

Depression

Das depressive Syndrom ist die Endstrecke verschiedener Entwicklungen biologischer und psychodynamischer Natur.

F32 depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (1)

Hauptsymptome über 2 Wochen

1. Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
2. depressive Verstimmung, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag
3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid
4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
6. Schlafstörungen jeder Art
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Trias des endomorph-depressiven Achsensyndroms

- 1) Befindlichkeits- und Affektstörungen
depressive Verstimmung
eingeeengte Affizierbarkeit (Extremform: depressiver Stupor)
- 2) Antriebsstörung im Sinne einer Antriebshemmung
quälender Verlust von Energie und Tatkraft
daraus resultierend: Verminderung des Antriebs, leichte Ermüdbarkeit,
Aktivitätseinschränkung
- 3) Biorhythmusstörungen
Schlafstörung
Menstruationsstörung

Begleitsymptome

Vegetative Beschwerden
Obstipation

Mundtrockenheit
Versiegen der Tränensekretion Somatische Mißempfindungen
Druckgefühl auf der Brust
diffuse Oberbauchbeschwerden
Schwindel und innere Unruhe

Psychotische Symptome im Rahmen einer schweren depressiven Episode

Wahnideen: Versündigung, Verarmung, Nihilismus, Krankheit

Halluzinationen: anklagende Stimmen,

depressiver Stupor: extreme psychomotorische Hemmung

Depressionsformen

Gehemmte Depression: Reduktion von Psychomotorik und Aktivität

Agitierte Depression: ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruh

“Larvierte”, somatisierte Depression: Vegetative Störungen & vielfältige funktionelle Organbeschwerden; bis Hypochondrie

Psychotische Depression: Schuld-, Verarmungs-, Versündigungswahns anklagender Stimmen, teilweise fehlende Krankheitseinsicht.

Die häufigste Form: ist die unipolar verlaufende Depression.

Das depressive Syndrom kann in etwa einem Drittel der Fälle einmalig auftreten. Den Rest machen Symptombilder mit periodischen Episoden aus, wozu auch manisch-depressiven Verläufe (bipolar) zählen.

Die **Dysthymia** Es handelt sich um ein zur Chronifizierung neigendes Krankheitsbild, dessen Beginn oft bis in die Jugend zuverfolgen ist. Die Symptome dauern mindestens kontinuierlich 2 Jahre, wobei die Stimmung permanent unter dem normalen Stimmungsbereich liegt. Die Symptome entsprechen der depressiven Episode, sind jedoch in ihrer Ausprägung weniger schwer-

Das Hauptrisiko jeder Depression ist die Suizidalität. Sie beträgt bis zu 15%

. Theorien zur Entstehung der Depression

■ Biologische Hypothesen

- genetisch bedingte Vulnerabilität
- Transmitterstörungen,
- Veränderung der Rezeptorenempfindlichkeit

■ Neuroendocrine Hypothesen

- Störung im Endorphinstoffwechsel
- zu geringes Ansprechen des Melatoninsystems
- chronobiologische Modelle

■ Psychologische und soziologische Hypothesen

- Tiefenpsychologische Theorien
- Cognitive Theorien

- Lerntheorien: Verstärker-Verlustkonzept, (Lehwinson)
Kozept der erlernten Hilflosigkeit (Seligmann)
- Systemische Konzepte
- Existenzanalytische Theorie
- prädisponierende Persönlichkeit (Tellenbach)

Psychoanalytische Theorie:

S. Freud : Störung in der oralen Phase
labilen Homöostase des Selbstwertgefühls-
strengen, archaischen Über-Ichs .
starke Gewissenszentrierung,
Frustrationsaggression wird in Autoaggression umgewandelt.
Eine starke Abhängigkeit von äußeren Objekten führt zu einer **stärkeren Kränkbarkeit**

Tellenbach :Typus melancholicus eine für die Depression praedisponierende
Persönlichkeit: Ordnungsliebe, Autoritätsgläubigkeit, bereitwilliger
Unterordnung, Übergewissenhaftigkeit, .-
übersteigerte Ich- Ideale führen zu Enttäuschung und Selbstentwertungstendenzen.

Tiefenpsychologische Theorien

(Schultz, Minkowski, Strauß und Gebattel)

Immer wieder weisen tiefenpsychologisch orientierte Autoren darauf hin, daß für das
Entstehen der depressiven Störungen *nicht geglückte Reifungsschritte* in der Entwicklung
interpersonaler Beziehungen verantwortlich.

Logotherapie nach Frankl bzw. Existenzanalytische Therapie

Frankl: faßt die Depression als Ausdruck einer verlorenen Sinnfindung auf.
Ziel ist dem Leben des Patienten wieder Sinn zu geben.

Lerntheorien:

Verstärker – Verlustkonzept (Lewison) Menschliche Handlungen und Empfindungen
werden durch sog. Verstärker herausgebildet. Verstärker: Ein angenehmer Reiz , der eine
best. Handlung unterstützt

Das kognitive Modell der Depression nach Beck:

1. negatives Selbstbild
2. Negative kognitive Denkschemate: Mißerfolge zu
3. Die kognitiven Fehler: depressionogene Grundannahmen

Depression und Verlauf

1/3 der Patienten: **Chronischer Verlauf** : 2 Jahre und länger (Lebenszeitprävalenz 5%)
- verlängerten depressiven Episoden
- inkompletter Remission zwischen den Episoden.

Dysthymie

75% :erleiden eine depressive Episode innerhalb von 5J

Depressionen sind behandelbar!

- 70-80 Prozent der depressiv Erkrankten kann geholfen werden, sodass Besserung oder Heilung erfolgt.
- Medikamente
- Psychotherapie
- Unterstützende Maßnahmen
- Spezielle Therapien

Grundsätze der Depressionsbehandlung

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Wahrnehmen der depressiven Erlebniswelt
 - Negative verzerrte Lebenssicht
 - Einengung des Willen
 - Entscheidungsschwäche
- Auseinandersetzung mit Lebenskonflikten
- Entwicklung neuer Lösungsstrategien
- Förderung der Beziehungsfähigkeit
- Psychopharmaka

Psychotherapie

- Information
- Unterstützung in depressiver Phase
- Bearbeitung negativer Denkmuster
- Bearbeitung und Lösungsversuche zugrundeliegender Probleme
- Erlernen neuer Fähigkeiten um Krisen besser zu bewältigen
- Förderung der Realitätsprüfung