



psychiatriezentrum münsingen
bzw. *gemeinsam lösungen finden.*

pzm

Affektive Störungen

Grundlagen, Diagnostik, Therapie

M. Sc. Sabine Iseli
Oberpsychologin Station IDM 24.4
PZM AG

Erfahrungen, Wissen & Gedanken zu Depression & Bipolarer Störung

- Studium
- Privat



Fakten

- Häufigste psychische Erkrankung
- 20% Risiko während des gesamten Lebens an einer Depression zu erkranken
- Frauen häufiger betroffen als Männer
- Hohe Komorbiditätsraten
- Stigmatisierung in der Gesellschaft





Zum Video >

Verläufe einer Depression

Depressive Episode



Rezidivierende depressive
Störung



Chronische Depression



Dysthymie



Bipolare affektive Störung



Affektive Störungen

Diagnostik und Unterscheidung ICD-10 F30-39

- **Depressive Episode (F32)**
 - Leicht / mittelgradig / schwer
 - mit/ohne somatisches Syndrom, bei schweren Episoden:
mit/ohne psychotische Symptome
 - Cave: «Burnout»-Diagnose
- **Rezidivierende depressive Störung (F33)**
 - mehrere depressive Phasen
 - Cave: Ausschluss (hypo-)maner Phasen

Formen:

Burnout, Postpartale Depression, Depression bei Kindern/Jugendlichen,
Depression im Alter

Affektive Störungen

Diagnostik und Unterscheidung (DD)

- **Bipolare Affektive Störung (F31)**
 - (hypo-)mane und depressive Phasen gemischt
 - Bipolar I
 - Bipolar II: **hypomane Episode (F30)**
 - Cave: hypomane Phasen werden häufig als «angenehm» erlebt & nicht als solche erkannt

Diagnostik: zwingend Fremdanamnese für (hypo-)mane Phasen

Affektive Störungen

Diagnostik und Unterscheidung (DD)

- **Anhaltende affektive Störungen (F34)**

Dysthymie (beides: ≥ 2 Jahre)

...häufig auch: Double Depression



Komorbiditäten:

Angst- und Panikstörungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen u.a.

Depressionen erkennen

Fallbeispiel:

Mann, 46 jährig kommt zur stationären Behandlung.
Wurde von der ambulanten Psychotherapeutin zugewiesen,
welche ihn vorher 3x gesehen hat.

Exploration depressiver Symptome

«... leidet der betroffene Patient unter **einer gedrückten Stimmung** und **einer Verminderung von Antrieb und Aktivität**. Die **Fähigkeit zu Freude**, das **Interesse** und die **Konzentration** sind vermindert. Ausgeprägte **Müdigkeit** kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der **Schlaf** ist meist gestört, der **Appetit** vermindert. **Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen** sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen **Schuldgefühle** oder **Gedanken über eigene Wertlosigkeit** vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "**somatischen**" **Symptomen** begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

F32.0 Leichte depressive Episode: Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

F32.1 Mittelgradige depressive Episode: Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome: Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen: Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthem sein.

Fragen und Interessen?

- Behandlungsmöglichkeiten
 - Therapieformen (IPT / CBASP)
 - Psychopharmaka
- Suizidalität
- Umgang mit Depression (Angehörige, Selbsthilfe)

Behandlungsmöglichkeiten affektiver Störungen

- Wichtig: Unterscheidung der unipolaren Depression und der Bipolaren Störung/ Manie, auch bezüglich der Behandlungsmethoden.

Behandlungsmöglichkeiten affektiver Störungen

Depressive Störung (erstmalig oder rezidivierend)

- Je nach Schweregrad
- Sowohl biologisch/pharmakologisch wie auch psychotherapeutisch behandelbar. Laut Studien bewährt sich insbesondere die Verfahrenskombination.

Behandlungsmöglichkeiten affektiver Störungen

Depressive Störungen:

Leichte depressive Episode: sorgfältige Beobachtung, je nach Lebenssituation psychotherapeutische Interventionen. Kaum Psychopharmakotherapie.

Mittelgradige bis schwere depressive Episoden:
Tw. stationär in Behandlung.
Psychotherapie plus Psychopharmakotherapie (AD).

Behandlungsmöglichkeiten affektiver Störungen

Schwere depressive Episoden:

Manchmal zusätzlich biologische Verfahren wie EKT (Elektrokonvulsionstherapie), Transkranielle Magnetstimulation, Ketamin.

Bipolare Affektive Störungen:

Abhängig vom aktuellen Zustandsbild (Manie oder Depression?)

→ Depression: AD mit Phasenprophylaktika, Psychotherapie

→ Manie: beruhigende Psychopharmakotherapie, Bsp. Tranquilizer, verhaltenstherapeutische Massnahmen, kaum Psychotherapie im engeren Sinne

Behandlungsmöglichkeiten Depression

Psychotherapie:

- Kognitive Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie
- Psychoanalytische Verfahren
- etc.

- Verfahren der «Dritten Welle»:
 - IPT
 - CBASP
 - MBCT
 - MBSR
 - usw.

Behandlungsmöglichkeiten Depression

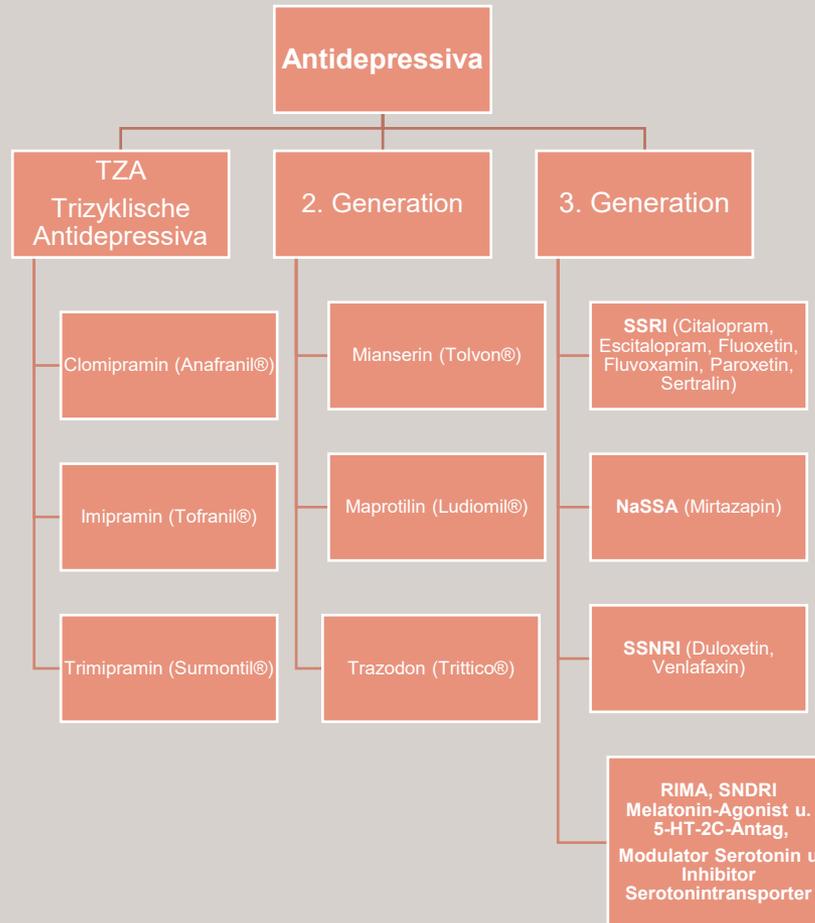
- Häufige Kombination mit **verhaltenstherapeutischen Massnahmen:**
 - Bewegung
 - Achtsamkeitsbasierte Interventionen
 - Soziale Kontakte

Behandlungsmöglichkeiten Depression

- **Psychopharmakotherapie:**

Antidepressiva, verschiedene Klassen mit verschiedenen Vor- und Nachteilen vorhanden.

Psychopharmakotherapie Depression



Psychopharmakotherapie der Depression

Einsetzen eines Antidepressivums

→ bei fehlender Wirksamkeit:

- Auf AD anderer Klasse wechseln
- Kombination zweier AD untersch. Klasse
- Augmentationsstrategien verwenden (AD + Medikament anderer Klasse)

Psychotherapie der Dritten Welle bei Depression

- **IPT (Interpersonelle Psychotherapie)**

Ein häufig untersuchtes Kurzzeittherapieverfahren zur Behandlung unipolarer Depression, Wirksamkeit wissenschaftlich gut belegt.

Manualisiertes Vorgehen, Arbeit im Hier und Jetzt, geeignet im ambulanten und stationären Setting mit Gruppen- und Einzeltherapie.

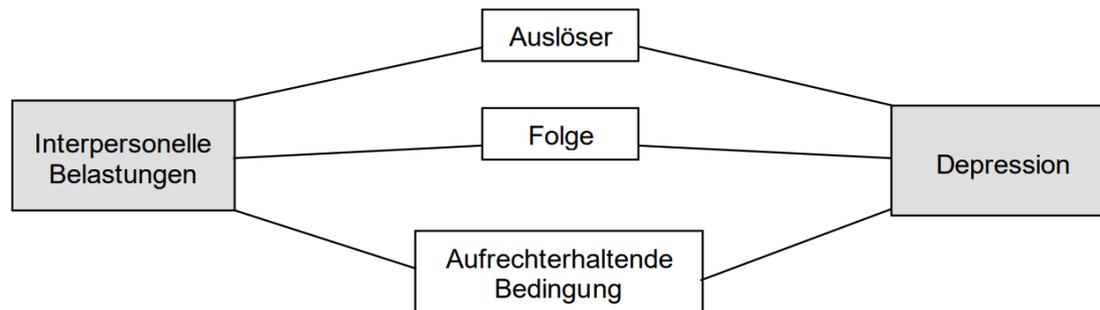


Abbildung 1. Zusammenhang zwischen Interpersonellen Belastungen und Depressionen, angelehnt an: Schramm, 2010, Seite 6.

Psychotherapie der Dritten Welle bei Depression

- **CBASP** (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)
Evidenzbasiertes Verfahren zur Behandlung von chronischen Depressionen
Kombination behavioraler, kognitiver, psychodynamischer und interpersoneller Therapieelemente.
 - Arbeit mit Prägungen (vergangenheitsorientiert), neuartige Erfahrungen im Hier und Jetzt ermöglichen
Annahme: chronisch depressive Menschen durchlaufen eine tw. gestörte Entwicklung, Interaktionen erfolgen dysfunktional
 - Konsequenzen des eigenen Verhaltens erkennen Arbeit in Einzel- und Gruppentherapie, ambulant und stationär.

Behandlungsmöglichkeiten Bipolarer Störungen

- Psychopharmakotherapeutisch:

Akuttherapie vs. Rezidivprophylaxe

z.B. Antidepressivum in Kombination mit Lithium oder Sequase

Suizidalität

Zahlen:

- Schweiz: > 15'000 Suizidversuche, 1'000 Suizide pro Jahr
- Vollendeter Suizid: Männer > Frauen
- Suizidversuche: Frauen > Männer
- Menschen mit schwerer Depression: 10%, Bipolare Affektive Störungen

Wichtigste Risikofaktoren:

- Geschlecht (Männer)
- Höheres Lebensalter
- Niedriger sozioökonomischer Status
- arbeitslos, kinderlos
- Körperliche Erkrankungen (z.B. bei Erstdiagnose)
- Familiäre Suizide

Suizidalität

- **Erklärungsmodell:** Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner-Modell)

- Fehlendes Zugehörigkeitserleben zu einer Gruppe
- Belastung für andere
- Furchtlosigkeit vor Schmerz, Sterben und Tod

- **Risikoabschätzung:**

- Absolutes Einschätzen nicht möglich
- Tabuthema → aktiv erfragen
- Unterscheidung von: Suizidgedanken, Plänen und Handlungen + Dokumentation!
- Sicherer, bei guter, vertrauensvoller Beziehung
- Einbezug von Angehörigen und weiterem Personal
- Skills, Emotionsregulation, Stärkung des sozialen Netzwerkes



Suizidalität

Krisenintervention:

- Beziehung herstellen
- Einbezug von Angehörigen oder weiterem Personal
- Risikoabschätzung
- dazu gehören auch: Skills, Emotionsregulation, Stärkung des sozialen Netzwerkes
- Regelmässig Suizidalität evaluieren (& dies dokumentieren)
- eigene Haltung im Umgang mit Suizidalität in der Therapie entwickeln

Umgang mit depressiven Angehörigen

Hilfreich:

- Darüber sprechen!
- Depressionssymptome ernst nehmen, validieren
- Stabile Bezugsperson
- «Wie kann ich dich unterstützen?»
- Unterstützung im Suchen von psychotherapeutischer Behandlung (www.psychologie.ch)
- Regelmässige Kontakte, Bewegung draussen
- Suizidalität
- Eigene Grenzen wahrnehmen



Nicht hilfreich:

- Symptome bagatellisieren, «es kommt schon gut»
- Kontakt vermeiden
- Nicht darüber sprechen

Selbsthilfe

- Soziale Kontakte pflegen
- Tagesstruktur (Aktivitäten planen)
- Nach dem Aufwachen aufstehen, an die Sonne gehen
- Regelmässige Bewegung (Ausdauersport, Spazieren usw.)
- Gesunde, ausgewogene Ernährung
- Genügend Schlaf
- Angenehmen Aktivitäten nachgehen
- Achtsamkeit / Entspannungsübungen praktizieren
- Selbstfürsorge: Sich jeden Tag etwas Gutes tun
- Körperliche Nähe, Sexualität
- Verzicht auf Alkohol und Drogen



Take Home

- Suizidalität ansprechen!
- Hilfreich: Bewegung, frische Luft, soziale Kontakte, Tagesstruktur
- Bei mehreren depressiven Episoden: (hypo)-manische Phasen ausschliessen
- Allgemein: Über Depression sprechen hilfreich für Entstigmatisierung



Literaturverzeichnis

- Beck, Rush, Shaw & Emery (1979). Cognitive Therapy of Depression. The Guilford Press, New York.
- Brakemeier & Buchholz (2013). Die Mauer überwinden.
- Brakemeier & Normann (2012). Praxisbuch CBASP.
- Dilling & Freyberger (2014). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.
- Dormann (2018). Suizid: Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Grünwald, Held & Horni (2020). Die Methoden-Matrix der Psychotherapie, Beltz Verlag.
- Guidelines for treating depression/ bipolar affective disorder.
- Heidenreich & Michalak (2013). Die «dritte Welle» der Verhaltenstherapie, Beltz Verlag.
- Konrad (2017). Therapie der Depression, Springer Verlag.
- Lewinsohn (1974). A behavioral approach to depression, Wiley and Sons, Oxford.
- Meyer & Hautzinger (2013). Bipolare Störungen, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual, Beltz Verlag.
- Schramm (2019). Interpersonelle Psychotherapie, Schattauer Verlag.
- Schramm, Brakemeier & Fangmeier (2012). CBASP in der Gruppe.
- Schramm & Klecha (2010). Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe.
- Seligman (1975). Helplessness, On depression, development and death. Freeman & Comp., San Francisco.
- Teismann & Dormann (2021). Suizidalität, Hogrefe Verlag.
- Zindel, Segal & Williams, Teasdale (2001). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse, The Guilford Press.