

Affektive Störungen



Krankheitsbilder, Ursachen und Behandlung
Umgang mit Betroffenen

Dr. Sotiria Argiriou-Martin, Dr. Vera Onken, September 2024

Affektive Störungen – Überblick



1. Depression (unipolar)

- a. Depressive Episode
- b. Rezidivierende depressive Störung

2. Bipolare Störung (historisch: Zykllothymie)

- a. Depressive Phase
- b. Manische Phase
- c. Gemischte Phase

3. Manie: ausschließlich manische Phasen

4. Anhaltende affektive Störungen:

- a. Dysthymie: anhaltende depressive Grundstimmung, unterhalb des Schweregrades der Depression
- b. Double Depression: Dysthymie, zu der eine akute depressive Phase hinzu kommt
- c. Zykllothymia: anhaltend schwankende Stimmung unterhalb des Schweregrades der bipolaren Störung

Depression



1. Epidemiologie / Vorkommen
2. Verlauf
3. Symptomatik
4. Diagnostik und Differenzialdiagnosen
5. Ursachen
6. Behandlung
7. Suizidalität
8. Umgang mit Betroffenen

Depression – 1. Epidemiologie



- Lebenszeitprävalenz : 16%; Frauen sind fast doppelt so oft betroffen wie Männer
- Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes 2020: Prävalenz bei jüngeren Frauen (18-34 Jahre) von 1998 (8,8%) bis 2011 (15,6%) nahezu verdoppelt
- DGPPN/ Mental Health Surveillance (RKI) 2023: repräsentative Bevölkerungsstichprobe: 20% mit depressiver Symptomatik, steigende Zahlen seit 2019, Anzahl der Suizide in BRD erstmals seit 2015 wieder über 10.000
- DEGS-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (RKI):
 - Untere soziale Schichten sind mehr als doppelt so stark betroffen wie höhere soziale Schichten: 12-Monatsprävalenz affektiver Störungen: 14,0% vs. 6,3%
 - Menschen, die in städtischer Umgebung und in Mietwohnungen leben, haben höhere Depressionsrate als diejenigen, die auf dem Land und in einem Eigenheim wohnen
- World Mental Health Report 2019 (WHO):
 - Depression ist weltweit die zweithäufigste Ursache dafür, dass Lebensjahre mit Einschränkungen durch Behinderung oder Krankheit verbracht werden.

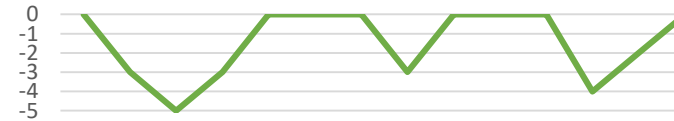
Depression – 2. Verlauf

Einmalige Episode: ca. 20- 30%

Zeitlicher Verlauf →



Rezidivierende Depression: ca. 70-80% haben mind. 2 Episoden



↓
Schweregrad
der
Symptome

Chronische Verläufe mit
Residualsymptomen: 15-30 %



- Krankheitsepisoden dauern mehrere Monate, tlw. bis zu einem Jahr
- Mit Medikation meist schnellere Besserung erreichbar als ohne
- Insgesamt hohes Rückfallrisiko, zunehmend mit jeder Episode
- Meist über die ganze Lebensspanne verlaufende Erkrankung

Depression – 3. Symptomatik und Diagnostik



Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
Affekt
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
Anhedonie
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
(*nicht mehr im ICD 11*)
Antrieb

Depression – 3. Symptomatik - Hauptsymptome



■ **Affekt** - gedrückte, depressive Stimmung

- Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Ängste, rasche Irritierbarkeit, Überforderungsgefühl
- Tlw. eher Ärger, Gereiztheit, Genervt-Sein, vor allem bei Männern

■ **Anhedonie** – Interessenverlust, Freudlosigkeit

- Kein Interesse und Engagement für Alltagsaufgaben
- Gefühl der Freude kann nicht mehr empfunden werden, auch nicht bei Dingen, die früher Spaß machten → sie werden aufgegeben, weniger Aktivitäten insgesamt

Depression – 3. Symptomatik - Hauptsymptome

■ **Antrieb** - Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

- Schnelle Erschöpfung nach Alltagsaufgaben, sie werden vernachlässigt
 - Aufschieben / Absagen von Aktivitäten, soz. Rückzug, Wunsch nach Schonung
 - *Zählt im ICD 11 nicht mehr zu den Hauptsymptomen*
- Tobi Katze in seinem Buch „Morgen ist leider auch noch ein Tag“:

„Morgens bin ich manchmal einfach leer, als sei meine Seele die ganze Nacht gerannt. [...] Wenn ich dann im Bett liege, ist mein Körper Blei. [...] Und alles, was Forderungen an mich stellen könnte [...] bremst und liegt auf mir und lässt sich nicht fortdenken und wird mit jedem Gedanken daran noch schwerer. [...] Ich fühle mich scheiße, weil ich nicht aufstehen kann, und ich kann nicht aufstehen, weil ich mich deswegen scheiße fühle“

- **Rückzugs- und Vermeidungsverhalten** ➡ **Einsamkeit** ➡ **weiterer neg. Einflussfaktor**

Depression – 3. Symptomatik - Zusatzsymptome



Kognitive Symptome „Pseudodemenz“

- Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen
- Grübeln und Gedankenkreisen

Selbstwahrnehmung und Emotionen

- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit
- Zukunftssorgen, Ängste, Hoffnungslosigkeit

Depression – 3. Symptomatik - Zusatzsymptome

■ Schlafstörungen

- Ein- und /oder Durchschlafstörungen, Früherwachen
- Tagesmüdigkeit, Erschöpfungsgefühl

■ Weitere vegetative (körperliche) Symptome

- Appetitminderung /-steigerung
- reduziertes sexuelles Interesse

■ Psychomotorik

- Innere Unruhe, Getrieben-Sein, motorische Unruhe
- reduziert in Reaktion, Sprache, Mimik, motorische Verlangsamung

■ Psychotische Symptome, besonders Wahn (Schuld, Verarmung)

■ Suizidalität

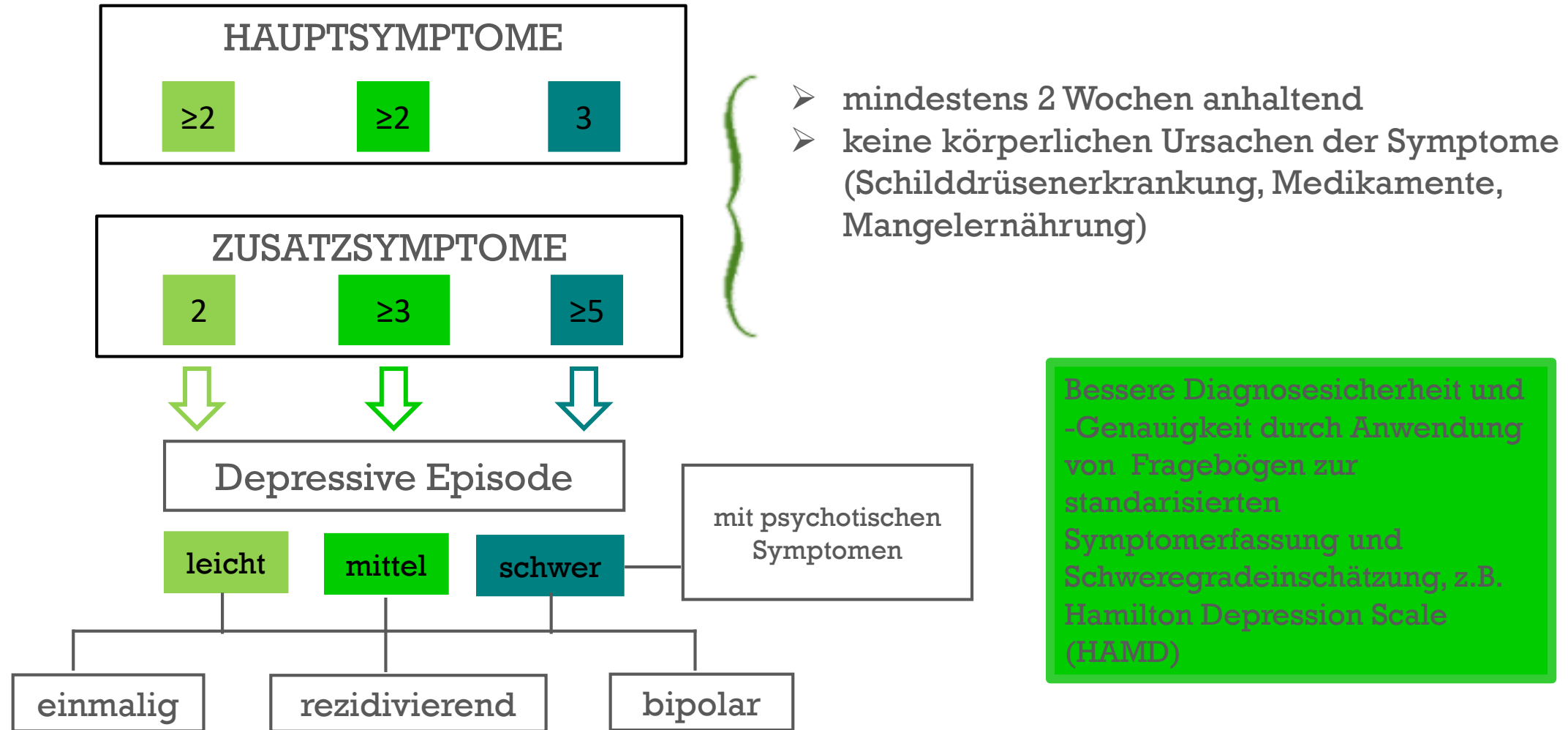
Depression – 3. Symptome – Betroffene...

- realisieren z.T. lange nicht, dass sie krank sind
- Deuten Symptome als „Schwäche“, halten sich für unfähig, eigene Erwartungen zu erfüllen
- gehen zum Arzt, sehen aber körperliche Beschwerden im Vordergrund
- verheimlichen psychische Symptome aus Scham („Dissimulation“)
- sind konfrontiert mit Unwissen/ Unverständnis (z.B. Komplimente bei Gewichtsverlust)
- können manchmal über besonders belastende Symptome wie Suizidalität nicht sprechen
 - ➔ Evtl. starke Diskrepanz zwischen „Außenwirkung“ und Verzweiflung im Inneren
- trauen sich nicht oder schaffen es nicht aus eigener Kraft, sich Hilfe zu holen

Autorin Beatrice Frasl über die Suche nach einem Therapieplatz:

„Immer wieder anrufen zu müssen, einer fremden Person die eigene „Unzulänglichkeit“ / das eigene Leiden berichten zu müssen – und dann zurück gewiesen werden – verstärkt die Depression noch“

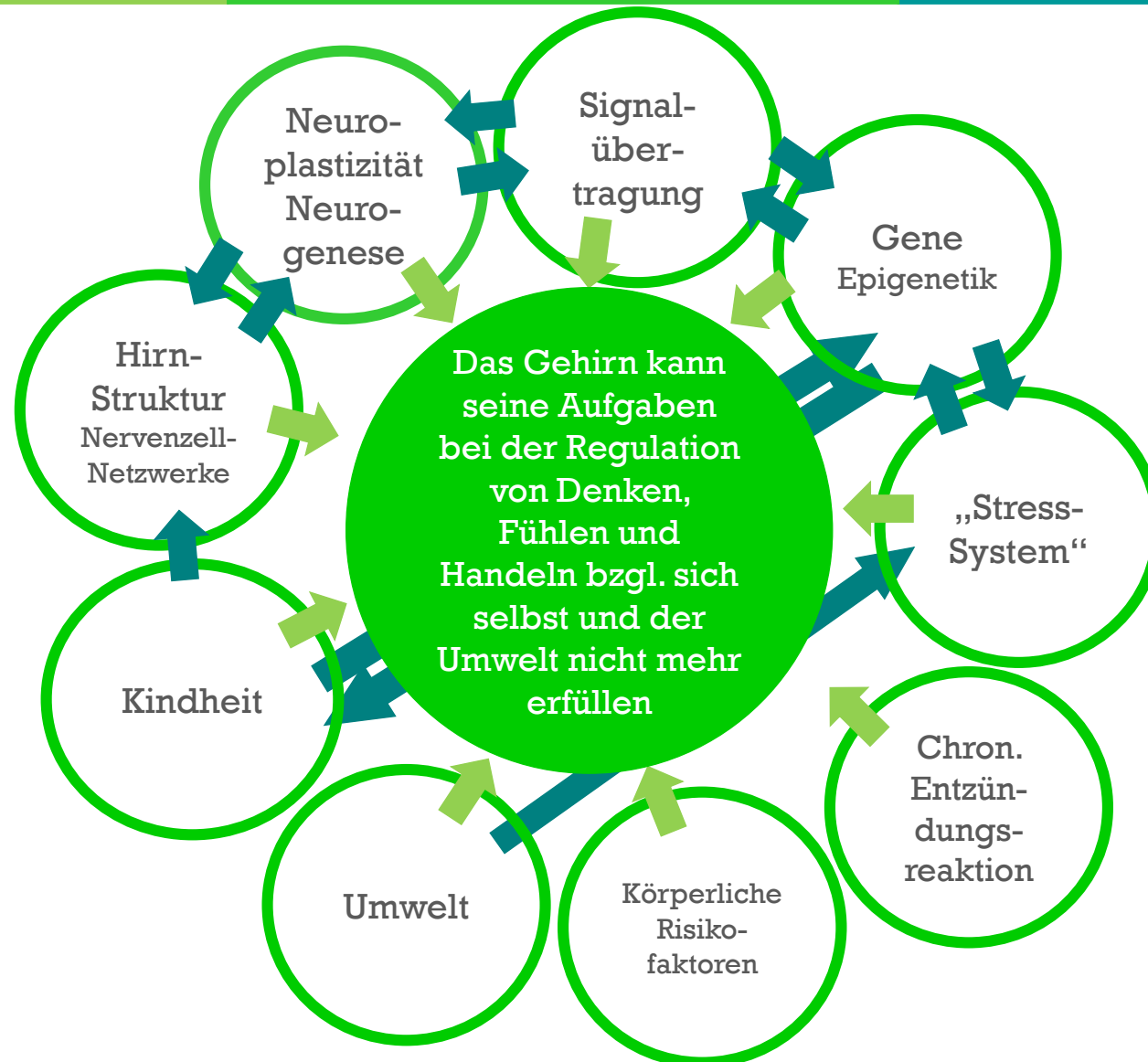
Depression – 4. Diagnostik und Differenzialdiagnosen



Depression – 4. Diagnostik und Differenzialdiagnosen

- **Dysthymie:** anhaltende depressive Grundstimmung, geringerer Schweregrad
- Depression i. R. der **Bipolaren Störung:** im Wechsel mit (hypo-) manischen Episoden
- **Anpassungsstörung:** klarer Auslöser, Depressions-Kriterien nicht voll erfüllt
- **Burnout-Syndrom:** anhaltende Überforderung + Frustration im **beruflichen** Bereich mit gesundheitlichen Auswirkungen; ist ein wichtiger **Risikofaktor** für Depression, keine eigenständige Diagnose
- Begleitsymptomatik **anderer psychischer Erkrankungen** (Ängste, PTBS, Sucht)
- Depressive Symptomatik aufgrund **körperlicher Erkrankungen** (Hirn-Traumata, Tumore, Epilepsie, M. Alzheimer, Schlaganfall, Schilddrüsenerkrankungen)
- Depressive Symptomatik als **Nebenwirkung von Medikamenten** (Medikamente gegen Tuberkulose, Bluthochdruck, entzündungshemmende Medikamente)

Depression 5. Ursachen



Depression 5. Ursachen

Hirnstruktur,
Nervenzell-
Netzwerke

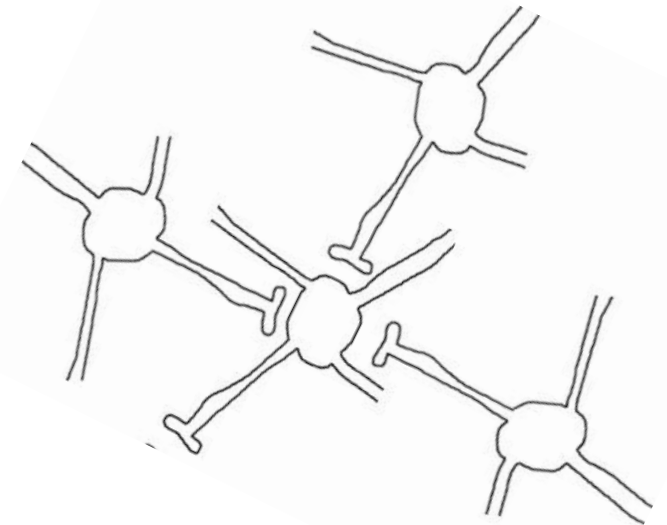
Störungen von Nervenzellwachstum und – Vernetzung führen zu Kommunikationsstörungen zwischen einzelnen Nervenzellen und zwischen verschiedenen Hirnbereichen

Neuro-
plastizität,
Neuro-
genese

Die Anpassungsfähigkeit und damit die Lernfähigkeit des Gehirns ist reduziert

Signal-
übertragung

Funktionsstörung von Botenstoffen (z.B. Serotonin) stören die Kommunikation zwischen den Nervenzellen
Beeinträchtigung von Wachstumsfaktoren (BDNF) stören die Anpassungs- / Lernfähigkeit



Depression 5. Ursachen

Gene,
Epigenetik

- „Risiko-Gene“ verstärken die Sensibilität gegenüber Belastungsfaktoren. Sie können bspw. die „Ausstattung“ mit Rezeptoren für verschiedene Botenstoffe beeinflussen
- (Frühe) Umweltbedingungen beeinflussen die Aktivierung / Stummschaltung von Genen. Dabei kann es sich z.B. um Gene für Rezeptoren von Botenstoffen handeln

„Stress-
System“

- „Stress-Achse“ (HPA) zeigt gestörte Regulation des Stresshormons Kortison – der Körper reagiert schneller und stärker auf Stressfaktoren und beruhigt sich langsamer wieder

Chron. Ent-
zündungs-
reaktionen

- Entzündungsreaktionen stören die Funktion von Nervenzellen und Botenstoffen

Depression 5. Ursachen

Kindheit,
Bezugs-
personen

- Biografische und Persönlichkeitsfaktoren
 - **Traumatische Erlebnisse** in Kindheit und Adoleszenz
 - Misshandlung, Vernachlässigung
 - Emotionale und soziale Kompetenzen → Umgang mit Gedanken, Gefühlen, Anforderungen, Selbstbild, Problemlösefähigkeit

Umwelt

- Lebensumstände
 - Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, **Armut**
 - Soziale, gesellschaftliche, kulturelle Bedingungen, **Benachteiligung**
 - Lebensstil, Ernährung, Bewegung, Substanzkonsum, Einsamkeit, soz. Isolation
 - Chronische Überforderung privat / bei der Arbeit (Burnout)
 - Psychische Komorbiditäten
 - „Stress“ und belastende Lebensereignisse

Körperliche
Risiko-
faktoren

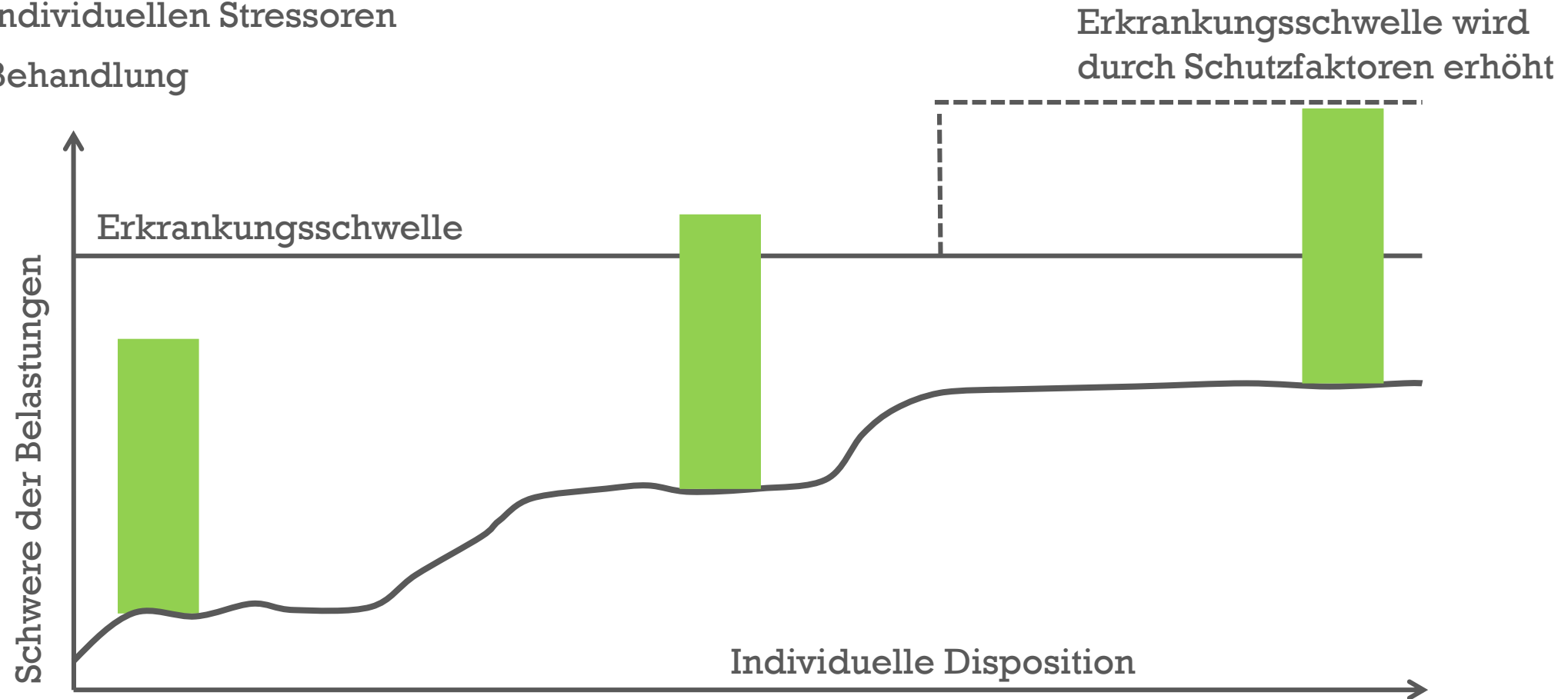
- chronische körperliche Erkrankungen, Behinderung
- metabolische Risikofaktoren
- **hormonelle Umstellung**

➡ **Stärkere Betroffenheit von Frauen = Mögliche Ursache für höhere Erkrankungszahlen**

Depression - 5. Ursachen - Vulnerabilitäts-Stress-Modell

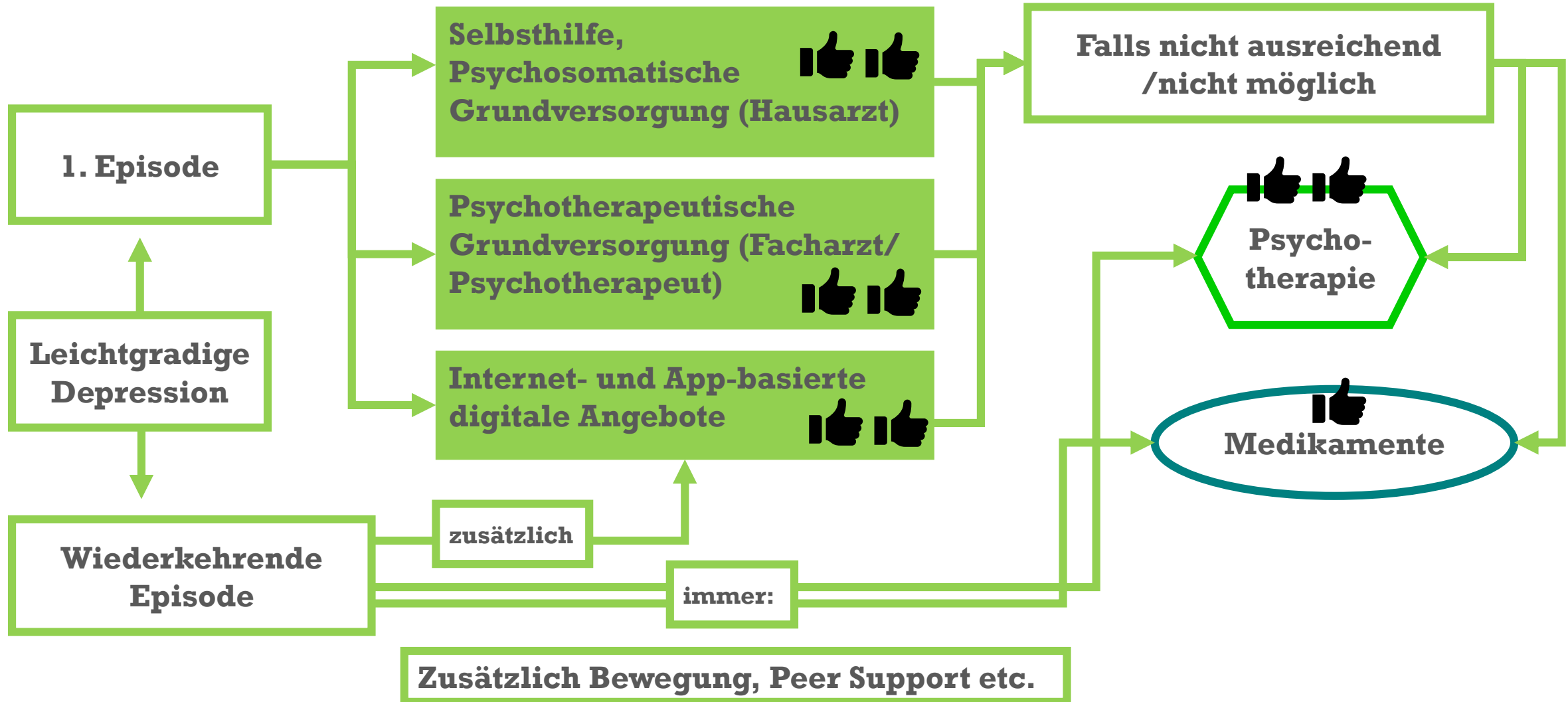
Zusammenwirken von:

- Persönlichen Voraussetzungen (schützend / gefährdend)
- individuellen Stressoren
- Behandlung

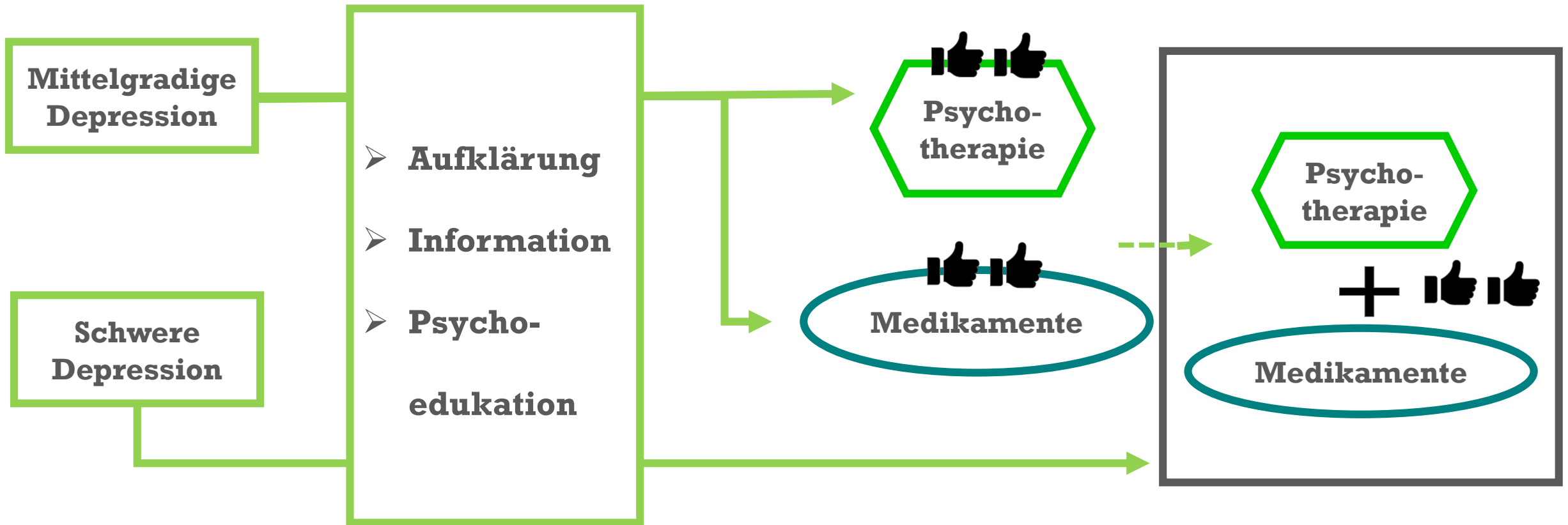


Modifiziert nach Lieb, Frauenknecht, Brunnhuber „Intensivkurs (...)“

Depression - 6. Behandlung



Depression - 6. Behandlung

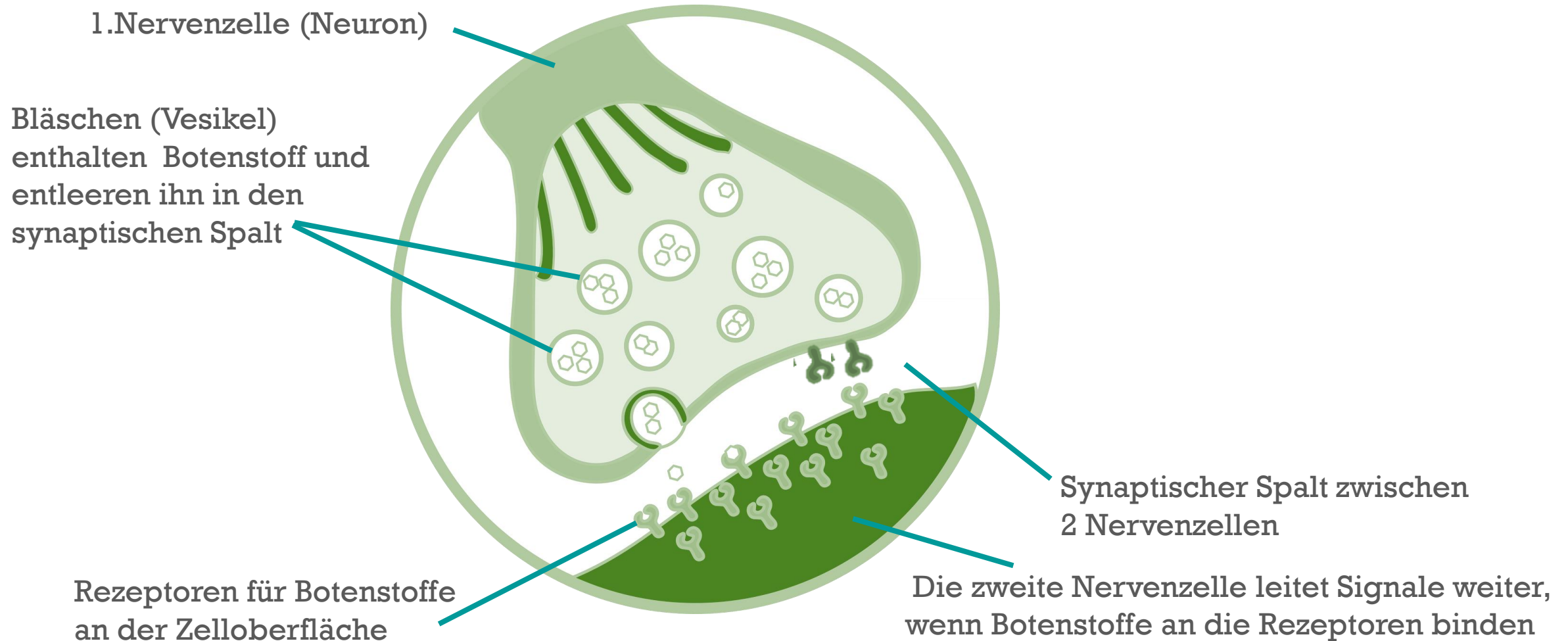


Internet- / App- basierte digitale Angebote: können zusätzlich genutzt werden
Außerdem ergänzend:
Bewegung, Peer Support, Schlafentzug, Ergo- und Soziotherapie etc.

Bei Nicht-Ansprechen:
EKT (Elektrokrampftherapie)
rTMS (transkranielle Magnet-
Stimulation)

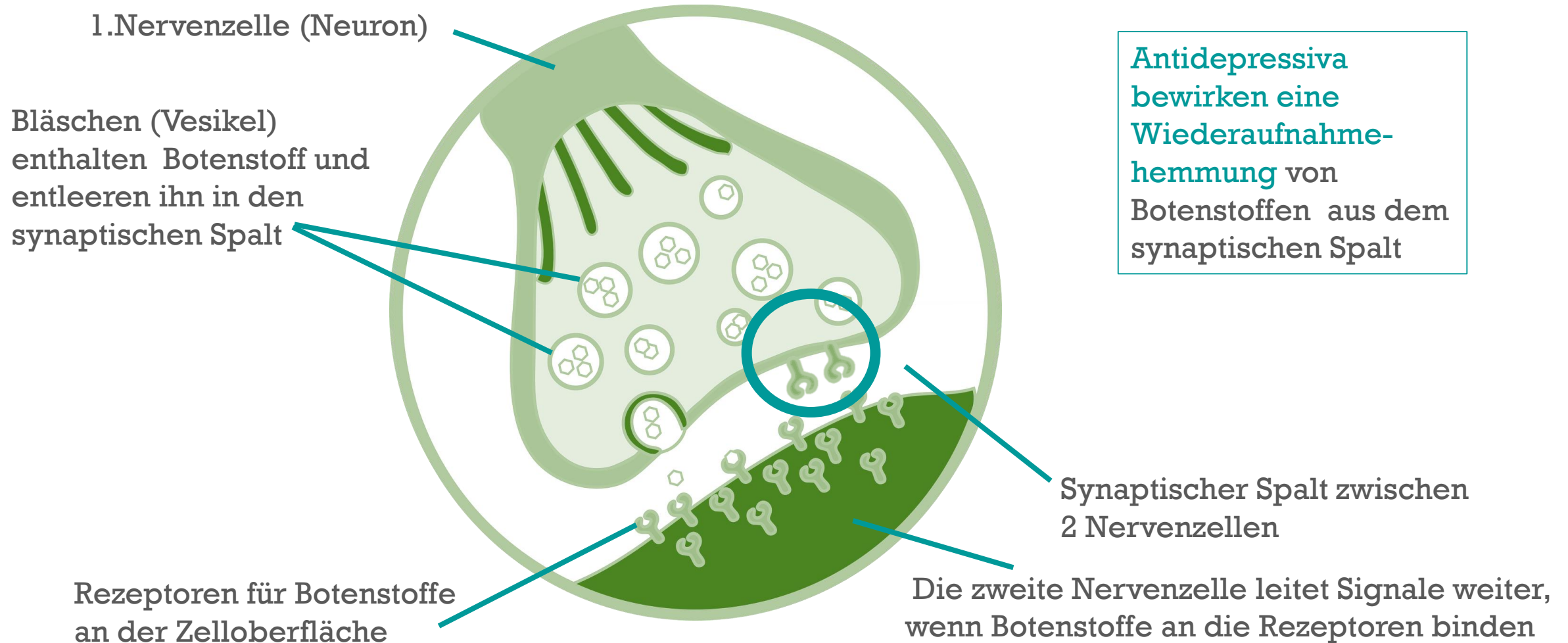
Depression - 6.Behandlung - Pharmakotherapie

- Ursprünglich entwickelt basierend auf der Annahme der „**Monoamin- (Serotonin-) Mangel-Theorie**“



Depression - 6.Behandlung - Pharmakotherapie

- Ursprünglich entwickelt basierend auf der Annahme der „**Monoamin- (Serotonin-) Mangel-Theorie**“



Depression - 6.Behandlung - Pharmakotherapie

Antidepressiva – „1. Generation“ (sog. „Trizyklika“ (z.B. Amitriptylin, Saroten)

- unspezifische Wiederaufnahme-Hemmung
- vergleichbare Wirksamkeit wie neuere Wirkstoffe, schlechtere Verträglichkeit
- häufige Nebenwirkungen: Müdigkeit, Mundtrockenheit, Obstipation

Antidepressiva – „2. Generation“

Spezifische Wiederaufnahme-Hemmer

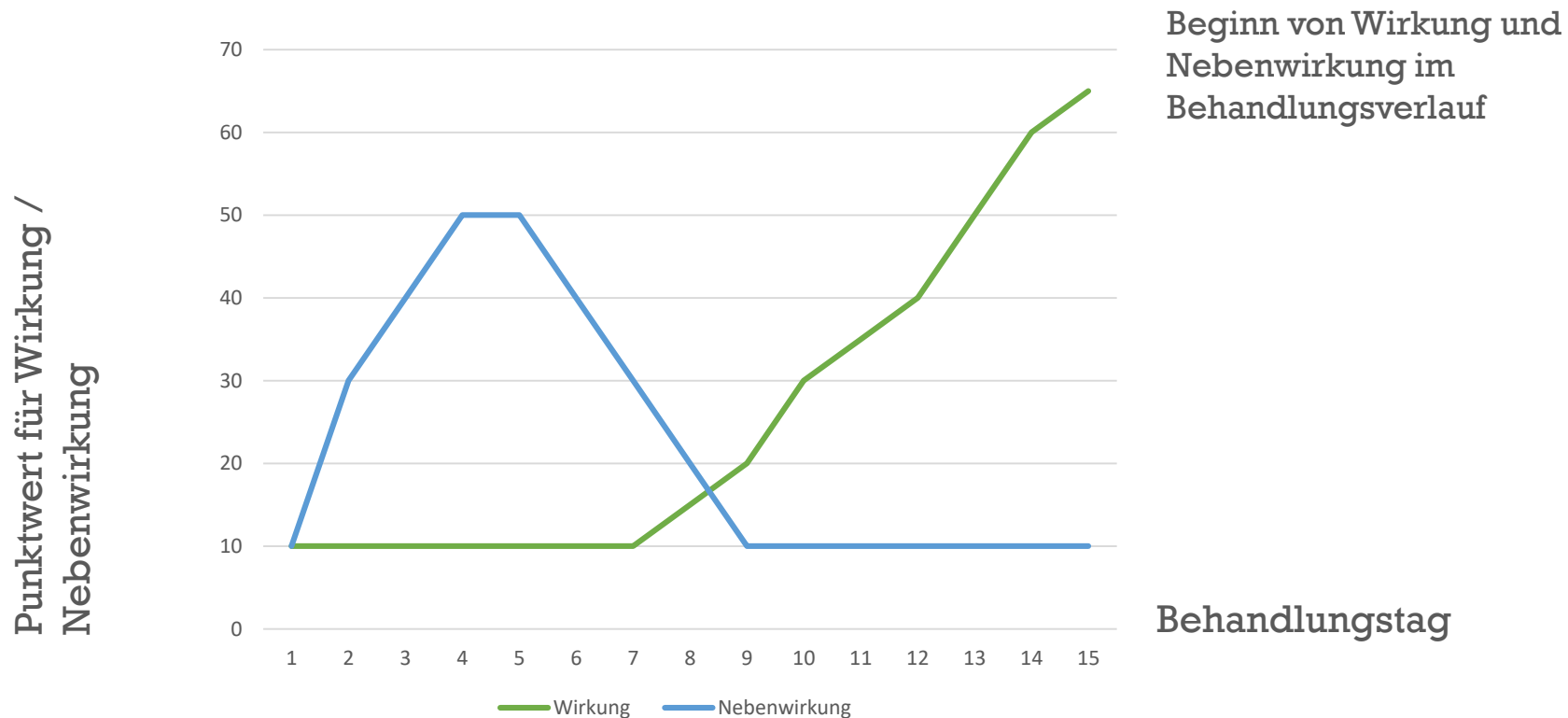
- Serotonin-spezifisch: **SSRI** (z.B. Citalopram)
- Serotonin + Noradrenalin- spezifisch: **SSNRI** (z.B. Milnacipran, Venlafaxin, Duloxetine)
- Noradrenalin + Dopamin- spezifisch: **NDRI** (z.B. Bupropion)
- Häufige Nebenwirkungen: Unruhe, Kopfschmerzen, Übelkeit, sexuelle Dysfunktion

Alpha2- Rezeptor Antagonisten (indirekte Verstärkung der Signalkette von Noradrenalin + Serotonin, z.B. Mirtazapin):

- Hemmung des „negativen Feedbacks“ zur Beendigung der Botenstoff-Freisetzung
- Häufige Nebenwirkungen: Müdigkeit, Gewichtszunahme

Depression - 6.Behandlung - Pharmakotherapie

- Beginn mit (kurzer) Aufdosierungsphase, währenddessen NW (Suizidalität!) beachten
- verzögerter Wirkeintritt, anfangs oft zusätzlich Benzodiazepine zur Beruhigung notwendig
- Wirkung beginnt meist NACH Beginn der Nebenwirkungen



Depression – 6. Behandlung – Pharmakotherapie

- **alle zugelassenen Wirkstoffe sind wirksamer als Placebo!**
- alle zugelassenen Antidepressiva wirken vergleichbar gut
- ca. 60% Ansprechrates beim ersten Behandlungsversuch
- Die medikamentöse Behandlung sollte immer Teil eines Behandlungs-Konzepts sein
- Auswahl des Wirkstoffes nach:
 - Patientenpräferenz
 - Sicherheit + Nebenwirkungen (Suizidrisiko)
 - Begleiterkrankungen und -Medikation
 - Erfahrung aus vorausgegangenen Behandlungen, auch von erkrankten Angehörigen
 - *Symptommuster*
- Sinnvoll: Vereinbarung eines Zeitpunktes (3-4 Wochen nach Erreichen der Zieldosis), an dem die Wirksamkeit gemeinsam bewertet wird!
- Schon zu Therapiebeginn sollte über mögliche Absetzphänomene informiert werden
- **Die Einstellung von Patient und Behandler zur Therapie beeinflusst deren Wirksamkeit!!**



Depression - 6. Behandlung – Dauer der Einnahme

Akuttherapie:

- Aufdosierung
- Ansprechen innerhalb 4 (6) Wochen: Erhaltungstherapie
- Kein / geringes Ansprechen: Spiegelbestimmung/ Wechsel

Erhaltungstherapie:

- Rückfallrisiko im 1. Jahr nach Remission am höchsten
- 1. Episode: **nach Remission:** 6-12 Monate mit gleicher Dosis

Rezidivprophylaxe:

- >1Jahr nach Remission
- in gleicher Dosis desselben Medikamentes

Abbildung 6: Modell der Erkrankungs- und Behandlungsphasen

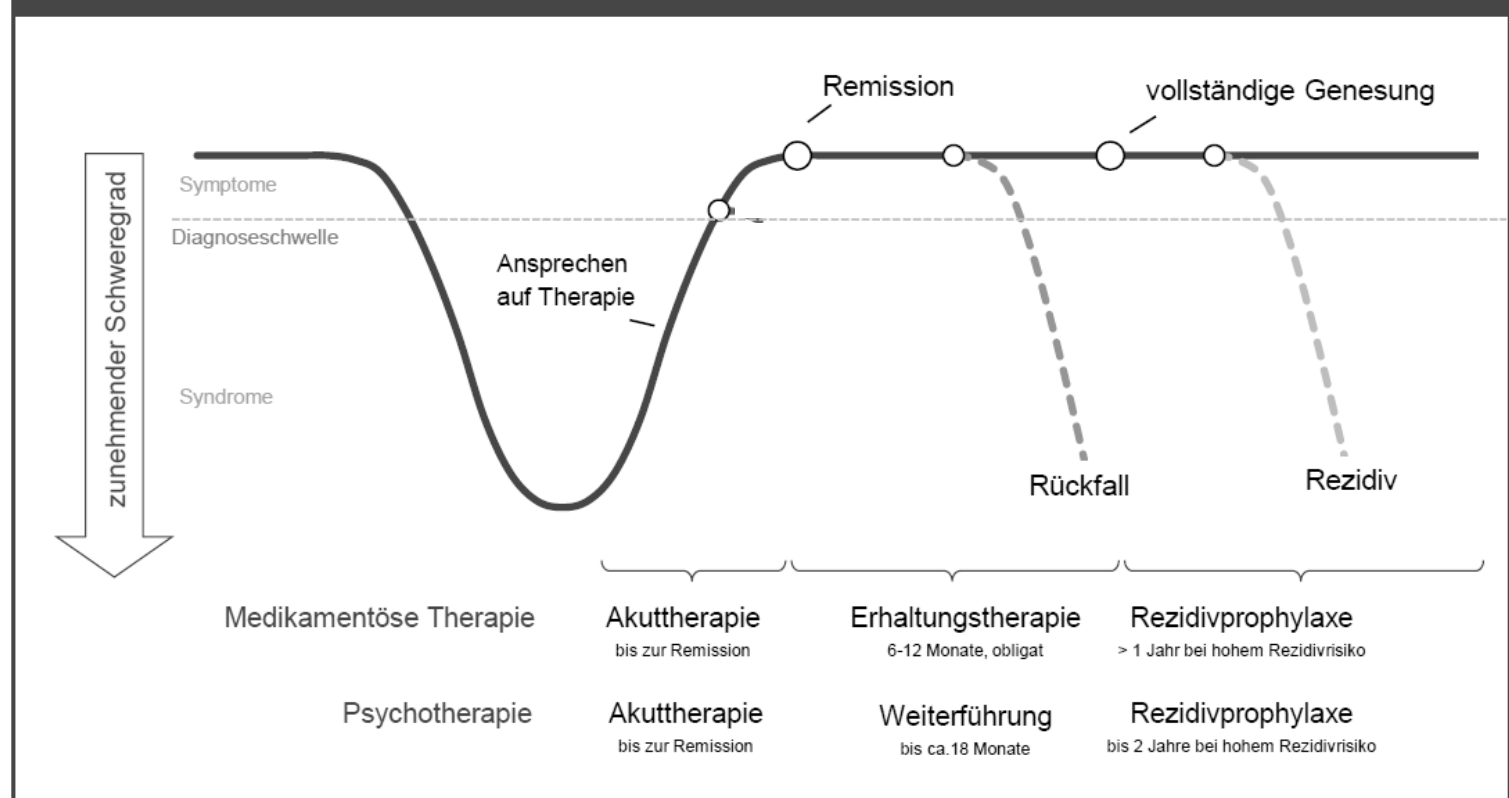


Abbildung: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2022, Version 3.1, AWMF-Register-Nr. nvl-005 <https://www.leitlinien.de/themen/depression.de>, Abruf 12.03.2022

Depression- 6.Behandlung - Pharmakotherapie

Absetzen von Antidepressiva:

- Mögliche Absetzphänomene (Dauer 2-6 Wochen):
 - Schwindel, Kopfschmerz, Krankheitsgefühl (Grippe-ähnlich), Benommenheit
 - Schlafstörungen, Magen- Darm-Beschwerden
 - Stimmungsschwankungen, Ängste
- Ähnlich einer Entzugssymptomatik, erfüllt aber nicht Kriterien einer Suchterkrankung
- Schnelle Besserung bei erneuter Einnahme (Unterscheidungskriterium zum Rückfall)
- stufenweises Absetzen über mind. 8-12 Wochen, außer bei schweren NW
- Aufklärung bereits zu Therapie- Beginn

Depression – 6.Behandlung - Pharmakotherapie

Ketamin-Nasenspray (Spravato)

- Hemmung von N-Methyl-D-Aspartat- (NMDA-) Rezeptoren (Glutamat-Freisetzung)
- Als Langzeitbehandlung der Depression bei „Therapie-Resistenz“
 - in Kombination mit einem SSRI oder SNRI (seit 2019)
- als akute Kurzzeitbehandlung (4 Wochen):
 - zur schnellen Reduktion depressiver Symptome, die nach ärztlichem Ermessen einem psychiatrischen Notfall entsprechen (seit 2021)
 - in Kombination mit einer antidepressiven Therapie
- Nebenwirkungen:
 - Gefühl des Abgespaltenseins von sich selbst, Gedanken, Gefühlen und der Umgebung (**Dissoziation**)
 - Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, verändertes Geschmacksempfinden
 - Erbrechen, Übelkeit, **erhöhter Blutdruck**
- Anwendung und Nachbeobachtung nur in geeigneten medizinischen Umfeld unter der direkten Aufsicht von medizinischem Fachpersonal; stationär und ambulant

Weiterer Wirkstoff mit ersten guten Wirksamkeitsnachweisen:

Dextrometorphan + Bupropion = Glutamat- Hemmer + Enzym-Hemmer (Cytochrom P450)

Depression - 6.Behandlung - Pharmakotherapie



- Johanniskraut
- Baldrian
- Lavendel

Depression – 6.Behandlung – Psychedelika

Psilocybin (Wirkstoff aus sog. „Zauberpilz“)

- Aktiviert Serotonin-Rezeptoren
- Abhängigkeitspotenzial im Rahmen medizinischer Anwendung gering
- in den letzten Jahren zunehmende Anzahl von Studien, teils mit geringen Probanden-Zahlen, Placebo-Kontrolle schwierig
- Laufende Studie (Gründer et al.): randomisiert, 143 Probanden
 - 2x 25mg Psilocybin im Abstand von 6 Wochen
 - 1x 5mg (aktiver Placebo) und 1x 25mg Psilocybin im Abstand von 6 Wochen
 - Vorläufige Ergebnisse: 25mg: Antidepressive Wirkung bereits nach 1 Woche und noch nach 1 Jahr
- Nebenwirkungen: Angst bei Wirkungsbeginn, Verwirrtheit, Übelkeit, Kopfschmerzen
 - noch nicht zugelassen
 - keine Erwähnung in der aktuellen deutschen Behandlungsleitlinie

Depression - 6.Behandlung - Cannabinoide

- 113 in der Cannabispflanze identifiziert, u.a. Tetrahydrocannabinol (THC) + Canabidiol (CBD)
- Der Körper verfügt über ein eigenes Endocannabinoid-System mit enger Verzahnung mit dem Nervensystem
- Stand April 2022: Cannabinoide werden eingesetzt als Zusatztherapie bei chronischen Schmerzen, seltenen Epilepsieerkrankungen, als Spasmolytikum bei multipler Sklerose, bei Übelkeit nach Chemotherapie, als Teil der palliativen Behandlung bei Tumorerkrankungen
- bei psychischen Erkrankungen bisher keine ausreichende wissenschaftliche Datenlage und kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis – keine Behandlungsempfehlung!
- Forschungsansätze:
 - **Depressionsbehandlung:** überwiegend Hinweise auf depressionsfördernde Wirkung von Cannabioniden; Ergebnisse noch uneindeutig, **keine Behandlungsempfehlung**
 - Antipsychotische Wirkung von CBD bei Schizophrenie
 - Studien zur Wirksamkeit bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen
 - Mögliche positive Wirkung durch Regulation des Stress-Systems
 - Auch körperliche Bewegung aktiviert das Endocannabinoid-System = möglicher positiver Wirkmechanismus (Besser bewegen als kiffen?!)

Pause



Depression - 6. Behandlung - Psychoedukation



- Gesundheitskompetenz
 - Informationen über die Erkrankung und Ursachen
 - Informationen zur Behandlung
 - Informationen zu Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation
- Motivation
 - Informationen zum Selbstmanagement
 - höhere Akzeptanz, aktivere Mitarbeit
- Veränderungen in den Einstellungen und im Verhalten
 - verbesserte Selbstkontrolle und -regulation
- Begleitung
 - bei Nutzung internet- und mobil basierter Anwendungen
 - während medikamentöser u./o. Psychotherapie
 - während Wiedereingliederung
- Rückfallprophylaxe und Krisenmanagement

Depression - 6. Behandlung - Psychotherapie

Therapieverfahren mit Kassenzulassung

- (Kognitive) Verhaltenstherapie (KVT, 60h)
- Psychoanalyse (160h)
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (60h)
- Systemische Therapie (für Erwachsene, 36h)

Wirkfaktoren von Psychotherapie

- Kontroverse dazu in der Depressionsbehandlung hält an („Dodo-Effekt“)
- Manche halten die therapeutische Beziehung mit einer Haltung der Wärme, Wertschätzung und Fürsorge für den wichtigsten Wirkfaktor → = Chance für Teamwork bei der Versorgung?!
- bei anderen psychischen Erkrankungen (Angst + Zwang, PTBS) Vorteile spezifischer Therapieformen nachgewiesen

Gemeinsame Studie von Hautzinger (KVT) und Leuzinger-Bohleber (Psychoanalyse): **Beide** Verfahren sind im 5-Jahresverlauf **wirksam**, die Psychoanalyse braucht länger und wirkt tiefgreifender

Depression - 6. Behandlung - Psychotherapie

Anbieter von Psychotherapie:

- Psychologische Psychotherapeuten (für Erwachsenen /Kinder)
 - Psychologie-Studium + Therapieausbildung
- Ärztliche Psychotherapeuten
 - Medizinstudium + Facharztausbildung (Psychiatrie und Psychotherapie oder psychosomatischer Medizin [PSM])
 - Medizinstudium + anderer Facharzt + Therapieausbildung
 - Medizinstudium, evtl. Facharztausbildung ohne Therapieausbildung (als privat abgerechnete Leistung)
- Heilpraktiker für Psychotherapie
 - Keine einheitliche Therapie-Ausbildung verlangt
 - Befähigungs-Überprüfung durch das Gesundheitsamt
- Seit WS 2020: eigenes Psychotherapie-Studium möglich (11 Unis in Deutschland)

Depression - 6. Behandlung- digitale Gesundheitsanwendungen



DIGAs:

- Programme (z.B. Apps) zur online- Nutzung mit PC, Handy, Tablet
- Auflistung im Verzeichnis des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Digitale-Versorgung-Gesetz 2019: DIGA ist verordnungsfähig, wenn als zertifiziertes Medizinprodukt gelistet. Seit 2020 Apps auf Rezept (meist durch Hausarzt)
- Voraussetzung: für Registrierung: Sicherheit + Datensicherheit, Funktionstauglichkeit, positiver Versorgungseffekt
- Cave: Vorläufige Registrierung als Medizinprodukt bereits ohne Wirksamkeitsnachweis!
- Erst für *dauerhafte* Listung müssen positive Versorgungseffekte nachgewiesen werden.
- „Nebenwirkungen“:
 - Gefahr der Fehldiagnostik und –Behandlung, Unter- / Überversorgung,
 - mangelnden Adhärenz → besonders bei unbegleiteten Anwendungen

Depression - 6. Behandlung- digitale Gesundheitsanwendungen



Behandlungs-Leitlinie Depression: DIGA:

- als depressionsspezifische Behandlungsmaßnahme
- zur Überbrückung von Wartezeiten
- Begleitung durch Arzt oder Psychotherapeut
 - Monitoring
 - Abfangen von Schwankungen des Therapieerfolgs
- Therapiebegleitend zur Therapieintensivierung / am Therapie-Ende

Beispiel: „deprexis“:

- Aufzeigen von Auslöse- + aufrechterhaltenden Faktoren (z.B. Denkmuster , Stress)
- Risikofaktoren erkennen, Umgang mit negativen Gedanken, Aktivierung
- Texte, interaktive Übungen, Grafiken, Videos oder Audio zur Unterstützung bei Problembewältigung
- virtuelle Gespräche, Arbeitsblätter, Stimmungstagebuch, Mail- oder SMS-Erinnerungen, Dankbarkeitsübung

Depression - 6. Behandlung- digitale Gesundheitsanwendungen



Weitere digitale Unterstützung für Betroffene: **iFightDepression**

- Angebot der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention
- Kostenlos, in über 20 Sprachen
- Keine DIGA, aber evidenzbasiert
- Online-basiertes, verhaltenstherapeutisch-orientiertes Programm, unter Mitwirkung des Behandlers (z.B. Hausarzt)

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-betroffene-und-angehoerige/ifightdepression-tool>

Depression - 6. Behandlung - Weitere Therapieansätze

Stimulationsverfahren

- Elektro-Krampf-Therapie (EKT)
 - Leitlinie (LL): bei Therapieresistenz, höherem Alter, psychotischen Symptomen (einschl. Erhaltungs-EKT)
 - Krampfanfall in Narkose
 - unter Kontrolle von EEG (Hirnströme), EKG(Herzaktivität) und EMG (Muskelaktivität)
 - insgesamt 8-12 Behandlungen, alle 2-3 Tage
- Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) LL: bei Therapieresistenz, in spezialisierten Zentren
- Vagusnerv-Stimulation (keine LL-Empfehlung bisher)
- Tiefe Hirnstimulation (keine LL-Empfehlung bisher)

Depression - 6. Behandlung - Weitere Therapieansätze



- **Ergotherapie, Soziotherapie**

- **Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen**

innerhalb eines stationären / ambulanten Behandlungskonzepts

- Als Primär- und Sekundär- Prävention

- **Regelmäßige körperliche Aktivität und Sport**

- Wirkt positiv auf den Spiegel eines wichtigen Wachstumsfaktors für Nervenzellen (BDNF, brain derived neurotropic factor)
- Als Primär- und Sekundär- Prävention

Depression – 7. Suizidalität

- Suizidalität entwickelt sich in 3 Stadien: Erwägung ↔ Ambivalenz ↔ Entschluss
- Ambivalenz- Phase: Wunsch nach einem **Ausweg** aus
„*Eigentlich-nicht-sterben-wollen*“ / „*So-nicht-weiterleben-können*“
 - Fast alle Betroffenen machen zu diesem Zeitpunkt **Suizid- Ankündigungen**
 - darüber **Reden** entlastet und eröffnet die **Chance auf Hilfe**
 - **auf das Setting achten!**
- Suizidentschluss meist **spontan + kurzfristig**
 - wer den Entschluss getroffen hat, kann wieder ambivalent werden + abgehalten werden
 - nachdem sie bei einem Suizidversuch zurückgehalten wurden, vollziehen 5% den Suizid zu einem späteren Zeitpunkt – 95% tun das NICHT
- Suizidalität ist ein NOTFALL !
 - Direkte oder indirekte Äußerungen zu Suizidalität **ernstnehmen + ansprechen**
 - ggf. Betroffene nicht mehr allein lassen und **professionelle Hilfe** einbeziehen

Depression – 8. Umgang mit Betroffenen

Symptome äußern sich auf ganz unterschiedliche Weise – Betroffene wirken dann...

- **Depressive Stimmung, Freudlosigkeit**
 - „launisch“/ „man kann es ihnen nicht recht machen“
- **Anspannung, Ängste, Selbstunsicherheit**
 - schroff, abweisend, schnell genervt
- **Überforderung, Vermeidung, Rückzug**
 - verschlossen, ausweichend, nicht belastbar
- **kognitive Störungen**
 - vergesslich, langsam im Denken, unflexibel
- **Antriebsmangel, Erschöpfung**
 - können Aufgaben kaum erledigen, brauchen Strukturierung

Depression – 8. Umgang mit Betroffenen

Mögliche Reaktionen auf das depressive Verhalten:

➤ Bewertungen gegen Betroffenen

- „Er/sie stellt sich an, macht es sich (mir) schwer“
- „Ich habe schon so viel getan und es reicht nicht“
- Sekundärer Krankheitsgewinn?

➤ Emotionale Reaktion der Helfer

- „genervt“ sein,
- Unzufriedenheit, Hilflosigkeit
- Ablehnende Haltung Betroffenen gegenüber („Aversion“)

➤ Eigener Anspruch

- Wunsch, schnell zu helfen, Leidensdruck bessern
- Eigene Aufgabe erfolgreich bewältigen
- Zeit für andere(s) gewinnen

Depression – 8. Umgang mit Betroffenen

➤ **Grundhaltung: „Empathie und Zuversicht“**

- Interesse am Gegenüber immer wieder neu suchen
- Mit dem Wissen um den phasenhaften Verlauf + die Behandlungsmöglichkeiten Zuversicht vermitteln
- Betroffene befindet sich emotional im “Krisen-Modus” – Dinge nicht persönlich nehmen!

➤ **Offenheit ohne Wertung**

- Bezeugen und mittragen, was ist/ war
- Die Einschätzung des Klienten erfragen

➤ **Ehrlichkeit + Verlässlichkeit**

- Eigene Aufgabe klären, Ziele klären
- Absprachen einhalten
- Klare Abgrenzung bei Grenzüberschreitungen

Depression – 8. Umgang mit Betroffenen

➤ **Sicherheit im Notfall**

- Sich Klarheit verschaffen über das eigene Vorgehen im Notfall (z.B. Suizidalität)

➤ **Bewusstsein für den eigenen Anspruch an sich + andere**

- Ambivalenz der Betroffenen beachten, nicht unter Druck setzen (lassen) (Dauer der Symptomatik?!)
- Eigene „Bewerter“ und Ansprüche an sich und andere sehen - „gnädiger Blick“ für sich + andere
- Grenzen des Möglichen sehen

➤ **Kollegialer Austausch**

- Fall-Besprechung
- Balint
- Supervision

„Beziehung heilt“ – Aufbau und Pflege einer vertrauensvollen Beziehung schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Probleme kommuniziert, gesehen und gelöst werden können

- Therapeutische Beziehung als Modell für neue Erfahrungen

Depression - Take Home

- Häufigste Stimmungserkrankung, oft mehrere Episoden, Rückfallrisiko steigt mit Episoden- Anzahl
- zur Krankheitsentstehung tragen maßgeblich bei:
 - negative Umwelteinflüsse + belastende Lebensereignisse
 - beteiligt sind auch Risikogene und das körpereigene Stress-System
 - Dabei stören Veränderungen von Botenstoffen und Wachstumsfaktoren im Gehirn die Funktion und Zusammenarbeit von Hirnzellen und -netzwerken
- Betroffene verstehen oft nicht, was passiert. Die Möglichkeit, offen über Symptome zu sprechen ist für viele eine Entlastung (danach Fragen!)
- Suizidalität ist ein häufiges Symptom – Aufmerksamkeit hierfür kann Leben retten! → Man sollte sich klar darüber sein, wann und wie man danach fragt und wie man mit der Antwort umgeht
- Depression ist gut behandelbar! Bei leichter + mittelschwerer Depression ist Psychotherapie gleich gut wirksam wie Medikation → beide gemeinsam wirken am besten!
DiGA nur in Kombi mit therapeutischer Begleitung!
- Regelmäßige körperliche Aktivität und Sport wirken protektiv und fördern die Heilung
- Die Genesung braucht ausreichend Zeit (mind. 3-6 Monate); danach ist oft noch ein medikamentöser Rückfallschutz notwendig – und Verständnis + Bestärkung in „heilsamen“ Beziehungen

Depression - Informationsfilm und –Buch



„Ich hatte einen schwarzen Hund“ (dt. Übersetzung von Freunde fürs Leben) – <https://www.youtube.com/watch?v=1UiA32Qv4yE>

Bipolare Störung



1. Epidemiologie
2. Verlauf
3. Ursachen
4. Symptomatik
5. Diagnostik
6. Therapie

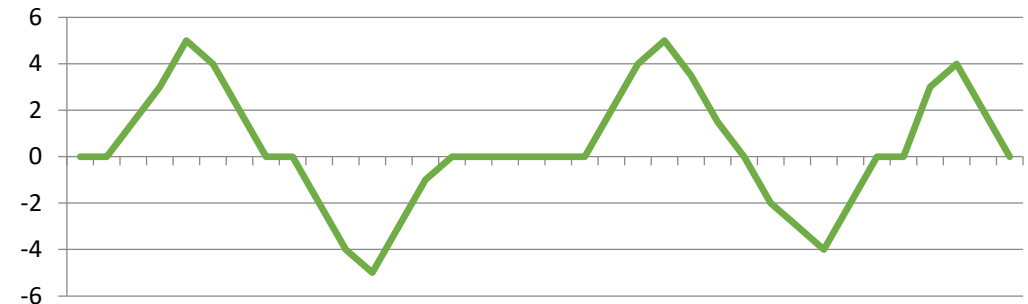
Bipolare Störung – 1. Epidemiologie



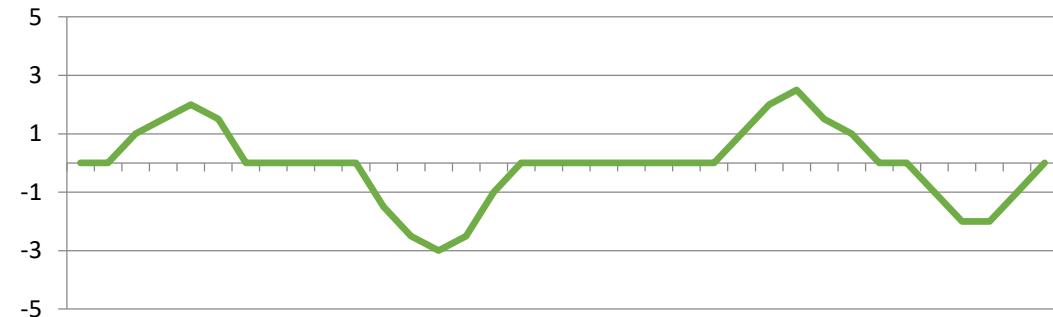
- Zweithäufigste affektive Erkrankung
- Frauen und Männer gleich häufig betroffen
- Lebenszeitprävalenz: 3%
- Krankheitsbeginn früher als bei Depression, mit 16-18 Jahren
- Höheres Rezidiv-Risiko
- Hohe Komorbidität mit Angst- und Suchterkrankungen
- Insgesamt höheres Suizidrisiko als bei unipolarer Depression

Bipolare Störung – 2. Verlauf

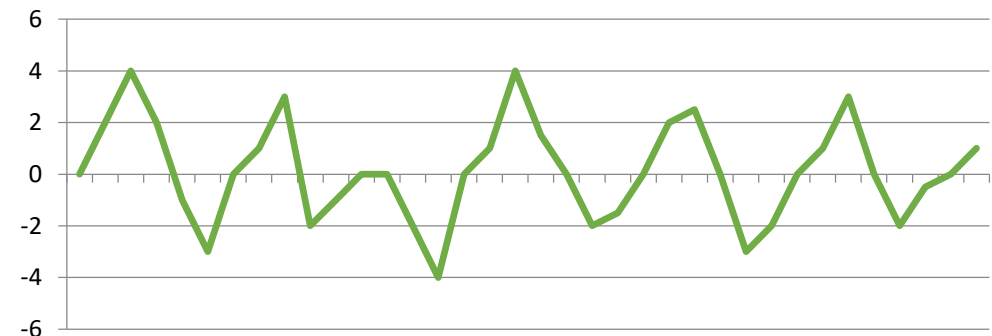
Bipolar I:
Wechsel zwischen Manie
und Depression



Bipolar II:
Wechsel zwischen Hypomanie
und Depression

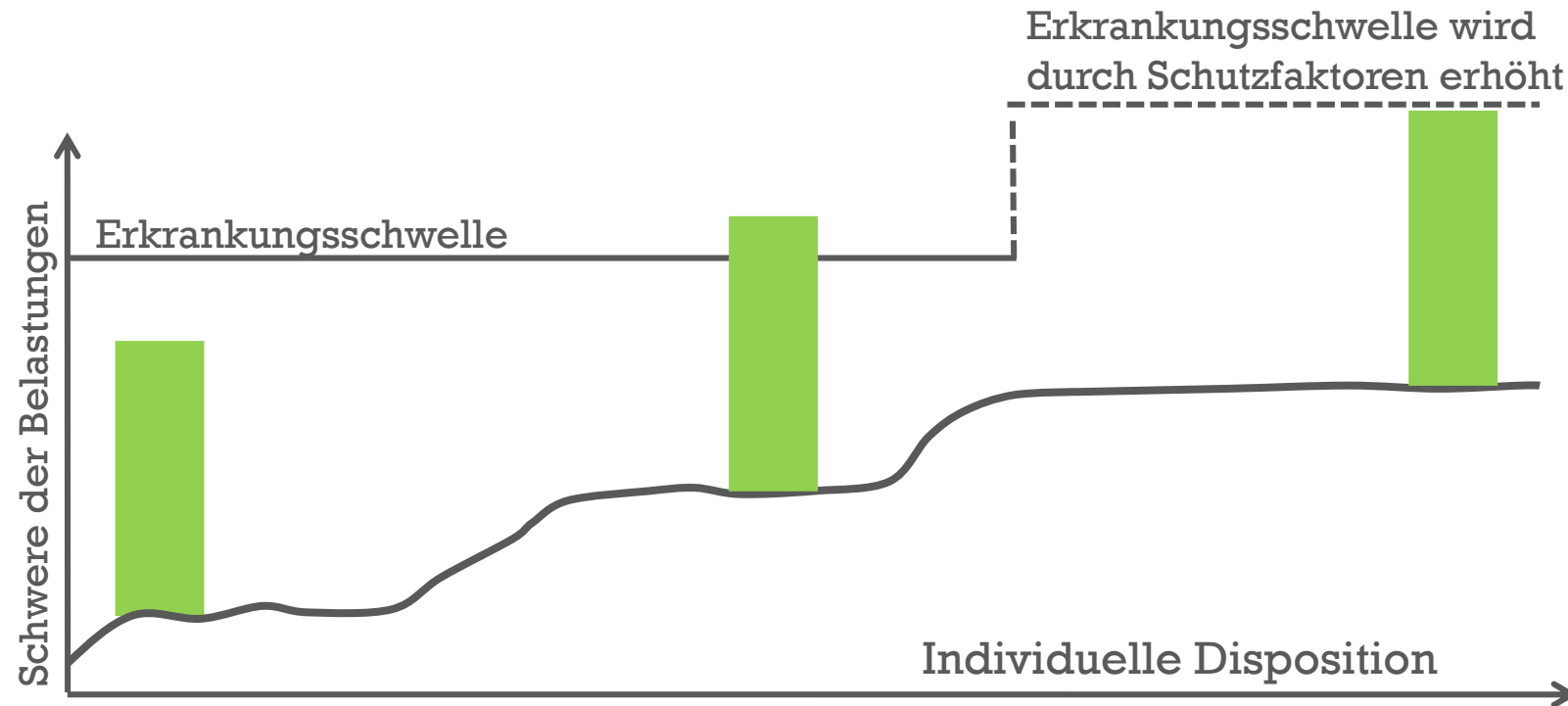


Rapid cycling:
rascher Wechsel der Phasen,
mind. 4 Phasen / Jahr



Bipolare Störung – 3. Ursachen

- multifaktorielle Genese
- genetische Faktoren besonders relevant
 - 1 Elternteil erkrankt: Kind hat 10%ige Wahrscheinlichkeit zu erkranken
 - Betroffene mit erhöhtem genetisches Risiko: Unterschiede in Reifung + Entwicklung verschiedener Hirnregionen



Modifiziert nach Lieb, Frauenknecht, Brunnhuber „Intensivkurs (...)“

Bipolare Störung – 4. Symptomatik – akute Manie

- Hauptsymptom:
 - gehobene/euphorischen/gereizte Stimmung
- Zusatzsymptome:
 - Gesteigerte Aktivität oder Ruhelosigkeit
 - Rededrang
 - Verlust sozialer Hemmungen
 - Größenwahn, Leichtsinnigkeit
 - Vermindertes Schlafbedürfnis
- Mögliche negative Folgen der Symptomatik:
 - Eigengefährdung
 - Finanzieller Verlust
 - Gefährdung sozialer Kontakte

Bipolare Störung – 4. Symptomatik



Akute Depression

- Symptomatik ist vergleichbar mit unipolarer depressiver Krankheitsphase

Gemischte Episode

- Gleichzeitig oder sehr schnell aufeinanderfolgend Symptome der Depression und der Manie/Hypomanie (häufig Getriebenheit + Impulsivität bei gleichzeitiger Niedergestimmtheit /Mutlosigkeit)

Intervall

- Zeit zwischen akuten Krankheitsphasen kann symptomfrei sein
- Wiedererkrankungsrisiko hoch

Bipolare Störung – 5. Diagnostik bei Manie



Mindestens 1 Woche lang Hauptsymptome
und 3 Wochen lang mehrere Zusatzsymptome

Einteilung des Schweregrades

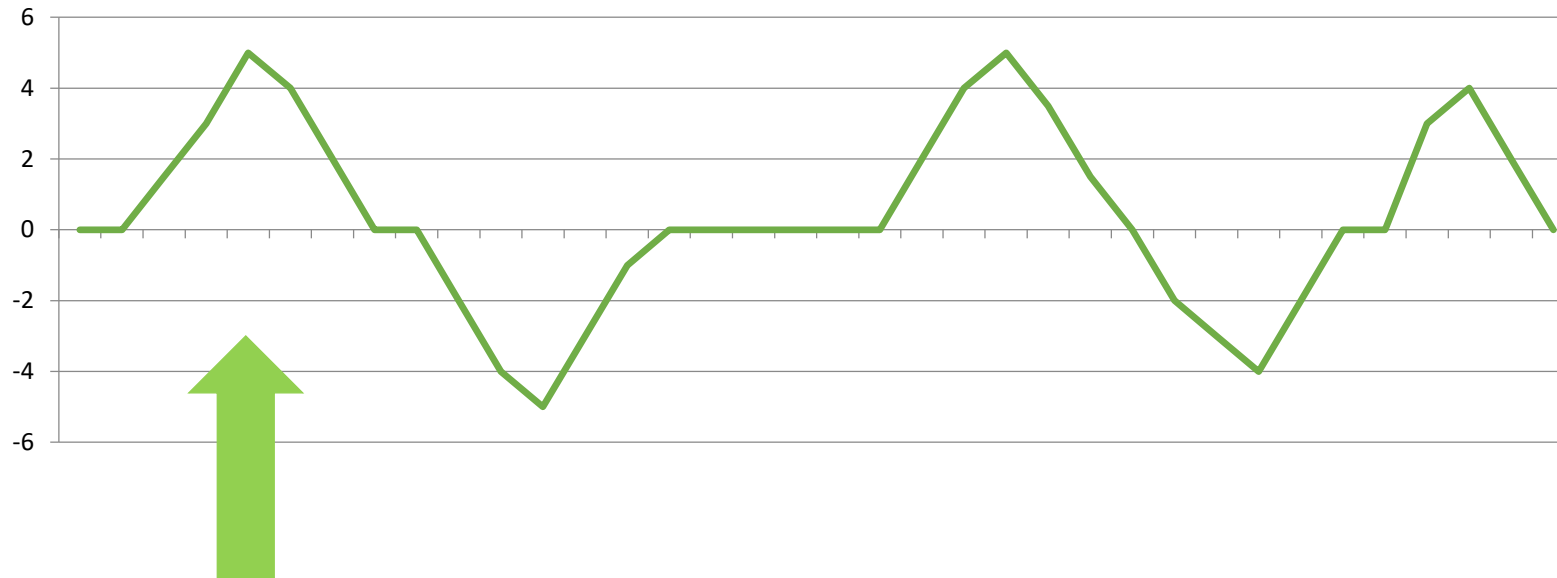
- Hypomanie
- Manie

mit/ohne psychotische Symptome

- Halluzinationen
- Wahn

depressive Phasen in der Vorgeschichte?  **Bipolare Störung**

Bipolare Störung – 6. Therapie – Akutphase



Akute (Hypo-) Manie

Bipolare Störung – 6. Therapie – Akute Manie



- Behandlung erschwert durch fehlende Krankheitseinsicht
- medikamentöse Behandlung meist unumgänglich
- meist rascher Wirkeintritt (Stunden bis Tage)
- zusätzlich Abschirmung von Außenreizen wichtig
- neben spezifischer Medikation anfangs meist zusätzlich Benzodiazepine (Tavor) notwendig

Bipolare Störung – 6. Therapie – Akute Manie

Stimmungsstabilisierer:

- Antiepileptika:
 - Carbamazepin (off-label)
 - Valproinsäure (nicht bei Frauen im gebärfähigen Alter)
- Lithium (Cave: Labor-Kontrollen notwendig, enger Dosisbereich)

Antipsychotika, am häufigsten:

- Olanzapin (Zyprexa)
- Aripiprazol (Abilify)
- Quetiapin (Seroquel)
- Risperidon (Risperdal)
- Asenapin (Sycrest)

Benzodiazepine (Diazepam /Tavor)

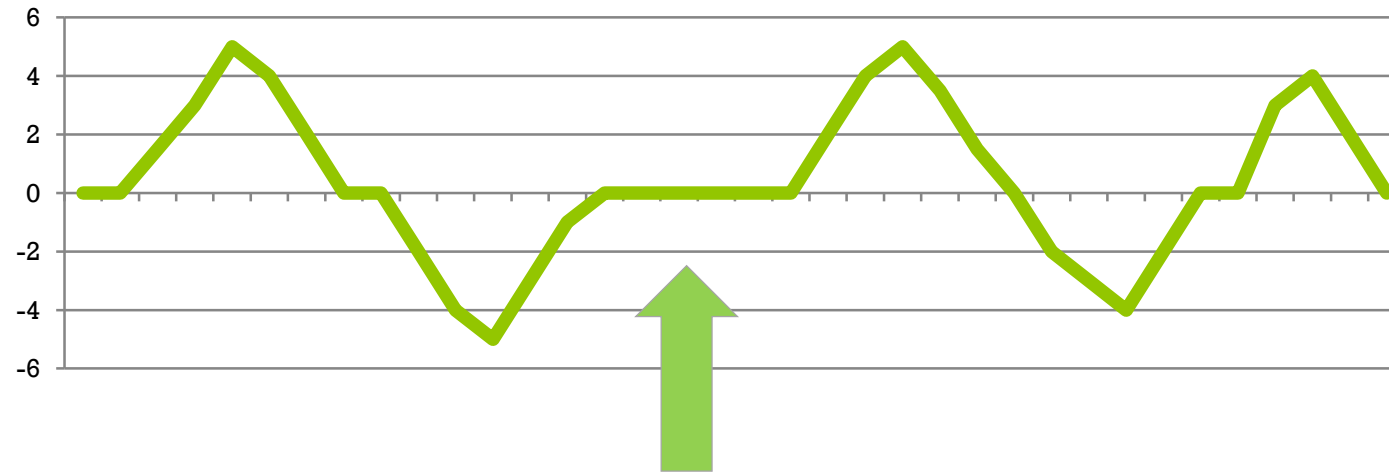
- Zur zusätzlichen Beruhigung in der Akutphase

Weitere Behandlungsmaßnahmen: **EKT, Ergotherapie**

Bipolare Störung – 6. Therapie – Akute Depression

- Cave: Antidepressiva-Behandlung birgt Gefahr der Auslösung einer gemischten /manischen Krankheitsphase
- Möglichst keine antidepressive Medikation bei leichter Symptomatik
- Bereits vorhandene Medikation aus Phasenprophylaxe (Stimmungsstabilisierer oder Antipsychotika) können verwendet werden:
 - Spiegelkontrolle und Weiterbehandlung mit gleichem Wirkstoff
- Antidepressiva:
 - Bupropion
 - SSRI (besonders Fluoxetin und Sertralin)
 - Zweite Wahl (höheres Risiko für Manie-Auslösung): Venlafaxin, trizyklischen Antidepressiva
- Antipsychotika:
 - Lurasidon
 - Olanzapin (off-label)
 - Quetiapin
- EKT oder repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Bipolare Störung – 6. Therapie – Intervall



gesundes Intervall

Bipolare Störung – 6. Therapie – Intervall

Rückfallschutz vor Manie und Depression

Stimmungsstabilisierer:

- Lithium (besonders bei hohem Suizid-Risiko)
 - Auch Langzeit-Gabe möglich; Gewichtszunahme möglich, sehr starke Ausprägung jedoch selten
 - Langzeittherapie: Ca. $\frac{1}{4}$ hat Risiko für chronische Nierenerkrankung (Komorbiditäten?!)
- Carbamazepin (Tegertal retard)
- Valproinsäure (Ergenyl chrono u.a.)
- Lamotrigin (Lamictal, kein sicherer Manie-Schutz)

Antipsychotika, am häufigsten:

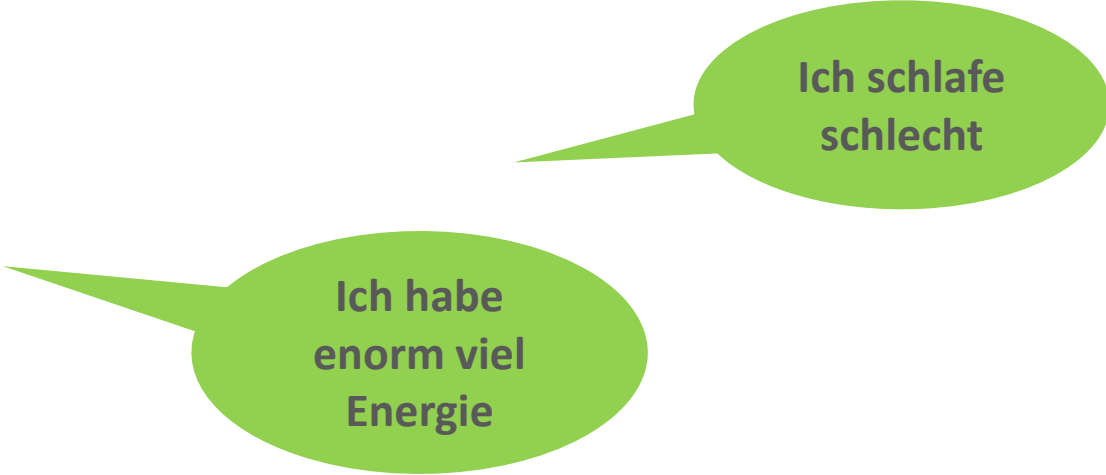
- Aripiprazol (Abilify, zur Manie-Vorbeugung)
- Olanzapin (Zyprexa)
- Quetiapin (Seroquel, wenn in der Akuttherapie wirksam gewesen)

Bipolare Störung – 6. Therapie – Intervall

Außer Tabletten – Was hilft gesund zu bleiben?

Psychoedukation

- Krankheitsverständnis
- Behandlungsvertrag
- Frühwarnzeichen



Ich schlafe
schlecht

Ich habe
enorm viel
Energie

Psychotherapie

- Krankheitsbewältigung
- Individuelle Belastungsfaktoren, z.B. in Familie, Beruf, Beziehung
- Auch als Gruppentherapie
- Englische und australische Leitlinie: kognitive Verhaltenstherapie empfohlen

Bipolare Störung – Take Home



- zweithäufigste Stimmungserkrankung
- Verlauf in Phasen mit Wechsel zwischen Depression und (Hypo-) Manie
- Akut-Phase Manie:
 - immer medikamentöse Therapie notwendig
 - meist plus stationäre Behandlung
- Depressive Phasen:
 - ab mittelgradiger Ausprägung ist Behandlung mit Medikation sinnvoll
- Im (gesunden) Intervall: medikamentöser Rückfallschutz
- Zusätzlich:
 - Tagesstruktur wichtig
 - Psychoedukation
 - Psychotherapie

Vielen Dank für Ihr Interesse!



Fragen?

Quellen

1. American Psychological Association: The road to resilience; <https://uncw.edu/studentaffairs/committees/pdc/documents/the%20road%20to%20resilience.pdf>, Abruf Oktober 2022
2. Ärztezeitung: „Esketamin-Nasenspray erhält EU-Zulassung“, Veröffentlicht: 20.12.2019, Abruf Oktober 2022: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Esketamin-Nasenspray-erhaelt-EU-Zulassung-405214.html>
3. Basisdaten Psychische Erkrankungen <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html>hlen und Fakten - Schwerpunkte - DGPPN Gesellschaft <https://www.medmedia.at/aerzte-krone/psychische-erkrankungen-fuehrender-grund-fur-verlorene-lebenszeit/>
4. Bengel J, Lyssenko L ; BZgA, 2012: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter, ISBN: 978-3-942816-22-9; [BZgA Förderung der psychischen Gesundheit Das Employee Assistance Program.pdf](#)
5. Beutel, Hautzinger, Leutzinger-Bohleber et al.: “Recovery from chronic depression and structural change:5-year outcomes after psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term treatments [...] (LAC depression study) Clin Psychol Psychother. 2023;30:188–201
6. Carhart-Harris Robin L et al., Lancet Psychiatry 2016; 3: 619-27, Psilocybin with psychological support für treatment-resistant depression: an open-label feasibility study
7. [Carhart-Harris Robin L.](#)¹, et. al. N Eng J Med. 2021 Apr 15;384(15):1402-1411. Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression,¹
8. Chekroun et al, Lancet psychiatry 2018 Sep; 5 (9): 739-746: Association between physical exercises and mental health in 1,2 million individuals in the USA between 2011 und 2015
9. Davis AK et al, JAMA Psychiatry, 2021; 78(5): 481-9 (53) Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder
10. DGPPN e. V. (2024) Basisdaten Psychische Erkrankungen, Stand April 2024, verfügbar unter www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html, Zugriff am 22.08.2024
11. Diakonie Deutschland [Armut und Geschlecht - Infoportal – Diakonie](#): <https://www.diakonie.de/wissen-kompakt/armut-und-geschlechtschland>
12. Godwin et al, Journal of Affective Disorders 327 (2023) 120-127Single-Dose psilocybin for treatment-resistant episode of major depression [...],
13. Hapke, Ulfert, Robert Koch Institut (RKI) Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Psychische Gesundheit in der Bevölkerung Aktuelle Daten und Hintergründe, DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener, <https://www.bfr.bund.de/cm/343/psychische-gesundheit-in-der-bevoelkerung-aktuelle-daten-und-hintergruende.pdf>, Abruf 17.10.2022
14. Hein-Rusinek U.; Burnout – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), ASUpraxis | Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 47, 6, 2012
15. [ICD-11](#): <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
16. Korczak Dieter, Monika Wastian, Michael Schneider; Therapie des Burnout-Syndroms, HTA-Bericht 120 im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit 2012
17. Moieni et al, Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2019 July; 4(7): 619-626: Sex differences in the relationship between inflammation and reward sensitivity
18. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2022) <https://www.leitlinien.de/themen/depression>
19. Psychosoziale Risiken bei der Arbeit: Gefahren erkennen und Schutz verstärken, DGPPN www.dgppn.de, Abruf 09/2022
20. Rotz R et al, EClinicalMedicine, 2023; 56:101809: Single-dose psilocybin-assisted therapy in major depressive disorder: a placebo-controlled, double-blind, randomised clinical trial
21. Seifritz E. Vortrag „Depression“, Psychiatrie-Update 2023
22. Torres-Berrio et al, Dialogues in Clinical Neuroscience Vol 21 No. 4 2019 341: Unraveling the epigenetic landscape of depression: focus on early life stress