

Depression



Stratmann

Definition



Psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet ist



Stratmann

Epidemiologie

Depression ist die häufigste psychische Erkrankung in Deutschland
Etwa 5 - 10 % der deutschen Bevölkerung (ca. 4 Mio. Menschen)
50% konsultieren keinen Arzt,
15% werden nicht erkannt

Morbiditätsrisiko affektiver Störungen wird auf ca. 1 % geschätzt

Affektive Störungen verlaufen:

65% der Fälle unipolare psychotische Depression (nur depressive Phasen)
30% der Fälle bipolar (depressive und manische Phasen)
5% der Fälle rein manische Episoden



Stratmann

Depression

unterschiedliche Angaben und Ergebnisse*:
Normalbevölkerung circa 5-10 %
Vorkommen: 6%-25 % bei Palliativpatienten (sic*)
Fakt: Es ist die am weitesten verbreitete Beeinträchtigung



Stratmann

Wissenschaftler haben herausgefunden, dass



Leute alles glauben, wenn man behauptet, Wissenschaftler hätten es herausgefunden.

Risiko↑ für Depressionen :

Geschlecht

Junges Alter: Bekannte Depression

Beeinträchtigungsniveau↑

soziale Unterstützung↓

Ängstlich vermeidender Bindungsstil

Substanzmissbrauch

Niedriger Sozialstatus

nicht ausreichende Schmerztherapie

Symptomlast↑

medizinische und/oder eigene Symptomkontrolle↓

In der Terminalphase sind Depressionen eher seltener.

Der Tod vor Augen kann sich auf die Stimmung auswirken.

Frauen ↑↑

Durchschnittliches Ersterkrankungsalter:

unipolare Depression 30-45 Jahre

bipolare Erkrankung 20-35 Jahre

Altersdepression ist die häufigste psychische Erkrankung bei über 65- jährigen (ca. 15%)



Verlaufsformen

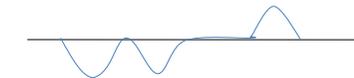
Depressive Episode :



Manische Episode :



Bipolare affektive Störung:



Rezidivierende depressive Störung:



Dysthymia:



Zyklothymia:



Diagnosestellung

1. Bewusstsein
2. Gedankengang/Situationserfassung
3. Antrieb
4. Stimmung/affektive Modulation
5. Grundeinstellung
6. Angst / reaktive Verstimmung
7. Seelische Grundproblematik
8. Ausschluss hirnerkranklicher Störung



Stratmann

Depression - Diagnostik

Körperliche Untersuchung
Neurologische Untersuchung (z.B. Hirnnervenfunktion, Reflexe)
Labor (u.a. BB, BZ, Elektrolyte, **Schilddrüsenwerte**, Leber-Nierenwerte)
EEG, CT, MRT
Anamnese (Eigen- und Fremdanamnese)

Psychopathologischer Befund:
Gespräch/Beobachtung (Gestik/Mimik/ Körperhaltung)
spontan geschilderte Beschwerden,
Explorationsfragen
Rating-Skalen

Einsatz von standardisierten Screening-Instrumenten

BDI



Stratmann

Was ist das ?

B



Stratmann

12 B



Stratmann

12 B 14

14
14

Stratmann

Was hat das mit einer Diagnose zu tun ?

12 B 14
A B C

C

Stratmann

Diagnose einer Depression

C

Ausführliches diagnostisches Interview (Facharzt)

Klinische Skala zur Einschätzung depressiver und ängstlicher Symptome

Zwei einfache Fragen bei informierten Patienten:

Sind sie depressiv?

Fühlen Sie sich interesselos?

Skalen waren diesen 2 Fragen nur überlegen, wenn Ängste und Depressionen bestanden.

awrie et al., 2004 Akechi et al., 2006

16

Stratmann

Beck-Test / Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der *Beck-Test* bzw. das *Beck-Depressions-Inventar* ist ein standardisierter Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Patienten und dient der Feststellung des Schweregrades einer **Depression**. Der Name geht auf den (Mit-)Entwickler **Aaron T. Beck** zurück.

In 21 Fragen mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten wird ermittelt, unter welchen Symptomen der Patient in den letzten zwei Wochen gelitten hat und wie sehr er dadurch in seinem Alltag eingeschränkt wurde (0=nicht vorhanden, 1=leichte Ausprägung, 2=mäßige Ausprägung, 3=starke Ausprägung). Dabei werden **Symptome** im Bereich der Gefühlslage, des Denkens und Verhaltens und auch körperliche **Symptome** abgefragt.

Depression: – Diagnostischer Ausschluss

Ausschluss von:
somatogene Ursachen
pharmakogene Ursachen
schizoaffektive oder schizophrene Psychosen
Angsterkrankungen (schwierig! - häufig Komorbidität)



Stratmann

Abgrenzung Suizidalität



50% aller Suizide gehen einher mit Depressionen
aber nur 1% der Todesfälle bei Tumorpatienten sind Suizide.

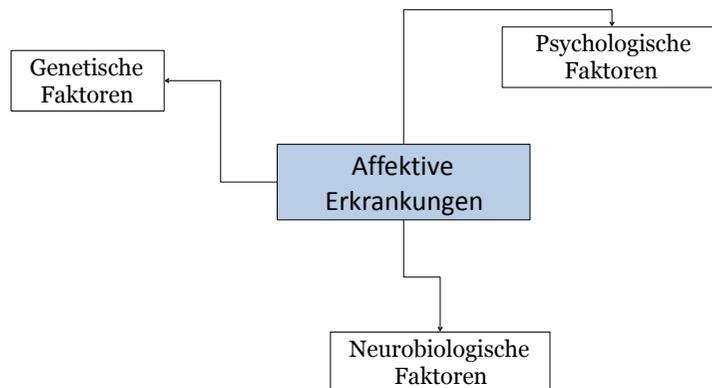
Prädiktoren: Depression und Hoffnungslosigkeit
(Todessehnsucht, Todeswunsch, Todesverlangen)

“Plan B” als Ausdruck von Selbstkontrolle



Stratmann

Ätiopathogenese (Entstehung von affektiven Störungen)



Stratmann

Psychologische Faktoren

Kritische Lebensereignisse, Stressreaktion

- psychoreaktive Auslösung:
belastende Ereignisse vor Ausbruch der Erkrankung
- unspezifische Stressreaktion:
längerdauernde Überlastung

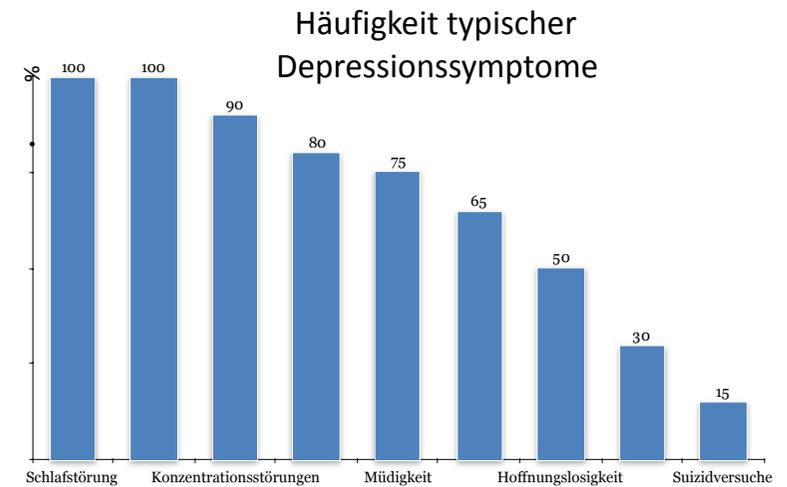
Psychodynamisch- psychoanalytische Modellvorstellungen

- ICH- Schwäche
- Die Wiederholung frühkindlicher Erfahrungen und das
- Wiederaufleben damit verbundener neg. Gefühlsassoziationen



Stratmann

phylogenetische Ätiopathogenese:
Energieeinsparung bei unerreichbarem Ziel
Depression verhindert eskalierende Konflikte.



Stratmann

Therapie bei Depression

Grundsätzliches:

- Mut und Hoffnung vermitteln
- keine wichtigen Entscheidungen in der akuten Phase
- Familie und Bezugspersonen mit einbeziehen
- Ziel: mehr Symptom und Selbstkontrolle im Sinne von Selbstwirksamkeit
- nach Abklingen der depressiven Symptomatik Medikation ca. 6-12 Monate fortführen (Rückfallgefahr)



Stratmann

Therapieoptionen bei Depressionen

tiefenpsychologisch orientierte Therapieangebote
(Psychoanalyse, Introspektion, Regression, Beziehungsthematik, spez. Setting)

Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Angebote
(Verhaltensanalyse, G5Parameter, Kognitionskontrolle)

hypnosystemische Entspannungsverfahren
(G5Parameter, Kognition, Introspektion, Regression)

Tranceinduktion

Katathymes Bild-Erleben

Hypnose

Lichtexposition

Schlafentzug

Physiotherapie*

pTMS

EKT

Kombination mit Medikamenten

Dr. Franz Stratmann

Therapie und Hilfe



hilfreich: **Phantasieisen, Hypnotalk, hypnosystemische Bilder, MMI, Dochinov und vor allem Beziehungsangebote.**

Ziel: den Menschen einen guten Tod und eine positive, gute Sicht auf ihr Leben zu ermöglichen.



Stratmann

Symptomlast in der Palliation

Einzelberichten zufolge wird Symptomlast durch die onkologische Erkrankung erleichtert.

Dies kann sich im Sinne einer positiven Lebens und Krankheitsbewältigung entwickeln, andererseits kann diese Fokussierung auch zusammen mit den sich ergebenden Anpassungsschwierigkeiten und schweren onkologischen Stressoren reaktive **Stimmungstiefs** auslösen, die die grundlegende Depression gleichsam bestätigen und **verstärken**.

—>>Kurzzeitinterventionen und psychosozialeTherapiestrategien



Stratmann

Therapie affektiver Störungen in der Palliation

28

Im Falle einer lebensverkürzenden Erkrankung unter palliativen Bedingungen sollten die Medikamente nicht abgesetzt, sondern lediglich die Dosis im Fall einer sich entwickelnden Leber- und Niereninsuffizienz reduziert werden.



Stratmann



Dies ist nicht die Zeit für pharmakologische Experimente.

Das bedeutet, dass die Patienten im Fall einer erneuten ZyklusErkrankung auf die bis dahin bewährten psychopharmakologische Medikation zurückgreifen können sollen.



Stratmann

Pharmakotherapie

SSRI: Sertralin, Fluoxetin, Citalopram

TZA: Mirtazapin Amitryptilin

MAO-Hemmer: Sulpirid

Stimulantien(Methylphenidat)

Johanniskraut

ggf. Anxiolytika



Stratmann

Antidepressive Therapie bei Depression und Suizidalität im Endstadium



Selbst Patienten mit unheilbaren Erkrankungen im Endstadium, die sterben wollten, können durch eine antidepressive Therapie bezüglich ihrer depressiven Symptomatik gebessert werden



Stratmann

Antidepressive Therapie bei Depression und Suizidalität im Endstadium



und zwar so, daß schon nach 1 Woche fünf von sechs Patienten nicht mehr den Wunsch äußerten, sterben zu wollen. Im Durchschnitt haben diese dadurch noch ca. vier Wochen gelebt.

Kugava A, Akechi T, Nakano T, Okamura H, Shima Y, Uchitomi Y. Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. Support Care Cancer. 1999 Nov;7(6):432-6.



Stratmann

Im Vordergrund körperliche Symptome

Die 70 Jahre alte Patientin kommt zum Hausarzt, da sie seit Wochen keinen Appetit mehr hat. Sie habe 7 kg abgenommen. Sie leide häufig unter Druck im Oberbauch und auf der Lunge. Fühle sich ziemlich schwach. Seit 2 Wochen leide sie unter Diarrhoen und vermehrtem Meteorismus. Ausserdem habe sie gelegentlich teilweise blutige Stühle.

NeueLernpotentiale.de



Stratmann

Und auch noch eine Depression ??

Die Patientin präsentierte zunächst nur ihre körperlichen Symptome. Auf Nachfragen hin erklärt sie ausserdem beiläufig: sie sei niedergeschlagen, freudlos und hätte auch keine Hoffnung mehr, dass sich das je noch ändere. Sie hätte überhaupt keinen Schwung und Antrieb mehr.

Gruppenrunde:

Welche Diagnostik würden Sie einsetzen ?

Welche Diagnose vermuten ?

Überlegen Sie, welchen Therapieansatz Sie empfehlen würden?

OP?

Evtl. palliativer Eingriff

Wahrscheinlich anus präter

Portimplantation deshalb SAPV

Stuhlweichmacher Macrogol

Ondansetron gegen Übelkeit sublingual

Zur Symptomkontrolle:

Medikamente?

Cortison als Panazee

Antivertiginosa transdermal

Citalopram

Bei Akutschmerz abhängig von Situation

Unruhe: Tavor

Angst: Tavor

hyperkalorische Energiezufuhr

Angehörigenarbeit

Selbsthilfegruppe