

Volkkrankheit Depression

(Seminar A 04)

Thomas Wübbena
Facharzt für Psychiatrie
Psychotherapeut

(Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch-fundiert)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Liebigstraße 21, 35037 Marburg
t.wuebbena@aerztehaus-marburg.de



Übersicht



1. Volkkrankheit Depression?
2. Differentialdiagnostik anhand eines Fallbeispielles
3. Medikamente
4. kognitive Verhaltenstherapie
5. Lichttherapie, EKT, rTMS

Volkkrankheit Depression?



THEMEN DER ZEIT

Psychische und Verhaltensstörungen

Die Epidemie des 21. Jahrhunderts?

Der Erhalt oder die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden.

Andreas Weber¹, Georg Hörmann², Volker Köllner³

krankungen unter 18- bis 65-jährigen deutschen Erwachsenen (*Tabelle 1*) (1). In den Industrienationen kommt depressiven Störungen als Ursache einer eingeschränkten

Faktoren in letzter Zeit vermehrt auch Stressoren aus Gesellschaft und Arbeitswelt (etwa Primat der Ökonomie, anhaltend hohe Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit, diskontinuierliche Erwerbskarrieren) diskutiert. Anzunehmen ist, dass es einen Zusammen-



n-tv.de

Donnerstag, 11. Mai 2006

Arbeitslose sind anfälliger

Depression wird Volkskrankheit

Die Zahl der Krankenhauspatienten mit Depressionen hat nach Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) in den vergangenen vier Jahren um 40 Prozent zugenommen. Insgesamt sei 2004 bei fast zehn Prozent der GEK-versicherten Frauen und knapp vier Prozent der versicherten Männer die Diagnose Depression gestellt worden, berichtete die Kasse am Donnerstag in Berlin. Als Ursachen für den Anstieg sieht die Kasse unter anderem steigende wirtschaftliche Belastungen und zunehmenden Stress bei den Patienten, aber auch einen ungesunden Lebensstil mit Rauchen, falscher Ernährung und Bewegungsmangel. Die GEK versichert bundesweit 1,53 Millionen Menschen.

Die Experten beobachten nach GEK-Angaben einen deutlichen Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation der Versicherten und Depressionen. So hätten etwa Versicherte, die über der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, ein um 25 Prozent geringeres Risiko für eine Depressionsdiagnose als Pflichtversicherte. Und Arbeitslose besäßen im Durchschnitt ein etwa doppelt so hohes Depressionsrisiko wie Erwerbstätige, stellte die Psychiaterin Anke Bramesfeld von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) fest, die ein entsprechendes Fachbuch der GEK mit herausgegeben hat.

Eine weitere epidemiologische Besonderheit stelle die geographische Verteilung dar. Die Diagnoseraten in den östlichen Bundesländern liegen zwischen 20 bis 40 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Auch mit zunehmendem Alter steigt den Angaben zufolge die Zahl der Depressionen. Von den 80-jährigen Frauen unter den GEK-Versicherten habe jede fünfte die entsprechende Diagnose erhalten. "Bei dieser Verbreitung muss von einer Volkskrankheit gesprochen werden", kommentierte der MHH-Epidemiologe Friedrich Wilhelm Schwartz, ebenfalls Mitherausgeber des GEK-Fachbuchs.

Psychische Erkrankungen seien der häufigste Grund für die Frühverrentung, betonte der GEK-Vorstandsvorsitzende Dieter Hebel. Das mache die Bekämpfung von Depressionen auch zu einem volkswirtschaftlichen Anliegen. "Es wird deutlich, dass das Versagen von Wirtschaft und Politik, die seit den 70er Jahren nicht annähernd den Zustand der Vollbeschäftigung erreicht haben, erhebliche gesundheitliche Folgen hat", sagte der Kassenchef weiter.

Volkkrankheit Depression?

Komorbidity:

bis zu 70 % bei Herzinfarkt, Diabetes, Schlaganfall

⇒ dadurch höhere Mortalität (Bergländler T; Depression, 2005)

⇒ 4-fach höhere Mortalität innerhalb von 5 Jahren bei neu auftretender Depression (Grace, Am J Cardiology 2005)

WHO:

Depression wird im Jahr 2020 weltweit den 2. Rang unter den Ursachen für Behinderungen einnehmen!!

Krankenstand:

allgemeiner Krankenstand: 1997: 4,19 % (DAK)

2004: 3,39 % (DAK)

Krankenstand wegen psychischer Erkrankungen im gleichen Zeitraum: + 70 % (DAK)

Volkkrankheit Depression?

- **1/3** der Frühberentungen erfolgen inzwischen aufgrund psychisch bedingter Erwerbsminderung (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)
- Nur **50 %** der Depressionen werden in der Primärversorgung richtig diagnostiziert (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003)
- Davon werden höchstens **40 %** einer depressionsspezifischen Therapie zugeführt (DAK)
- Dauer vom Beginn der Erkrankung bis Beginn Behandlung:
(DAK,2005)

~ 7 Jahre

Differentialdiagnostik

Fall 1:

Frau H., 38 Jahre, verheiratet, 1 Kind kommt zu Ihnen und berichtet darüber, dass sie seit 2 Monaten schnell weine, jeden Tag als unüberwindbaren Berg erlebe. Sie könne sich an kaum noch etwas erfreuen. Selbst ihre Hobbies Garten und Reiten wären ihr eine Last. Sie erlebe sich als schlechte Mutter, da sie auch gegenüber ihrem Kind kaum noch positive Gefühle erlebe. Sie benötige 2-3 h zum Einschlafen, wache oft nachts grübelnd auf und könne ab 4 Uhr gar nicht mehr schlafen. Appetitverlust. Kopf- und Rückenschmerzen.

Differentialdiagnostik

Woran denken Sie?

- Depressive Episode
- Rezidivierende depressive Störung
- Bipolar I und Bipolar II Störung
- Anpassungsstörung
- Komorbide Depression bei Angststörung, ADHS
- Somatische Erkrankung
 - Hypothyreose,...
- ...

Differentialdiagnostik

Problem:

- Wie soll man an das alles denken?

Lösung:

- Jeder braucht eine Struktur für das Erstgespräch

Volkskrankheit Depression

1

Erstinterview:

1. Aktuelle Symptomatik:

Wann kommen Sie her?

Tagesblatt?

Ziele der Therapie:

2. Symptengeschichte:

Psychische und somatische Vorbehandlungen (ant. som. Dauer-Einrichtung etc.) Suizidversuche

Somatische Vorerkrankungen:

3. Aktuelle Lebenssituation:

Wohnort und -situation, Korum, ausstehende Veränderungen

Berufschaft, Familienstand (Schleissner), Kinder (Geschlecht), Versorgung der Kinder während des stationären Aufenthaltes

Finanzielle Situation, Einkommen, Schulden

Ausbildung Beruf

Berufliche Situation, ausstehende Veränderungen (Kündigung, Schwerfälligkeit, Arbeitslosigkeit etc., Krankmeldungen)

Schuldschuld, Note

Reiseverfahren, EU, BU, MDE

Rechtsmittelverfahren, Gerichtsverfahren, Gerichtsverfahren

Erstinterview 30.05.0617.33

1

Sozialkomitee, Hobby

Relation

4. Biographische Daten:

Geburtsort

Geschwister

Mutter

Vater

Familienanamnese hinsichtlich psychischer Erkrankungen und Suizidversuche

5. Vegetative Anamnese:

Sucht- und Medikationsanamnese

Alkohol: Menge, Häufigkeit

Nikotin

Drogen: genaue Angaben (was?), Menge, Häufigkeit

Medikation (antipsy., Tranzquilizer, Appetitzügler, Laxantien, Diuretika)

Schlaf

Gewicht – hier Essstörungen abfragen

6. Psychischer Befund:

Außerer Erscheinungsbild (Kleidung, Schmutz, Frisur, Körper, Geruch, Mund, Stimme)

Sprachverhalten

Bewusstsein, Orientierung

Kontak., Auffass., Merkf., Ged.

Formales Denken, Zwänge, Ängste, Befürchtungen

Wahr., Halluzinationen, Ich-Störungen

Affekt

Atrieb

Psychosomatik

Zirkuläre Besonderheiten

Suizidnähe

Selbstverletzendes Verhalten

Familiäres Verhalten

Überweisung erfolgte durch _____, kurzer Brief an _____

Erstinterview 30.05.0617.36

Differentialdiagnostik

Testdiagnostik (Screening)

- PHQ-d (WHO)
- BDI

Testdiagnostik

PHQ-d

- Screeningverfahren für Hausarztpraxen
- Screening für die wesentlichen seelischen Erkrankungen:
 - Angststörungen
 - Depression
 - Essstörungen
 - Somatoformes Syndrom
 - Alkoholabhängigkeit

Testdiagnostik

BDI (Becksches Depressionsinventar)

- Schnell durchzuführen (Dauer: ~ 5 min)
- Als Screeningverfahren gut zu verwenden
- Geeignet für die Verlaufskontrolle

Becksches Depressionsinventar

(Seite 1)

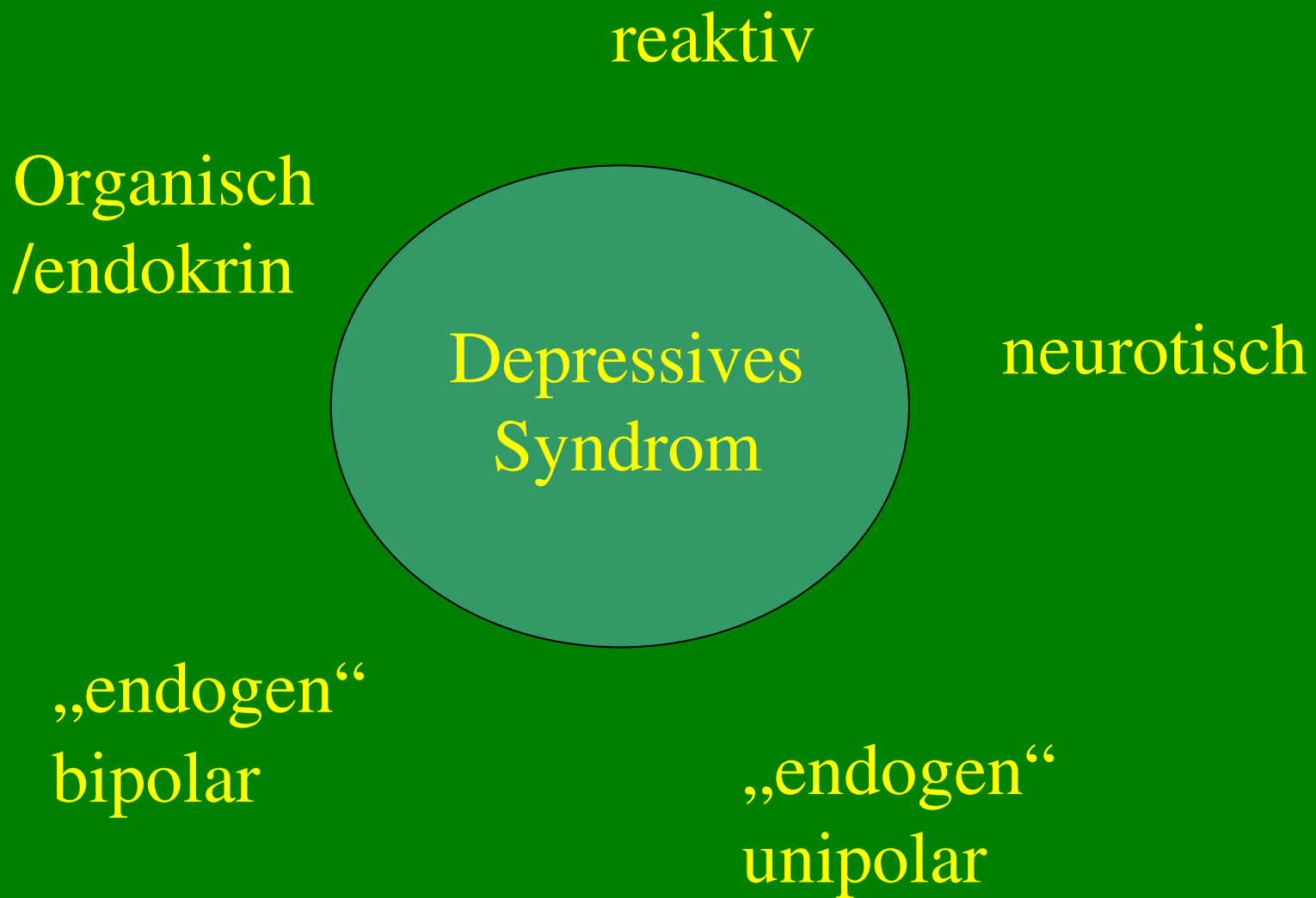
BDI

Code-Nr. _____

Die folgenden beiden Seiten enthalten Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Kreuzen Sie die eine Aussage jeder Gruppe an, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben! Falls mehrere Aussagen in einer Gruppe gleichermaßen zuzutreffen scheinen, können Sie auch mehrere Ziffern ankreuzen. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

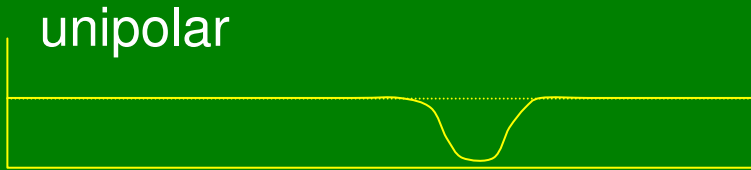
- | | | |
|----------|--|--|
| A | 0 Ich fühle mich nicht traurig. | 2 Ich finde mich fürchterlich. |
| | 1 Ich fühle mich traurig. | 3 Ich hasse mich. |
| | 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. | H |
| | 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage. | 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen. |
| B | 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft. | 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler oder Schwächen. |
| | 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft. | 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel. |
| | 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. | 3 Ich gebe mir für alles die Schuld was schiefliegt. |
| | 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann. | I |
| C | 0 Ich fühle mich nicht als Versager. | 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun. |
| | 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt. | 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, ich würde es aber nicht tun. |
| | 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge. | 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen. |
| | 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein. | 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte. |
| D | 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher. | J |
| | 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher. | 0 Ich weine nicht öfter als früher. |
| | 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung mehr ziehen. | 1 Ich weine jetzt mehr als früher. |
| | 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt. | 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit. |
| E | 0 Ich habe keine Schuldgefühle. | 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte. |
| | 1 Ich habe häufig Schuldgefühle. | K |
| | 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle. | 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst. |
| | 3 Ich habe immer Schuldgefühle. | 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher. |
| F | 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. | 2 Ich fühle mich dauernd gereizt. |
| | 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu sein. | 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr. |
| | 2 Ich erwarte, bestraft zu werden. | L |
| | 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu gehören. | 0 Ich habe nicht das Interesse an anderen Menschen verloren. |
| G | 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht. | 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für andere Menschen als früher. |
| | 1 Ich bin von mir enttäuscht. | 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren. |
| | | 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren. |

Ätiologie (Ursachen) depressiver Störungen

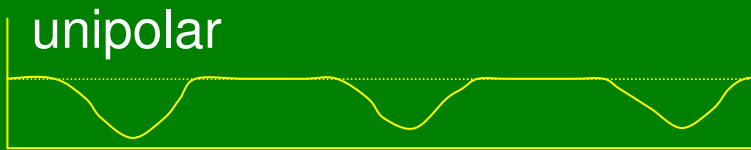


Hauptformen affektiver Störungen

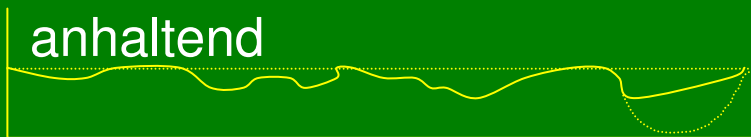
Volkkrankheit Depression



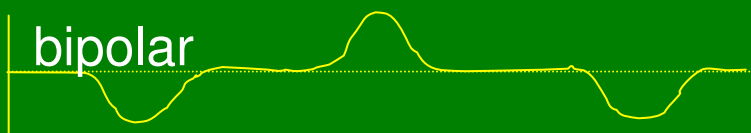
Major Depression,
Einzelne Episode



Major Depression,
Rezidivierend



Dysthymia



bipolare affektive Störung

Depressives Syndrom

- Video 1

Depressives Syndrom

- **Affekte:**

gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, Resignation

- **Denken:**

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Denkhemmung, Gedankenkreisen, Grübeln, Interessenverlust, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

- **Video 2**

Bei schweren depressiven Störungen zusätzlich psychotische Symptome (depressiver Wahn)

Depressives Syndrom

- **Antrieb:**
psychomotorische Hemmung, Antriebslosigkeit, gelegentlich Agitiertheit
- **Selbstgefühl**
vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit, Suizidgedanken
- **Vegetative Symptome, Vitalgefühle**
Schlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, Müdigkeit, Energie- und Kraftlosigkeit, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Obstipation, Libido- und Potenzstörungen, Schmerzen

Antidepressiva



- **Trizyklische („alte“) AD** (Amitriptylin, Doxepin)
- **MAO-Hemmer** (Moclobemid, Tranycypromin)
- **SSRI** (Sertralin, Citalopram, Paroxetin)
- **SNRI** (Reboxetin, Atomoxetin)
- **SSNRI** (Venlafaxin, Duloxetin)
- **Alpha-2-Antagonisten** (Mirtazapin)
- **Pflanzliche Präparate** (Johanniskraut)

Wirkmodelle:

1. Erhöhung von Serotonin und/oder Noradrenalin
2. Triggerung einer gemeinsamen „Endstrecke“
 - Herunterregulation präsynaptischer Alpha-2-Rezeptoren
 - Herunterregulation postsynaptischer Beta-Rezeptoren
3. Veränderungen in den Second-Messenger- Systemen wie
 - cAMP
 - Proteinkinasen
4. Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF)
5. Steigerung der Nervenzellneubildung (Neuroneogenese) im Hippocampus



Trizyklische Antidepressiva



- **Typische Vertreter: Saroten[®], Aponal[®]**
 - Gut antidepressiv wirksam
 - Lange bekannt
 - billig

Trizyklische Antidepressiva



- **Typische Vertreter: Saroten[®], Aponal[®]**

Aber:

- Häufig Nebenwirkungen (Mundtrockenheit, Obstipation, Herzrhythmusstörungen)
- Mittel zur Selbsttötung!
- Schwierige Dosisfindung

SSRI (*selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer*)



- **Typische Vertreter: Zoloft[®], Fluctin[®], Cipramil[®]**
 - Gut antidepressiv
 - Relativ lange bekannt
 - Kaum Probleme in der Dosierung
 - Wenig Nebenwirkungen
 - Fast keine Selbsttötung möglich



SSRI (*selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer*)

- Typische Vertreter: Zoloft[®], Fluctin[®], Cipramil[®]

Aber:

– teuer

SSNRI (*Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer*)



- **Typische Vertreter: Trevilor[®], Cymbalta[®]**
 - Dualer Wirkmechanismus evtl. wirksamer
 - Sonst wie SSRI:
 - kaum Probleme in der Dosierung
 - Wenig Nebenwirkungen
 - Fast keine Selbsttötung möglich

SSNRI (*Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer*)

- Typische Vertreter: Trevilor[®], Cymbalta[®]

Aber:

- Sehr teuer

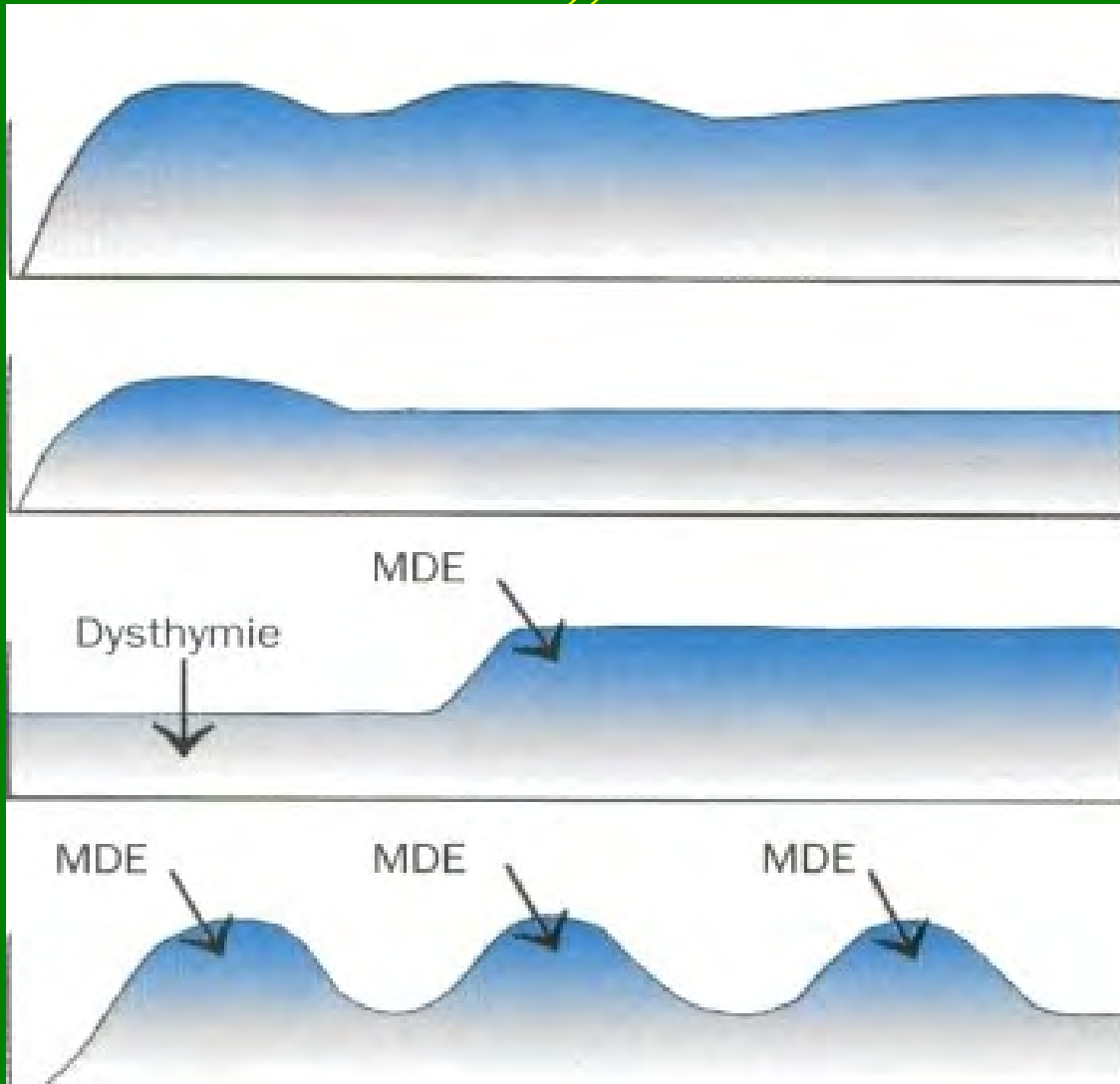


Wechselwirkungen

Relevante Cytochrom-P-450 Isoenzyme

	1A2	2C9	2C19	2D6	2E1	3A4
Fluoxetin	+	++	++	++++	k.A.	+
Fluvoxamin	++++	++	+++	++	k.A.	+++
Paroxetin	++	++	++	++++	k.A.	++
Sertralin	++	++	++	++	k.A.	+
Es/Citalopram	-	-	-	+	-	-
Venlafaxin	-	-	-	-	k.A.	-
Duloxetin	+	-		+	k.A.	-
Mirtazapin	-	-	-	+	k.A.	-

Problem: „chronische Depression“



Chronische MDE

Dysthymie

Double Depression

MDE mit unvollständiger Remission

Zeitverlauf

Problem: „chronische Depression“

- 20 – 35 % aller Depressionen
- Punktprävalenz: 3-5 % (USA)
- Nur 10 % Spontanremission
- Hohe Komorbidität
- Psychosoziale und berufliche Beeinträchtigung ↑
- Suizidversuche ↑
- Stationäre Aufenthalte ↑
- 70 % Beginn vor dem 21 LJ. („Early onset“)
- Ungünstiger als „late onset“
- 60 % frühes Trauma bzw. ausgeprägte Belastungen

Problem: „chronische Depression“

„chronische“ Depression

oder

unzureichend behandelt?

Häufige Fehler:

- Zu kurz behandelt
- Zu niedrig dosiert
- Nicht gewechselt

Problem: „chronische Depression“

- Zugabe von Mirtazpin (Carpenter, J Clin Psychiatry, 1999)
- Hochdosisbehandlung mit Venlafaxin (Poiriere, Boyer Br J Psychiaty 1999)
- Zugabe von Lithium (Fava, Am J Psychiatry, 19i94)
- Zugabe von SD-Hormonen (z.B. Joffe, 1990 Psychiatry Research)
- Zugabe von atypischen Neuroleptika
- Zugabe von Lamotrigen (Maltese, Am J Psychiatry 1999)
- EKT

Kognitive Depressionstheorie nach Beck



Charlie Browns depressive Gefühle sind verursacht durch Denkfehler wie willkürliches Schlußfolgern.

Das kognitive Modell

Primäre Grundüberzeugung/Schema

„Ich bin inkompetent“



Sekundäre Grundüberzeugung

„Wenn ich etwas nicht völlig verstehe, bin ich blöd“



Situation →

Ein Buch lesen

Automatischer Gedanke → Reaktion

Das ist zu schwer

emotional

Traurig

Behavioral

Buch schließen

Physiologisch

Bauchschmerzen

Kognitive Depressionstheorie nach Beck

1) Konzept der kognitiven Triade:

- Negative Wahrnehmung und Bewertung ..
 - ... der eigenen Person
 - der Umwelt
 - der Zukunft

2) Dysfunktionale Schemata

- dominieren das Denken und werden autonom
- Es handelt sich um stereotype automatische Muster

3) „Denkfehler“

- Übertreibungen
(„Das ist eine Katastrophe“, „Das schaffe ich nie“)
- Übergeneralisation
(aufgrund mehrerer isoliert betrachteter Vorfälle wird dies unterschiedslos auf Situationen angewendet)
- Maximierung und Minimierung
(Verzerrung von Bedeutung)
- Personalisierung
(äußere Ereignisse auf sich bezogen)
- Verabsolutiertes, dichotomes Denken
- Emotionales Begründen

Kognitive VT der Depression

Kognitive Umstrukturierung I

Es wird versucht, diese Denkschemata ...

- in ganz konkreten Zusammenhängen zu erkennen
- die Verbindung des Denkens zu den Gefühlen und körperlichen Symptomen herauszufinden
- die Angemessenheit und den Realitätsgehalt der (depressiven) Gedanken zu hinterfragen und im Alltag zu testen.

Kognitive VT der Depression

Kognitive Umstrukturierung II

Hilfsmittel:

- Gedankenprotokolle
- „Sokratischer Dialog“
- andere

Volkskrankheit Depression

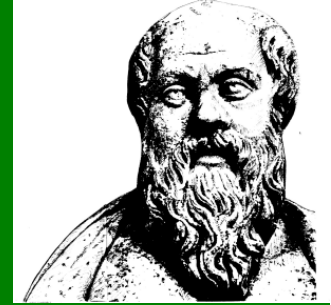
Datum	Situation	Gefühle	Automatische(r) Gedanke(n)	Rationale Antwort	Resultat
	Beschreiben Sie: 1. Das tatsächliche Ereignis, das zu unangenehmen Gefühlen führte, oder 2. Die Gedankengänge, Tagträume oder Erinnerungen, die zu unangenehmen Gefühlen führten.	1. Benennen Sie das Gefühl (traurig, ängstlich, ärgert, etc.) 2. Stufen Sie die Intensität des Gefühls auf einer Skala 1- 100 ein	1. Notieren Sie den (die) automatische(n) Gedanken, der (die) den Gefühlen voranging(en). 2. Stufen Sie Ihren Glauben an diese(n) automatische(n) Gedanken von 0%-100% ein.	1. Notieren Sie Ihre rationale Antwort auf den (die) automatische(n) Gedanken. 2. Stufen Sie Ihren Glauben an die rationale Antwort von 0-100 ein.	1. Stufen Sie nochmal Ihren Glauben an den (die) automatische(n) Gedanken v. 0-100 ein. 2. Benennen Sie die sich jetzt ergebenden Gefühle und stufen Sie deren Intensität von 1-100 ein.

Erklärung: Sobald Sie ein unangenehmes Gefühl, Stimmung erleben, sollten Sie hier die Situation, das Ereignis, die Vorstellung festhalten, welche dem Gefühl vorausging. Notieren Sie dann, welcher automatische Gedanke mit diesem Gefühl verbunden ist. Notieren Sie, in welchem Grad Sie diesen Gedanken glauben 0% = gar nicht, 100% absolut. Einstufung von Gefühlen: 1 = eine Spur, 100 = höchste Gefühlsintensität.

G:\Dokumente und Einstellungen\Thomas\Desktop\Gedankenprotokoll nach Beck_Kopiert.docx

Name: _____

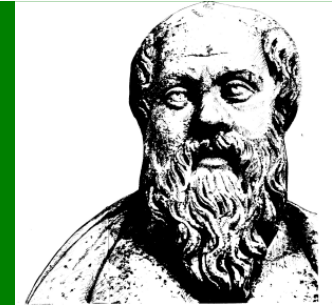
Kognitive VT der Depression



„Sokratischer Dialog“

- fortgesetztes Fragen/Hinterfragen, bis die richtige Erkenntnis gewonnen ist
- Betonung der Logik

Kognitive VT der Depression



„Sokratischer Dialog“

- Keine sophistische Methode
 - Es geht nicht um „Fallen stellen“ oder den Patienten bei Widersprüchen zu ertappen
- Kurze, konkrete und einfache Fragen, die unmittelbar an die Äußerungen des Patienten anknüpfen
- Offen für Antworten des Patienten
- Ziel: der Patient soll zu neuen Erkenntnissen kommen
- Keine Debatten

Kognitive VT der Depression

Techniken zur Verminderung negativer Gedanken

- Gedankenstopp
- Sorgenstuhl
- Aufblasetechnik
- Worst case
- Zeitverschiebung



Kurze Übung

Kognitive VT der Depression

AKTIVITÄTSAUFBAU

Grundlage: Einfache Dichotomie von Aktivitäten:

- *Typ A:* Als neutral oder unangenehm erlebte Aktivitäten
- *Typ B:* Als angenehm und schön erlebte Aktivitäten

Kognitive VT der Depression

AKTIVITÄTSAUFBAU – Ziele

- Erfassen von Ereignissen und Aktivitäten mit Verstärkerwert (Typ B Aktivitäten)
- Rückmeldung über potentiell angenehme Aktivitäten, die aber nicht genutzt werden
- Erkennen der wechselseitigen Beeinflussung von Aktivitäten und Befinden
- Geplantes und abgestuftes Heranführen an angenehme Tätigkeiten
- Identifizieren und Kontrollieren depressionsfördernder Verhaltensweisen und Aktivitätsmuster (z.B. negatives Grübeln, nicht aus dem Bett aufzustehen)
- Vermittlung von Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines ausgeglichenen Aktivitätsmuster

0 = unangenehm oder neutral
 1 = einigermaßen angenehm
 2 = sehr angenehm

Wie häufig?
 0 = überhaupt nicht
 1 = 1-6-mal
 2 = 7-mal oder häufiger

Wie angenehm?
 0 = unangenehm/neutral
 1 = einigermaßen angenehm
 2 = sehr angenehm

1. Ein Nickerchen machen		
2. Mit Freunden zusammen sein		
3. Ins Grüne fahren		
4. Im Internet surfen oder E-Mails schreiben		
5. Ein Bad nehmen oder duschen		
6. Vor sich hin singen oder pfeifen		
7. Sich über Sport unterhalten		
8. Eine neue Bekanntschaft		
9. Gut vorbereitet eine Prüfung bestehen		
10. Zu einem Konzert gehen		
11. Federball spielen		
12. Ausflüge oder Urlaubsfahrten planen		
13. Für sich selbst Dinge einkaufen		

Kognitive VT der Depression

Elemente des AKTIVITÄTSAUFBAUS

- Tages- und Wochenpläne
- Identifikation angenehmer Aktivitäten (Typ B)
- Reduktion von unangenehmen (Typ A) zugunsten angenehmer Aktivitäten
- Hinterfragen von Regeln und Gewohnheiten, die passives Verhalten befördern, neue Einstellungen erproben
- Partner und Familie unterstützen neue Aktivitäten
- u. a.

Kognitive VT der Depression

Was mache ich wann und wie lange?

vom _____ bis _____
(Datum eintragen)

© Meyer · Hautzinger: Manisch-depressive Störungen, Weinheim: Beltz, PVU

Uhr	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<6							
6-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-22							
>22							

Arbeitsblatt 12
Wochenplan

Andere Therapieverfahren

- Lichttherapie
- Schlafentzug
- Elektrokrampftherapie
- Repetitive Transcranielle
Magnetstimulation (rTMS)



Lichttherapie

Indikation:

- Vor allem Saisonal Affektive Disorder (SAD)

Durchführung:

- 2 -3 x /Woche (teils täglich) für 30 – 60 min
- Lichtstärke: 10.000 Lux
- Latenz bis Wirkungseintritt: 3 – 7 Tage

Nebenwirkungen:

- Gering
- Kopfschmerzen, Augenbrennen, evtl. Hypomanie

Schlafentzug

Durchführung:

- Total oder partiell (zweite Nachthälfte), Wirkeintritt innerhalb weniger Stunden
- 1-2 x/Woche
- 60 % Responder Tag 1 oder 2

Indikation:

Unipolare Depression mit ...

- ... ausgeprägten Vitalstörungen
- ... Tagesschwankungen
- ... Morgentief

Schlafentzug

Nebenwirkungen:

- Müdigkeit am Nachmittag
- Umschlag in (Hypo-) Manie
- Zerebrale Krampfanfälle

Problem:

- oft nicht anhaltend

Elektrokrampftherapie (EKT)

Durchführung:

- Video 3

Indikation:

- Therapieresistente Depression
- Ausgeprägte Suizidalität
- Wahnhafte Depression
- Depressionen mit Stupor und/oder ausgeprägter Hemmung

Elektrokrampftherapie (EKT)

Nebenwirkungen:

- Anterograde Gedächtnisstörungen

Erfolgsquote:

- Etwas $\frac{3}{4}$ der Patienten

Wirkmechanismus

- Letztlich bisher ungeklärt

Repetitive Transcranielle Magnetstimulation (rTMS)

Durchführung:

- Elektrische Stimulation durch Magnetfeld
- Depolarisation ohne Krampfanfall
- Kaum/keine mnestischen Störungen
- Keine Narkose notwendig

Erfolgsquote:

- Unklar, Datenlage noch gering

Wirkmechanismus

- ungeklärt



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!!**