



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Vorlesung, Seminar,
PoL, UaK (F2, F3)



Diagnostik und Therapie der Unipolaren Depression (ICD-10: F32 / F33)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Vorlesung, Seminar, PoL, UaK (F2, F3)



Erstellung des Inhalts:

Prof. Dr. Martin Lambert

Lehrbeauftragter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gebäude W37

Tel.: +49-40-7410-24041

Fax: +49-40-7410-52229

E-Mail: lambert@uke.de



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Teil 1: Unipolare Depression



- Übersicht zum Krankheitsbild
- Grundlagen
 - Epidemiologie
 - Diagnostik: u.a. Symptomatik, Komorbidität, Entstehung
 - Diagnostische Kriterien nach Leitlinien nach ICD-10
 - Differentialdiagnostik nach ICD-10
- Therapie
 - Prävention / Früherkennung
 - Pharmakotherapie
 - Psychosoziale Therapie
- Verlauf und Prognose



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

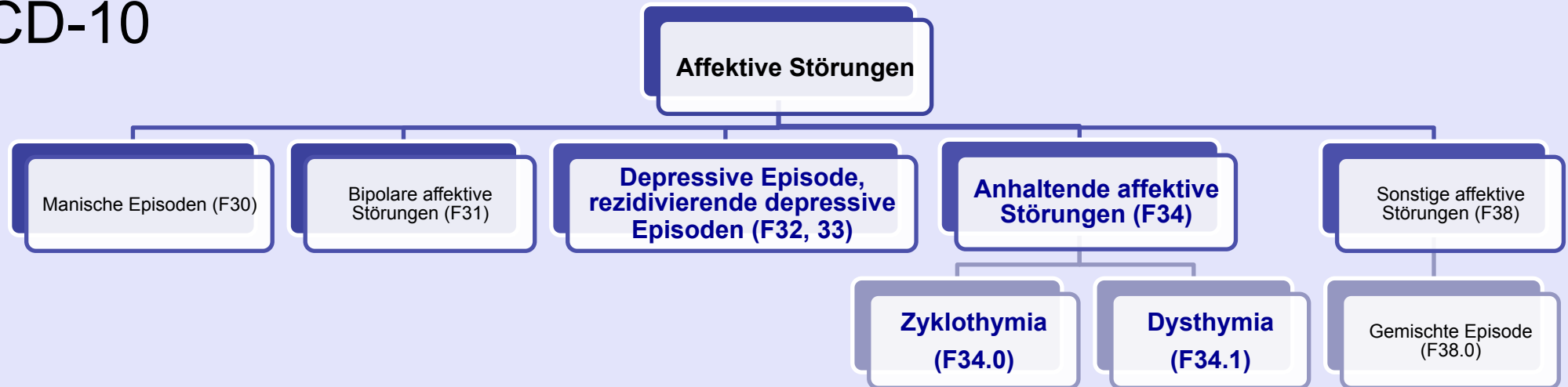


Übersicht zum Krankheitsbild

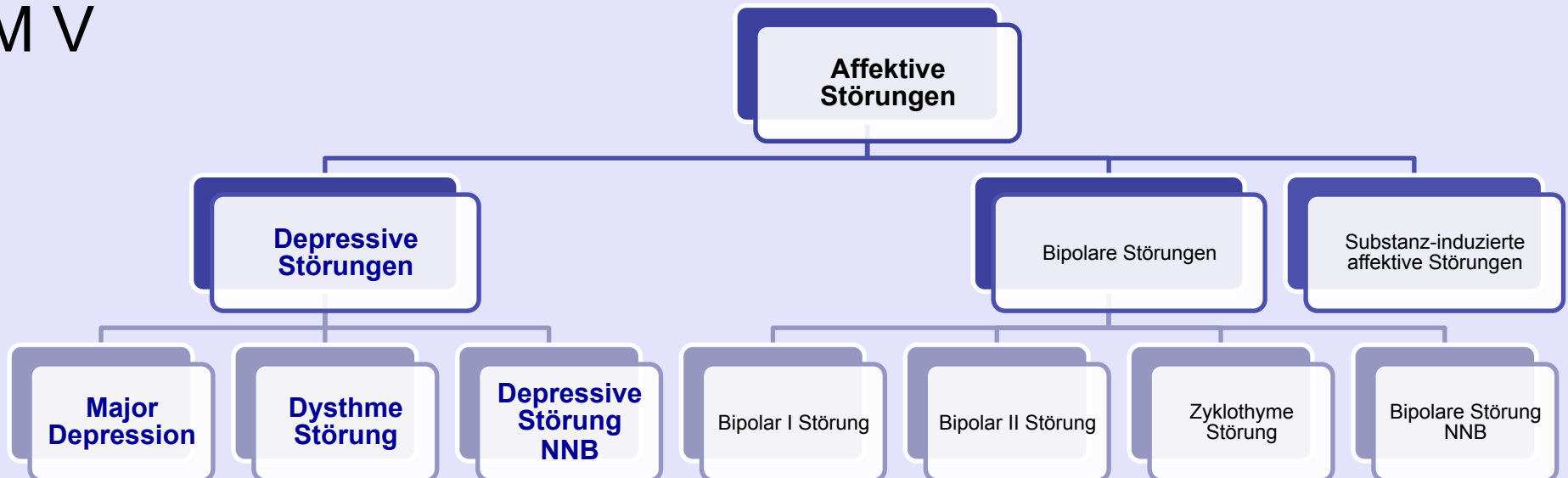


Einteilung depressiver Störungen nach ICD-10 und DSM V

ICD-10

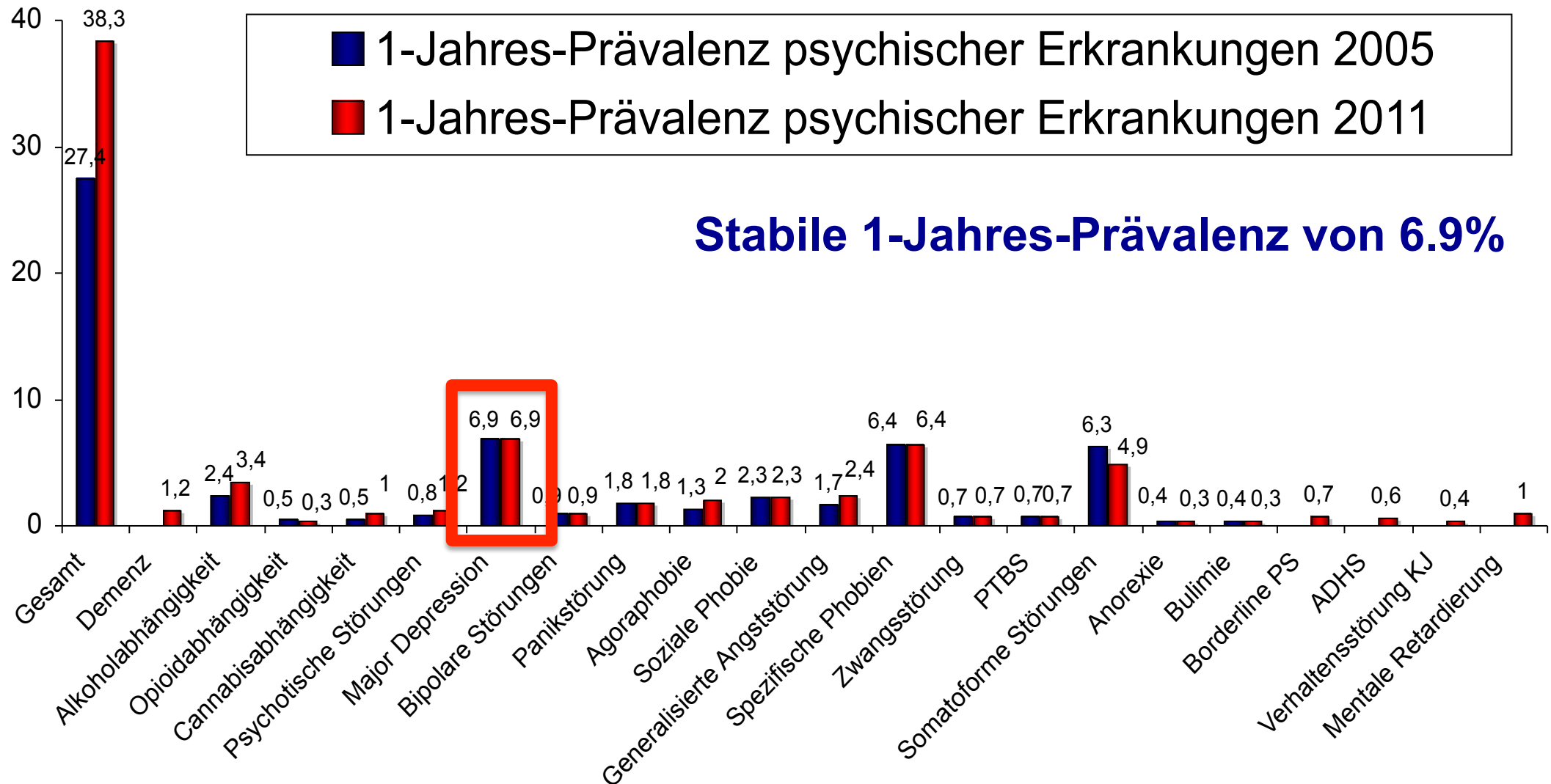


DSM V



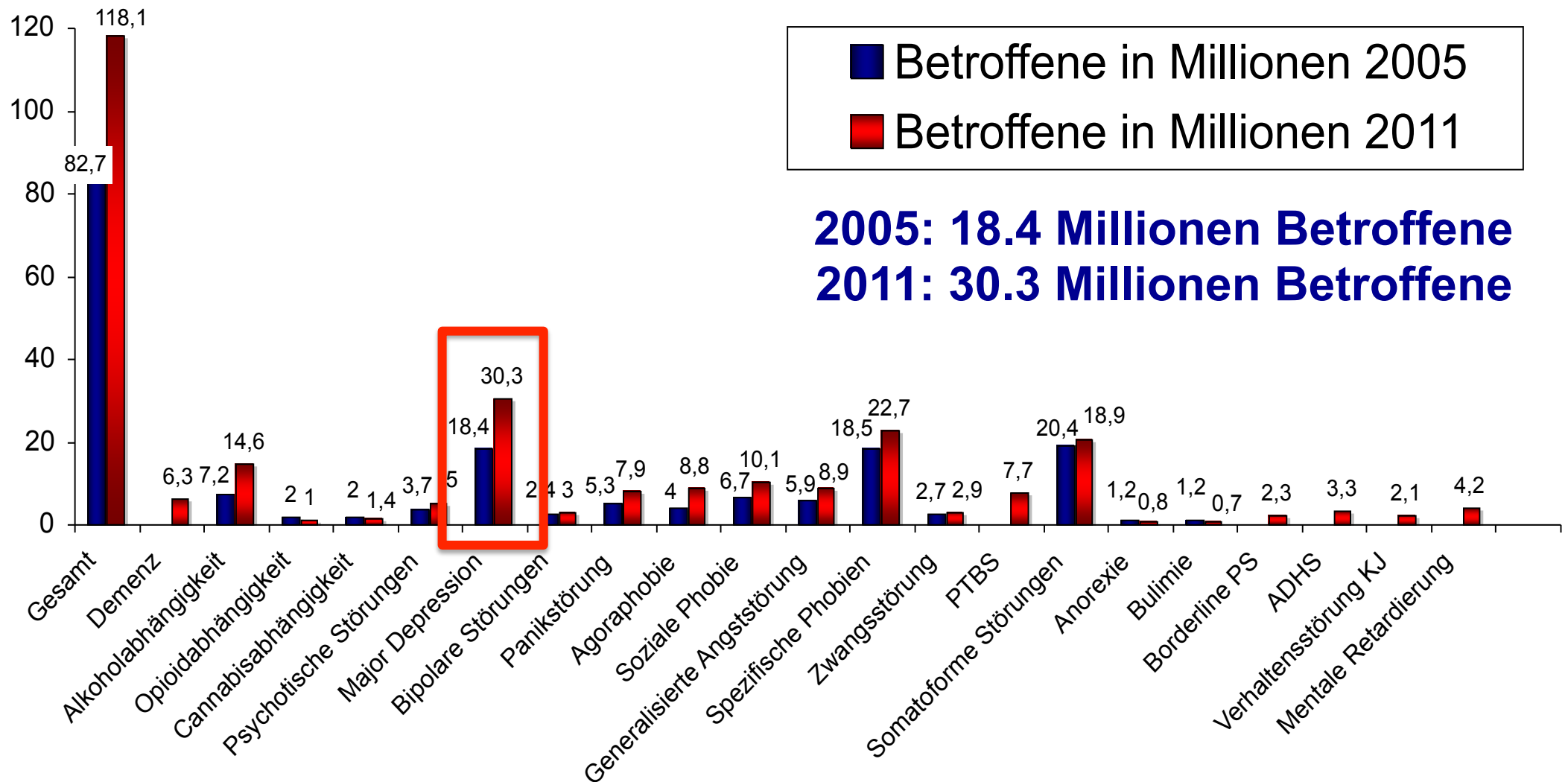


1-Jahres-Prävalenz depressiver Störungen in Europa (2005 / 2011)



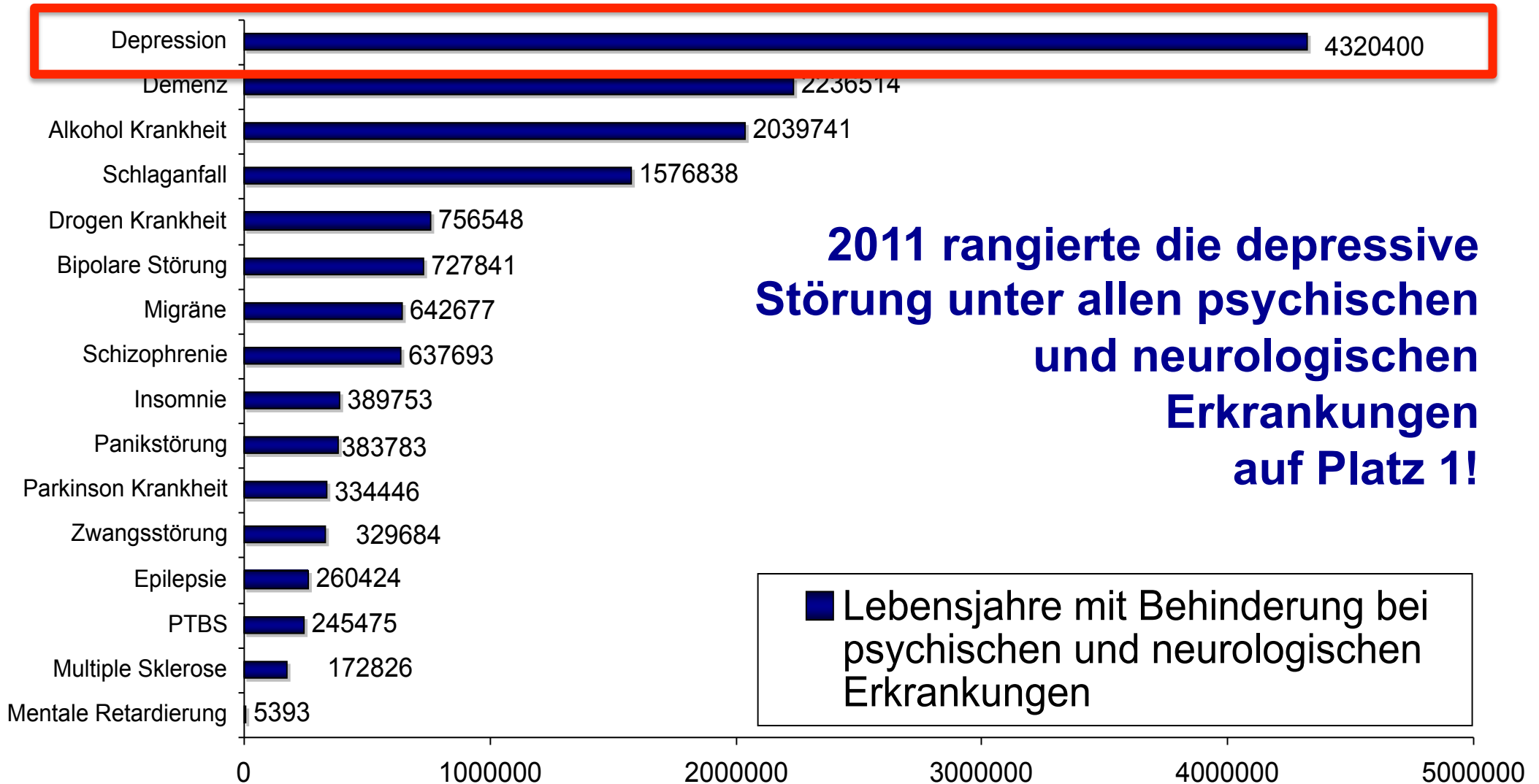


Betroffene mit depressiven Störungen in Europa (2005 / 2011)





Erkrankungen mit den meisten Lebensjahren mit Behinderung in Europa 2011





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Epidemiologie



Übersicht zum Krankheitsbild der unipolaren Depression

Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	▪ 16-26 %
Punktprävalenz	▪ 5.6 %
Geschlechterverhältnis	▪ w > m, ca. 2 : 1
Erkrankungsalter	▪ In jedem Lebensalter, ▪ 50 % vor 30. Lebensjahr ▪ nach 60. LJ Ersterkrankung selten
Wichtige Komorbiditäten	▪ Angst- und Panikstörung 30–50 % ▪ Suchterkrankungen 30–60 % ▪ gehäuft: Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangserkrankungen
Erblicher Faktor	▪ Verwandte von Patienten: Risiko 5-fach
Leitlinien	▪ APA 2010, NICE 2004, S3-Leitlinie der DGPPN 2009



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen:

Diagnostik: u.a. Symptomatik, Komorbidität, Risikofaktoren



Klassifizierung:

- 1) leicht (F32.0), mindestens 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome
- 2) mittel (F32.1), mindestens 2 Haupt- und 3-4 Zusatzsymptome
- 3) schwer; ohne/mit psychotischen Symptomen (F32.2./F32.3) alle drei Haupt-, und mind. 4 Zusatzsymptome, davon einige schwer
 - Minstdauer der Episode: etwa 2 Wochen

Hauptsymptome

- depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

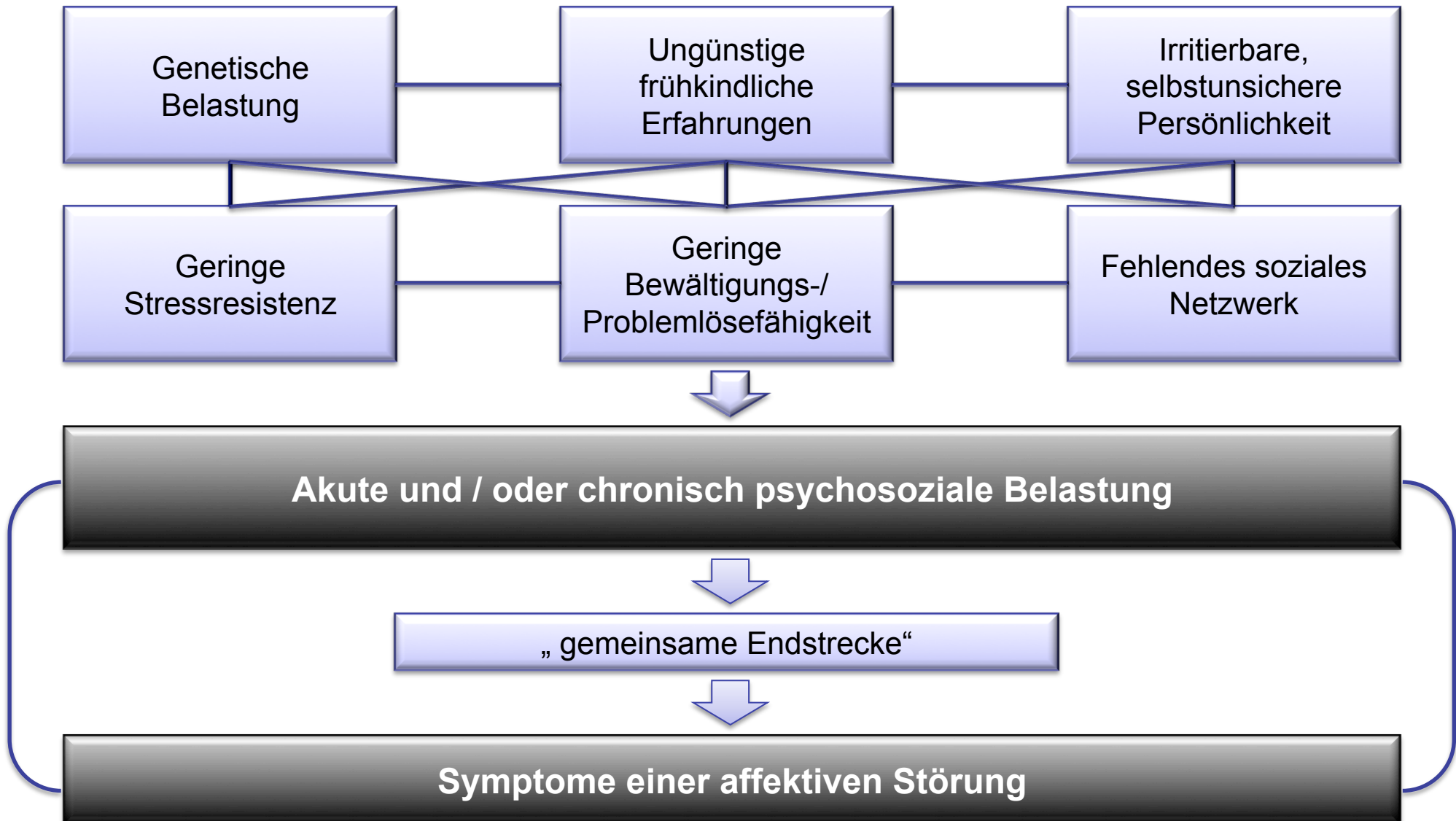
- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken und -handlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit



ICD-10	Diagnostische Entität
F32	Depressive Episode
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33	Rezidivierende depressive Störung (RDS)
F33.0	RDS, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	RDS, gegenwärtig leichte Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	RDS, gegenwärtig leichte Episode, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	RDS, gegenwärtig leichte Episode, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia



Entstehungsmodell affektiver Störungen





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie



	Depressive Episode	Rezidivneigung
Kurzfristig (Stunden bis Tage)	<ul style="list-style-type: none">▪ Akute Linderung von Angst, Unruhe und Insomnie▪ Verhinderung suizidaler Handlungen	–
Mittelfristig (Tage bis Wochen)	<ul style="list-style-type: none">▪ Besserung von Stimmung, Antrieb und Denkvermögen▪ Beseitigung psychosozialer Belastungsfaktoren	–
Längerfristig (Wochen bis Monate)	<ul style="list-style-type: none">▪ Verhinderung eines raschen Rückfalls in der vulnerablen Zeit nach Remission (Erhaltungstherapie)▪ Verhinderung von Chronifizierung und Therapieresistenz▪ Wiedererlangung von sozialer Kompetenz mit Reintegration in Familie, Beruf und Gesellschaft	–
Langfristig (Jahre)	–	<ul style="list-style-type: none">▪ Verhinderung von Rezidiven und Chronifizierung



Behandlungsphasen





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Pharmakotherapie



Antidepressivaklassen mit dazugehörigen Beispielen

Antidepressivaklassen	Substanz (Handelsname, Beispiele)
▪ Klassische Antidepressiva	
– Trizyklika	Amitryptilin (Saroten [®] , Amineurin [®]), Nortryptilin (Nortrilen [®]), Doxepin (Aponal [®]), Imipramin (Tofranil [®])
– Tetrazyklika	Maprotilin (Ludiomil [®])
– MAO-Hemmer (irreversibel)	Tranylcypromin (Jatrosom N [®])
– MAO-Hemmer (reversibel)	Moboclemid (Aurorix [®])
▪ Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)	Fluoxetin (Fluctin [®]), Fluvoxamin (Fevarin [®]), Paroxetin (Seroxat [®]), Citalopram (Cipramil [®]), Sertralin (Zoloft [®])
▪ Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI)	Reboxetin (Edronax [®])
▪ Duale selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSNRI)	Venlafaxin (Trevilor [®]), Duloxetin (Cymbalta [®])
▪ Präsynaptische Alpha-2-Antagonisten mit 5HT ₂ /5HT ₃ -Antagonismus (NaSSA)	Mirtazapin (Remergil [®])
▪ Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNDRI)	Bupropion (Elontril [®])



Trizyklische Antidepressiva

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Amitryptilin	Saroten®	+	++	+++	++
Trimipramin	Stangyl®	+	(+)	++	++
Doxepin	Aponal®	++	+	++	++
Nortriptylin	Nortrilen®	++	(+)	+	-
Clomipramin	Anafranil®	+	+++	++	-
Imipramin	Tofranil®	++	++	++	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Mundtrockenheit, Obstipation, Akkomodationsstörungen, Müdigkeit, Schwindel, Orthostatische Dysregulation, Krampfanfälle, Blutbildschädigungen, Arrhythmien, Gewichtszunahme, sexuelle Funktionsstörungen
- CAVE: Delir, Harnverhalt, Glaukomanfall
- Kontraindikationen beachten, Kontrolluntersuchungen!



MAO-Hemmer

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Tranylcypromin	Parnate®	+++	+++	++	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Unruhe, Hypotonie, Tremor, Schwindel, Palpitationen
- Tyraminarme Diät erforderlich
- CAVE: Hypertensive Krisen, Suizidalität (Antriebssteigerung), zentrales Serotoninsyndrom
- Lange Wirkdauer, Umstellungszeit
- Keine Kombination mit SSRI

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Moclobemind	Aurorix®	++	++	+	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Übelkeit, Schlafstörungen
- Keine Diät erforderlich, keine hypertensiven Krisen, kurze Umstellungszeit



Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Fluoxetin	Fluctin®	-	++	-	-
Fluvoxamin	Fevarin®	-	++	-	-
Paroxetin	Seroxat®	-	++	-	-
Sertralin	Zoloft®	-	+++	(+)	-
Citalopram	Cipramil®	-	+++	-	-
Escitalopram	Cipralextm®	-	+++	-	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Unruhe, Agitiertheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, sexuelle Funktionsstörungen
- CAVE: Suizidalität
- Auf Arzneimittelinteraktionen achten (CYP450)



Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Venlafaxin	Trevilor®	++	++	-	-
Duloxetin	Cymbalta®	++	++	-	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Unruhe

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Mirtazapin	Remergil®	++	++	++	++

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Müdigkeit, Benommenheit, Gewichtszunahme
- CAVE: Leukopenien

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Reboxetin	Edronax®	+++	(+)	-	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Mundtrockenheit, Schwitzen, Hypotonie, Übelkeit, Kopfschmerzen
- CAVE: Harnverhalt

Substanz	Handelsname (Bsp.)	NA	5-HT	AcH	Sedierung
Bupropion	Elontril®	+++	+++	-	-

Nebenwirkungen (UAW) und Behandlungsrichtlinien

- UAW: Leberfunktionsstörungen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Krampfanfallsrisiko



Prinzipien	Inhalt
Wirkmechanismen	<ul style="list-style-type: none">▪ akut substanzabhängig: NA, 5-HT, DA, ...?▪ chronisch: second messenger, β-down-Regulation
Durchführung	<ul style="list-style-type: none">▪ wichtig: ausreichende Dosis und ausreichende Dauer▪ langsame Dosisänderungen▪ auf Nebenwirkungsprofil achten▪ Interaktionen beachten, Kontrolluntersuchungen!▪ Fahrtüchtigkeit u.a. abhängig von Substanz▪ Antidepressiva machen nicht abhängig
Wirklatenz	<ul style="list-style-type: none">▪ fraglich, 7-28 Tage, auch Sofortwirkungen▪ frühes Ansprechen prädiziert Response
Kombination	<ul style="list-style-type: none">▪ mit Psychotherapie, Stimmungsstabilisierer▪ mit BZD oder Antipsychotikum möglich
Nebenwirkungen	<ul style="list-style-type: none">▪ substanzabhängig, v.a. TZA (anticholinerge)▪ substanzabhängiges Risiko für Manien (switch)



Wirkstoff	Initialdosis (mg/Tag)	Standardtagesdosis (mg/Tag)	Maximaldosis (mg/Tag)
Trizyklische Antidepressiva			
Amitriptylin	50	150	300
Amitriptylinoxid	60	180	300
Clomipramin	25	150	300
Doxepin	50	150	300
Imipramin	50	150	300
Nortriptylin	50	150	300
Trimipramin	50	150	300
Tetrazyklische Antidepressiva			
Maprotilin	50	150	225
Mianserin	30	60	120
Chemisch andersartige Antidepressiva			
Trazodon	75	300	600
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)			
Citalopram	20	20	40
Escitalopram	10	10	20
Fluoxetin	20	20	80
Fluvoxamin	100	200	300
Paroxetin	20	20	40
Sertralin	50	100	200



Dosierungen (II)

Wirkstoff	Initialdosis (mg/Tag)	Standardtagesdosis (mg/Tag)	Maximaldosis (mg/Tag)
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)			
Venlafaxin	75	150	375
Duloxetin	60	60	120
Noradrenerg spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA)			
Mirtazapin	15	30	75
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)			
Reboxetin	4	6	12
Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (SNDRI)			
Bupropion	150	300	300
Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)			
Moclobemid	150	300	600
Tranylcypromin	10	20	40
Melatoninagonisten			
Agomelatin	25	25	50
Atypische Antidepressiva			
Sulpirid	100	250	400



Nebenwirkungsüberblick (I)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Generischer Name	Anti-cholinerg ^b	Übelkeit/ gastro-intestinal	Sedation	Schlaflosigkeit/ Erregung	Sexuelle Dysfunktion	Orthostatische Hypotension	Gewichts- zunahme	Spezifische unerwünschte Nebenwirkungen	Letalität bei Über- dosierung
Agomelatin	–	+	+	+	–	–	–	CYP1A2-Substrat	gering
Amitriptylin	+++	–	+++	–	+	+++	+++	EKG-Veränderungen ^c ; Senkung Krampfschwelle	hoch
Bupropion	+	+	–	+	–	–	–	kann die Krampfschwelle herabsetzen	gering
Citalopram	–	++	–	++	++	–	–	QTC-Verlängerung > 40 mg/d	gering
Clomipramin	+++	+	+	+	+++	++	++	EKG-Veränderungen ^c ; Senkung Krampfschwelle	mittel
Doxepin	+++	–	+++	–	+	+++	+++		hoch
Duloxetin	–	++	–	++	+	–	–		gering
Escitalopram	–	++	–	++	++	–	–	QTC-Verlängerung > 20 mg/d	gering
Fluoxetin	–	++	–	++	++	–	–	inhibitorische Wirkungen auf CYP2D6 ^d	gering
Fluvoxamin	–	++	+	++	++	–	–	inhibitorische Wirkungen auf CYP1A2, CYP2C19 ^d	gering
Imipramin	++	–	+	++	+	++	++	EKG-Veränderungen ^c ; Senkung Krampfschwelle	hoch

Kategorien der Stärke der Nebenwirkungen: +++ (hoch/stark), ++ (moderat), + (gering/schwach), – (sehr gering/keine)

^a die Nebenwirkungsprofile der Antidepressiva sind nicht vollständig und nur für einen groben Vergleich geeignet. Details zu den verwendeten Medikamenten, wichtige Warnhinweise und Wechselwirkungen sollten in einem Lehrbuch oder in Reviews (z. B. Kent 2000; Benkert und Hippus 2011), in der Originalliteratur, im Beipackzettel oder in der Roten Liste nachgelesen werden

^b diese beziehen sich auf Symptome, die gewöhnlich durch muskarinerge Rezeptorblockade ausgelöst werden, einschließlich Mundtrockenheit, Schwitzen, verschwommenes Sehen, Konstipation und Urinretention

^c Reizleitungsverzögerungen

^d Es werden nur die inhibitorischen Wirkungen auf hepatische CYP-450-Enzyme gezeigt, die klinisch relevant sind; für Details s. Brosen (1998) und Kent (2000)

^e Erhöhtes Risiko mit Nahrungsmitteln, die einen erhöhten Tyramingehalt haben, und mit Sympathikomimetika

^f in Kombination mit serotonergen Medikamenten



Nebenwirkungsüberblick (II)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Generischer Name	Anti-cholinerg ^b	Übelkeit/ gastro-intestinal	Sedation	Schlaflosigkeit/ Erregung	Sexuelle Dysfunktion	Orthostatische Hypotension	Gewichts- zunahme	Spezifische unerwünschte Nebenwirkungen	Letalität bei Über- dosierung
Maprotilin	++	–	++	–	+	++	++	erhöhtes Anfallsrisiko/ Krampfrisiko	hoch
Mianserin	+	–	++	–	–	+	+	Blutdyskrasie (selten)	gering
Mirtazapin	–	–	++	–	–	+	+++	Restless Legs	gering
Moclobemid	+	+	–	+	–	–	–		gering
Nortriptylin	+		+	+	+	+	+	EKG-Veränderungen ^c ; Senkung Krampfschwelle	hoch
Paroxetin	+	++	–	++	++	–	+	inhibitorische Wirkungen auf CYP2D6 ^d	gering
Reboxetin	–	+	–	++	+	++	–		gering
Sertralin	–	++	–	++	++	–	–		gering
Tranlycypromin	+	+	+	++	+	++	+	Hypertensive Krise ^e ; Gefahr eines Serotonin-Syndroms ^f	hoch
Trazodon	–	+	++	–	++	+	+	Priapismus (selten)	gering
Trimipramin	++	–	+++	–	+	++	++	EKG-Veränderungen ^c ; Senkung Krampfschwelle	hoch
Venlafaxin	–	++	–	++	++	–	–	Hypertension	gering

Kategorien der Stärke der Nebenwirkungen: +++ (hoch/stark), ++ (moderat), + (gering/schwach), – (sehr gering/keine)

^a die Nebenwirkungsprofile der Antidepressiva sind nicht vollständig und nur für einen groben Vergleich geeignet. Details zu den verwendeten Medikamenten, wichtige Warnhinweise und Wechselwirkungen sollten in einem Lehrbuch oder in Reviews (z. B. Kent 2000; Benkert und Hippus 2011), in der Originalliteratur, im Beipackzettel oder in der Roten Liste nachgelesen werden

^b diese beziehen sich auf Symptome, die gewöhnlich durch muskarinerge Rezeptorblockade ausgelöst werden, einschließlich Mundtrockenheit, Schwitzen, verschwommenes Sehen, Konstipation und Urinretention

^c Reizleitungsverzögerungen

^d Es werden nur die inhibitorischen Wirkungen auf hepatische CYP-450-Enzyme gezeigt, die klinisch relevant sind; für Details s. Brosen (1998) und Kent (2000)

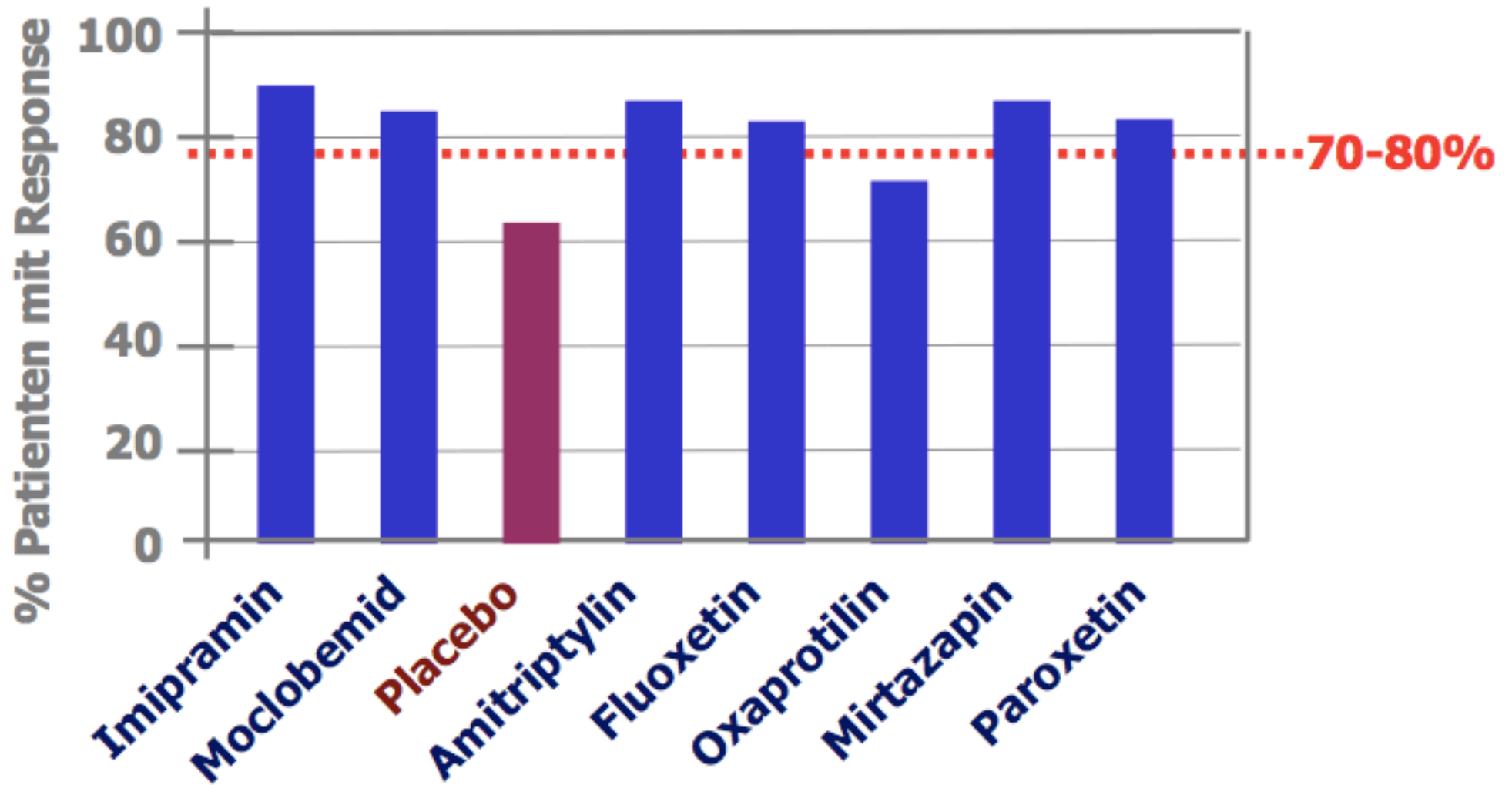
^e Erhöhtes Risiko mit Nahrungsmitteln, die einen erhöhten Tyramingehalt haben, und mit Sympathomimetika

^f in Kombination mit serotonergen Medikamenten



Ansprechraten von Antidepressiva

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



nach Regen & Anghelescu, 2006



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Therapie: Psychosoziale Therapien



Psychologische Therapien

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nach Beck und Lewinsohn
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach Klerman und Weissman
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) nach McCullough
- Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) nach Segal
- Psychodynamische Kurz- und Langzeitansätze
- Gesprächspsychotherapie (GT)
- Psychoedukation
- Internetgestützte Psychotherapie



Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nach Beck und Lewinsohn

Ziele:

Veränderung von negativen
kognitiven Schemata

- Identifikation automatischer Gedanken und grundlegender Einstellungen
- Kritische Auseinandersetzung damit
- “Sokratischer Dialog”
- Verhaltensexperimente

Therapiemanuale (Beispiele):



Interpersonelle Psychotherapie (IPT) nach Klerman und Weissman

Ziele:

Anfangsphase (1.-3. Sitzung)

- Psychoedukation und Symptommanagement
- Zuweisung der Krankenrolle
- Beziehungsanalyse und Identifikation eines Problembereiches
- Therapievertrag

Mittlere Phase (4.-13. Sitzung)

- Problembereich „Rollenwechsel“
- Problembereich „Konflikt“
- Problembereich „Trauer“
- Problembereich „Einsamkeit/Isolation“

Beendigungsphase(14.-18. Sitzung)

- Thematisieren des Therapieendes unter Berücksichtigung von Emotionen;
- Zusammenfassung des in der Therapie Erlernten und Ausblick auf die Zukunft

Therapiemanuale (Beispiele):





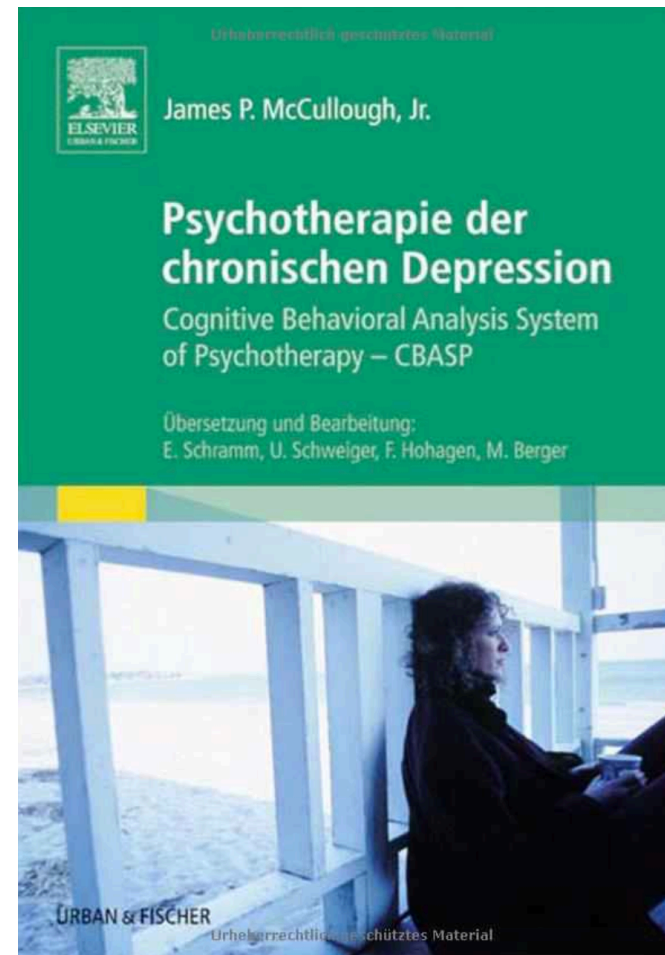
Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) nach McCullough

Ziele:

Therapeutische Techniken des CBASP sind die spezifische ***Situationsanalysen*** und daraus abgeleitete *Verhaltenstrainings* und ***interpersonelle Strategien*** zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

- ***Situationsanalyse*** lernen Patienten eine kausale Beziehung zwischen eigenen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herzustellen.
- Im Rahmen der ***interpersonellen Strategien*** wird eine auf die Bedürfnisse chronisch Depressiver adaptierte Rolle des Therapeuten realisiert. Patienten lernen zwischen vertrauten dysfunktionalen Beziehungsmustern und dem Verhalten des Therapeuten oder anderer Personen zu unterscheiden und negative Interaktionsmuster dadurch zu verändern

Therapiemanuale (Beispiele):





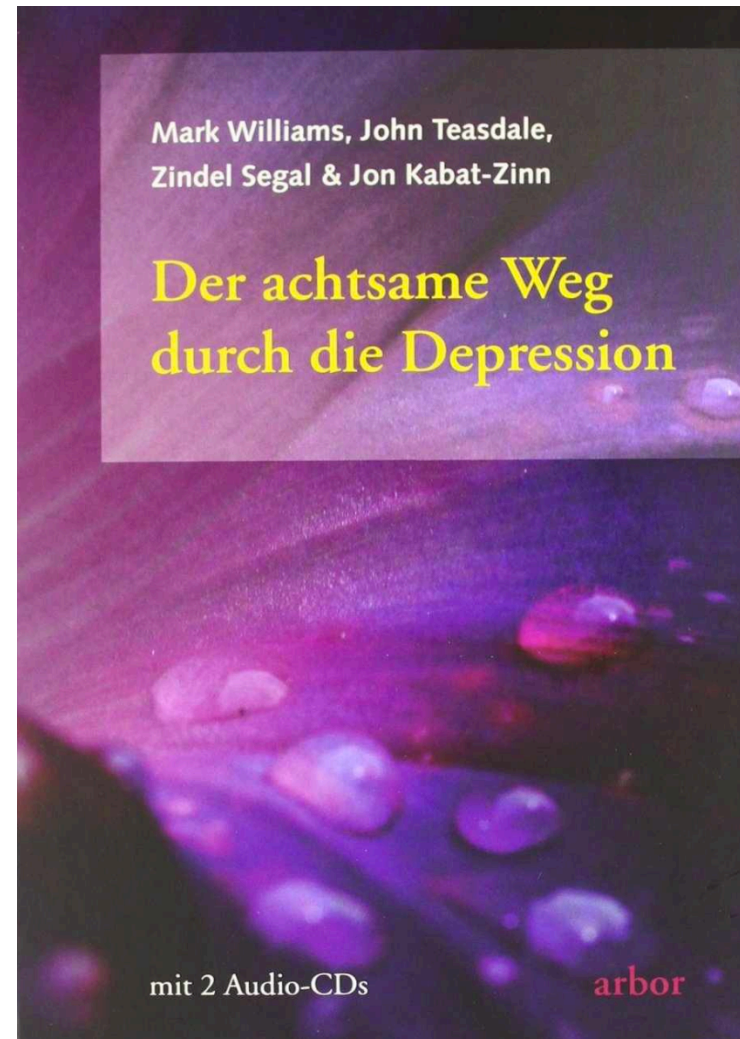
Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) nach Segal

Ziele:

MBCT wird in der Regel als Gruppentherapie mit maximal 12 Teilnehmern durchgeführt und umfasst (ebenso wie MBSR) acht Sitzungen, die in wöchentlichem Abstand durchgeführt werden.

- Es werden verschiedene achtsamkeitsbezogene Übungen (angelehnt an MBSR) eingeführt (z. B. Body-Scan, Atemmeditation, Achtsamkeitsmeditation, Gehmeditation, Yoga-Übungen).
- Parallel dazu werden klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen durchgeführt (z. B. Psychoedukation zur Depression, Beobachtung von und Umgang mit automatischen Gedanken, Aufbau angenehmer Aktivitäten)

Therapiemanuale (Beispiele):





Psychodynamische Kurz- und Langzeitansätze

Ziele:

Berücksichtigung von Annahmen über unbewusste Prozesse, Abwehr, Widerstand und Übertragung/ Gegenübertragung

Drei Zielaspekte: Aktivität, dysfunktionale Kognitionen, ungünstige Affekt- und Beziehungsd dispositionen

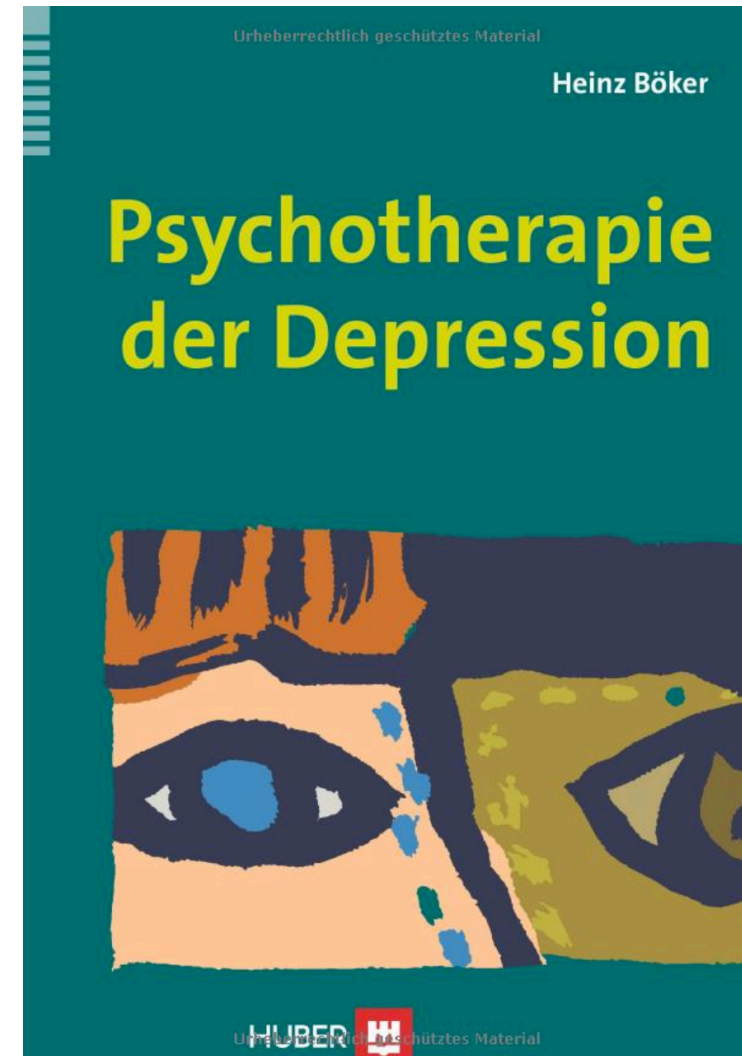
Akute Depression:

- Aufbau einer Sicherheit gebenden Beziehung
- Aufklärung und Stützung
- Behandlung der Kernsymptome (Rückzug, Antrieb, Suizidalität)

Nach Stabilisierung:

- Bearbeitung ungünstiger Beziehungsmuster (Idealisierung anderer, Selbstentwertung, daraus folgend Abhängigkeit)
- Bearbeitung ungünstiger Kognitionen
- Konkrete Problemlösung
- Langfristige Kompetenz- und Selbstwirksamkeitssteigerung

Therapiemanuale (Beispiele):

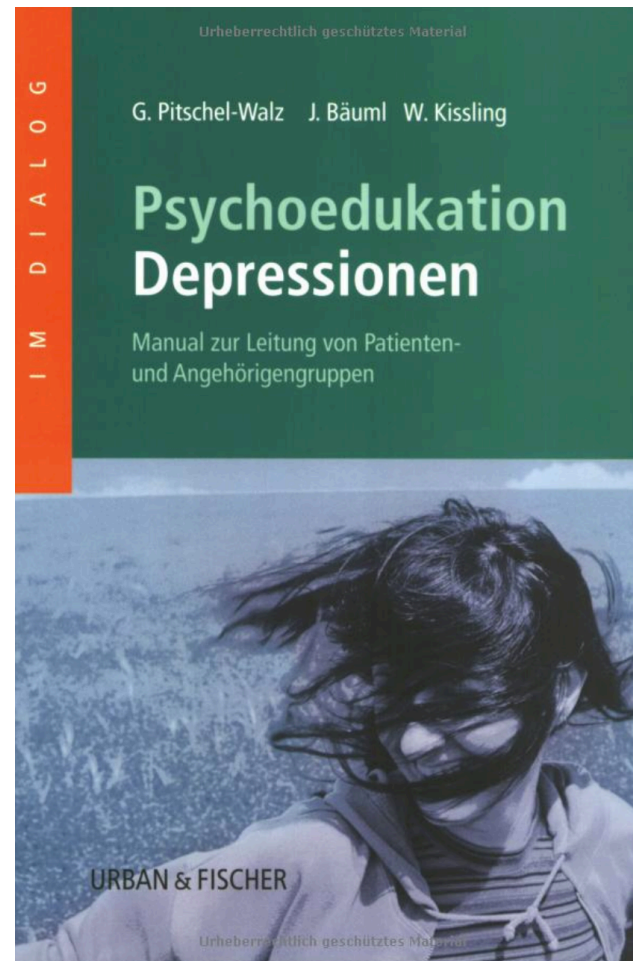




Ziele:

- Verbesserte Aufklärung und Wissen über die Erkrankung
- Emotionale Entlastung
- Unterstützung der Behandlung durch Förderung der Kooperation
- Verbesselter Umgang mit Stress
- Förderung der „Hilfe zur Selbsthilfe“
- Verbessertes Wissen für Betroffene und Angehörige

Therapiemanuale (Beispiele):





Internetgestützte Psychotherapie bei Depression



deprexis®

DEPRESSION: WAS TUN? | BEHANDLUNG | ONLINE-PROGRAMM DEPREXIS | ÜBER UNS | PRESSE | SERVICE

ONLINE-PROGRAMM DEPREXIS

Was ist deprexis®?

deprexis® ist das erste Online-Programm gegen Depression, das wirkt¹⁻⁴

Es basiert auf der kognitiv-orientierten Verhaltenstherapie und umfasst 10 Themengebiete, z.B. Aktivitäten zur Depressionsbewältigung, Akzeptanz und Achtsamkeit oder Problemlösungsstrategien mit dem Ziel, klare, strukturierte Hilfe für Ihren Alltag zu geben.

Bezugnehmend auf Ihre jeweiligen Antworten bietet Ihnen deprexis® jeweils Informationen zur Erkrankung, Übungen sowie Entspannungstechniken. Dabei werden Sie in einer Art „Dialog“ in Ihrem eigenen Tempo durch deprexis® geführt.

Weiterhin erhalten Sie von deprexis® E-Mails oder SMS, die Sie dabei unterstützen können, Inhalte der Online-Übungen im Alltag zu vertiefen. Ziel ist es, negative Denkmuster zu erkennen und neue Verhaltensweisen zu erlernen.

deprexis® ist ...



Ihr Suchbegriff



NEU REGISTRIEREN



ANMELDEN (LOGIN FÜR NUTZER)



DEPREXIS NUTZEN



ZU DEN DEPREXIS STUDIEN



deprexis ist ein Produkt von GAIA





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Teil 2:

Unipolare chronische und therapieresistente Depressionen



Epidemiologie der chronischen Depression

Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	<ul style="list-style-type: none">13–26 % für Depressionen insgesamtCa. 30 % aller Depressionen verlaufen chronisch
Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">Ca. 30 % aller Depressionen verlaufen chronisch
Geschlechterverhältnis	<ul style="list-style-type: none">2 : 1 Frauen : Männer
Erkrankungsalter	<ul style="list-style-type: none">Erstmanifestation meist vor dem 21. LJ, erste Symptome oft schon in der Kindheit
Wichtige Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">Angst- und Panikerkrankungen: 46 %Substanzmissbrauch und -abhängigkeit: ca. 30 %Persönlichkeitsstörung: mehr als 50 %
Erblicher Faktor	<ul style="list-style-type: none">Für dysthyme Störungen konnte gezeigt werden, dass diese Erkrankungen häufiger bei Angehörigen 1. Grades von Major-Depression-Erkrankten auftreten als in der allgemeinen Bevölkerung
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none">APA 2007 NICE 2005 S-III Leitlinie der DGPPN: in Vorbereitung, evidenzbasierte Leitlinie im Auftrag der Fachgruppe Klinische Psychologie

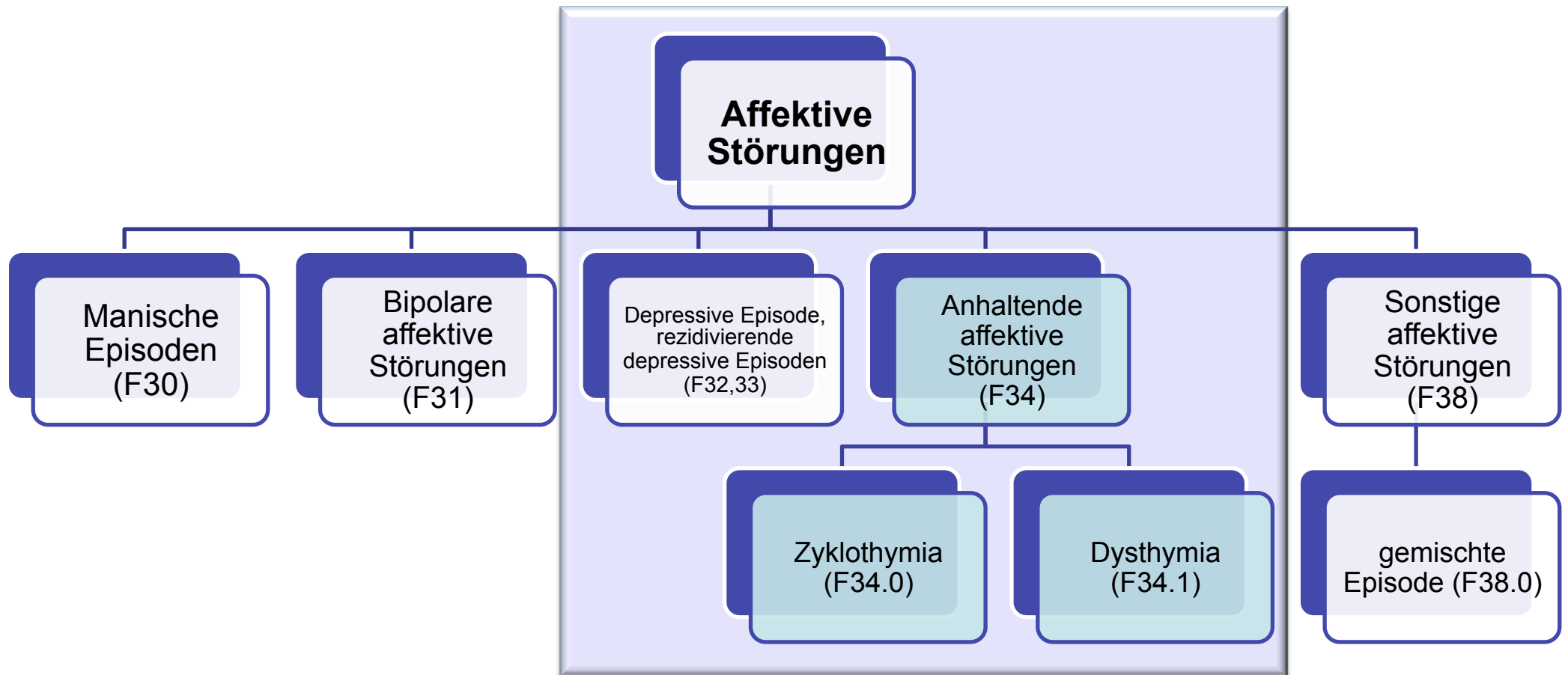


Epidemiologie der therapieresistenten Depression

Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	<ul style="list-style-type: none">Keine verlässlichen epidemiologischen Zahlen¹
Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">Ca. 20 % aller Depressionen sprechen auf mindestens zwei Behandlungsversuche mit Antidepressiva nicht an (klinisch gängige Definition von Therapieresistenz); weitere 30 % dieser therapieresistenten Patienten sprechen auf einen dritten Behandlungsversuch an¹
Geschlechterverhältnis	<ul style="list-style-type: none">2,5–3 : 1 Frauen : Männer¹
Erkrankungsalter	<ul style="list-style-type: none">Am häufigsten bei depressiven Patienten im mittleren Lebensalter¹
Wichtige Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">Angsterkrankungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen¹
Erblicher Faktor	<ul style="list-style-type: none">Keine verlässlichen epidemiologischen Zahlen¹
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none">APA 2007²; evidenzbasierte Leitlinie der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)³



Chronische Depressionen (I)





- 1) Chronische major depressive Episoden (MDE mit einer Dauer von mehr als 2 Jahren)
- 2) Dysthyme Störung (leichter ausgeprägte Symptomatik für länger als 2 Jahre)
- 3) Zykllothymia
- 4) Double Depression (MDE auf eine dysthyme Störung aufgesetzt) und
- 5) MDE mit unvollständiger Remission.



- Klassifikation F34.1
- **Chronische depressive Verstimmung**, nicht ausgeprägt genug, um die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen
- Meist monatelange Phasen depressiver Verstimmung, aber auch Tage bis Wochen mit normaler Stimmung
- Beginn meist früh im Erwachsenenleben, Dauer mindestens mehrere Jahre, manchmal lebenslang



- Klassifizierung F 34.0
- **Anhaltende** Stimmungsinstabilität mit nur gelegentlich normaler Stimmung
- Zahlreiche Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung, **ohne** die Kriterien für depressive oder manische Episoden zu erfüllen
- Beginn in der Regel im frühen Erwachsenenleben, chronischer Verlauf



- Bei chronischer Major Depression erwies sich nach der derzeitigen Datenlage eine Kombinationsbehandlung einer Psychotherapie und Medikation gegenüber einer alleinigen Behandlungsstrategie als signifikant überlegen
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): Dabei handelt es sich um das einzige spezifisch für chronische Depression entwickelte Verfahren. Bei diesem Ansatz werden behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien integriert.



Behandlungsstrategien bei Antidepressiva-Non-Respondern

- Es stehen verschiedene Behandlungsstrategien bei Teil- oder Non-Response auf einen adäquat durchgeführten ersten Versuch mit einem Antidepressivum zur Verfügung. Die Möglichkeiten sind:
 - 1) Dosiserhöhung
 - 2) Wechsel zu einem neuen Antidepressivum aus einer anderen pharmakologischen Klasse
 - 3) Wechsel zu einem anderen Antidepressivum aus derselben Klasse
 - 4) Kombination zweier Antidepressiva aus unterschiedlichen Klassen
 - 5) Augmentation des Antidepressivums mit anderen Wirkstoffen (z. B. Lithium, Schilddrüsenhormon, Pindolol, Östrogen, Buspiron) um die antidepressive Wirkung zu verstärken und
 - 6) Kombination des Antidepressivums mit einer psychotherapeutischen Intervention.



Pharmakologische Strategien bei chronischer / therapieresistenter Depression

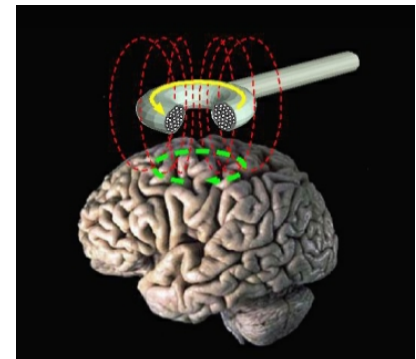
Strategie	Mechanismus/Klassifizierung	Evidenzlevel
Pharmakologische Augmentation		
Lithium	Stimmungsstabilisierer	A
Quetiapin	Atypisches Antipsychotikum	A
Aripiprazol	Atypisches Antipsychotikum	A
Olanzapin	Atypisches Antipsychotikum	B
Risperidon	Atypisches Antipsychotikum	B
Carbamazepin	Antikonvulsivum/Stimmungsstabilisierer	C
Valproat	Antikonvulsivum/Stimmungsstabilisierer	C
Lamotrigin	Antikonvulsivum/Stimmungsstabilisierer	D
Pindolol	5-HT _{1A} -Autorezeptor-Antagonist, Beta-Rezeptor-Blocker	C
Buspiron	5-HT _{1A} - und D ₂ -Rezeptor-Agonist	C
Stimulanzien	Dopamin- und Noradrenalin-Ausschüttungs- und Wiederaufnahmehemmung	C
Bromocriptin	Dopamin(D ₂)-Agonist	C
Pergolid	Dopamin(D ₁ /D ₂)-Agonist	C
Reserpin	Wiederaufnahmehemmung der biogenen Amine	C
Hormonelle Augmentation		
Triiodthyronin (T ₃)	Schilddrüsenhormon	B
L-Thyroxin (L-T ₄)	Schilddrüsenhormon	C
Östrogen (nur Frauen)	Ovariales Steroidhormon	C
Dehydroepiandrosteron (DHEA)	Adrenales androgenes Hormon	C
Sonstige		
Ketoconazol, Metyrapon	Periphere Cortisolsuppression	C
L-Tryptophan	Essenzielle Aminosäure, 5-HT-Vorläufer	C
Nicht-pharmakologisch		
Elektrokrampftherapie (EKT)	Elektrische Stimulation um einen generalisierten Krampfanfall auszulösen	A
Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	Nicht-invasive Stimulation des zerebralen Kortex	B
Vagusnervstimulation (VNS)	Autonome Signale zu limbischen und kortikalen Arealen	C



Alternative Behandlungen bei chronischen Depressionen

Alternative Behandlung bei Non-Respondern (40%-55%)

- 1) Algorithmusgestützte Behandlung
- 2) Weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten
 - Additive Gabe von Antipsychotika bei psychotischer Depression
 - Additive Gabe von Tranquilizern/Anxiolytika
- 3) Hirnstimulationsverfahren
 - Elektrokrampftherapie (EKT)
 - Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS)
 - Vagusnervstimulation (VNS)





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen bitte unter:

http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_2512.php