler im Prozess der Informationsverarbeitung: arbiträre Inferenz, Übergeneralisierung, selektive Abstraktion, Personifizieren; dichotomes, absolutistisches Denken, Magnifizieren der Leistungen anderer und Minimieren der eigenen sowie „Sollte-Tyrannen“.



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Kognitionstheoretische Modelle der Depression III: (Zimmer 2000)



- Das **Selbstregulationsmodell** (Kanfer & Hagermann, 1981): Depression wird als Folge einer gestörten Selbstregulation gesehen: a) In der Selbstwahrnehmung nehmen sie selektiv negative Aspekte wahr & blenden positive aus; b) In der Selbstbewertung setzen sie sich unrealistisch hohe Ziele → Überforderung & können sich infolgedessen relativ selten für erreichte Ziele positiv bewerten; c) Bei der Selbstverstärkung überwiegt das Bestrafungsprinzip für Fehler/Unerreichtes - Selbstbelohnung ist rar;
- Das **Verstärker-Verlust-Modell** (Lewinsohn) sieht Depression als Folge mangelnder positiv verstärkender Erfahrungen & Aktivitäten bzw. dessen Verlust. Mögliche Fragen: Aktuelle oder frühere unbewältigte Verluste? Derzeit befriedigende Erlebnisse, Tätigkeiten? Welche Fähigkeiten & äußere Ressourcen sich selbst angenehme Erlebnisse zu verschaffen (Interessen, Hobbies, etc).
- Das **Modell der sozialen Kompetenz** (Bellack et.al. 1981) sieht soziale Fertigkeiten als eine Vorbedingung für befriedigende Beziehungen & damit für soziale Verstärker – oder umgekehrt – deren Mangel als depressionsfördernder Faktor; Können Wünsche & Bedürfnisse in Beziehungen z.B. nach Geborgenheit & Nähe oder Autonomie & Distanz eingebracht werden, Gefühle der Zuneigung oder Enttäuschung und des Ärgers verbal & nonverbal geäußert werden sowie Konflikte angesprochen & geklärt werden?

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie I

(Zimmer 2000)



Primär gegenwarts- & ressourcenorientiert arbeiten:

- Grundprinzipien der therapeutischen Beziehung: Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung durch Empathie, Geduld & Wertschätzung → Vertrauen; Zielsymptome (in Abhängigkeit von Aktualität & Intensität) der Reihe nach abarbeiten. Möglichst früh sollte kleine Erfolge erzielt werden, um die Hoffnungslosigkeit entgegenzuwirken; Ziele der 1. Phase: neben Symptome sollen interaktionale Besonderheiten wahrgenommen sowie Hoffnungen & Befürchtungen geklärt werden; gemeinsames Krankheitsmodell entwickeln (oft schlechte Therapieerfahrungen); Therapieplan & Prioritäten (beachte Leitaffekte) setzen; Methoden: Sokratische Dialog, um subjektive Bedeutungen zu erfassen; Empirischer Dialog: negativ verzerrter Wahrnehmungen in der Realität prüfen; Hausaufgaben → Transfer in Alltag sichern;
- Die Anregung befriedigender & verstärkender Aktivitäten: Insbesondere bei motivationaler Hemmung, Passivität, Anhedonie – dem VERLUST DER GENUSSFÄHIGKEIT – ist der Weg der kleinen Schritte indiziert; Durch genaue Beobachtung soll der Zusammenhang zwischen Alltagsaktivitäten und Befinden analysiert werden; Welche erste Schritte versprechen Hoffnung auf Erfolg & Stimmungsbesserung? Kontinuierliche Steigerung des Aktivitätsniveaus;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Bearbeitung der Anhedonie in der kognitiven Verhaltenstherapie (Zimmer 2000)



Ziel:

- Selbstbeobachtung von Aktivitäten & Stimmung;
- Zusammenhänge erkennen +/-;
- Erfassung von Zielaktivitäten (z.B. soziale Kontakte, Interessen);
- Erfolgswahrnehmung;
- Längerfristige Pläne einbeziehen;

Methoden:

- Wochenplan (Erfolgs- & Vergnügen-Technik bzw. Stimmungskala oder Strichlisten);
- Exploration affektiv relevanter Situationen & negative Gedanken; Widerstandsanalyse;
- Stimmungskurven;
- Tübinger Anhedonie-Fragebogen (TAF) & andere Verstärkerliste (PES usw.);
- Gestufte Aufgaben;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Depression: Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie II

(Zimmer 2000)



- Änderung von Kognitionen bzw. kognitiv-emotionaler Schemata Grundprinzipien: Bei Wahrnehmungsverzerrungen – insbesondere negative Kognitionen - sollte die kognitive Triade (Selbst/Umwelt/Zukunft) analysiert und modifiziert werden; Ziel: funktionale & realitätsgerechte Informationsverarbeitung und Modifizierung der Schematas; Durch affektive Verankerung der Schematas und automatisierten Vermeidungsverhalten halten sich Schematas selbst aufrecht → Weg der kleinen Schritte, Anregung zu Gegenerfahrungen; Methoden, z.B.: Sokratische Dialog, Differenzierung, Distanzierung, Disattribution, Reattribution, Realitätstesten, Aufmerksamkeitslenkung auf positive Selbstkonzeptanteile; Die Erweiterung sozialer Fertigkeiten: Ziel: Aufbau langfristig beidseitig verstärkender Beziehungen; Mögliche Problembereiche: Wahrnehmung & Äußern persönlicher Wünsche, Bedürfnisse, Zuneigung, Ärger, Trauer & Enttäuschung; Ablehnen unberechtigter Forderungen & Setzen von Grenzen; konstruktiver Umgang mit Kritik; Methoden: Rollenspiel, systematische Rückmeldung & Verstärkung; Äußerung von Bedürfnisse im geschützten Rahmen üben;
- Einbeziehung des engsten Angehörigen → Durchbrechung des Circulus vitiosus;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Chronische Depression: Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie

(Zimmer 2000)



- Setting, Dauer & Verlauf: Um beidseitige Demoralisierungen zu vermeiden, muss der Therapeut auf Selbstwertproblem, Passivität & Motivationsprobleme & langsame Fortschritte vorbereitet sein; intensivere Kontaktdichte & Milieueränderung (stationär) können indiziert sein;
- In der therapeutischen Beziehung spiegeln sich die chronifzierten Schemata & sind immer wieder zentrales Thema. Stabilität, Geduld & realistisches Optimismus sind notwendig gegen den Ansteckungsgefahr von Hilflosigkeit & Resignation;
- Therapiekonzept & Kooperation: Gerade bei chronischen Verläufen wird – durch komplexere Symptomatik – mehr Zeit und sorgfältige Analyse der funktionellen Zusammenhängen nötig → mehrere, gut kooperierende Therapeuten (stationär);
- Therapieelemente: Oftmals bedarf es - wegen der hohen Komorbidität mit zusätzlicher Angst- oder Abhängigkeitssymptomatik - zusätzliche Verfahren;
- Interaktionelle Probleme (z.B. Familiendynamik - Nähe/Distanz- bzw. Un-/Abhängigkeitsprobleme) bilden häufig aufrechterhaltende Faktoren, die mit klarer, respektvoller Kommunikation bearbeitet werden müssen;
- Kombinationstherapie mit Psychopharmaka sollte grundsätzlich erwogen werden;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de