

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Volkskrankheit Depression – Verbreitung, Ursachen und Behandlungsansätze

Fachtag „Volkskrankheit Depression im Erwachsenenalter“
des Sozialdienst kath. Frauen, 5. Juli 2012



MAX-PLANCK-GESELLSCHAFT

Marcus Ising

Volkskrankheit Depression – Verbreitung, Ursachen und Behandlungsansätze

- 1) *Volkskrankheit Depression – Formen, Verlauf, Verbreitung*
- 2) *Ursachen der Depression*
- 3) *Behandlungsansätze bei Depression*
- 4) *Zusammenfassung und Ausblick in die Zukunft*

Volkskrankheit Depression – Verbreitung, Ursachen und Behandlungsansätze

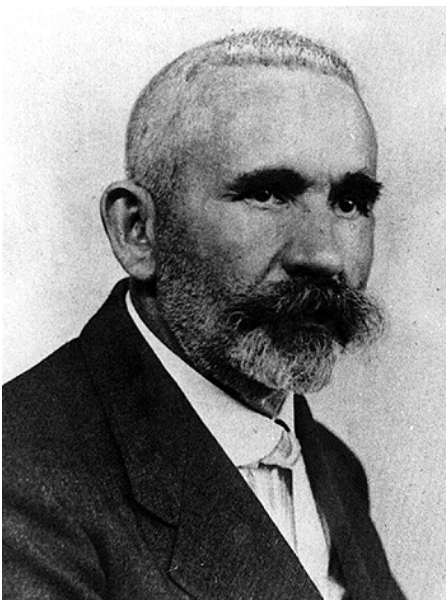
1) Volkskrankheit Depression – Formen, Verlauf, Verbreitung

Geschichte der Psychiatrischen Diagnostik - Emil Kraepelin -



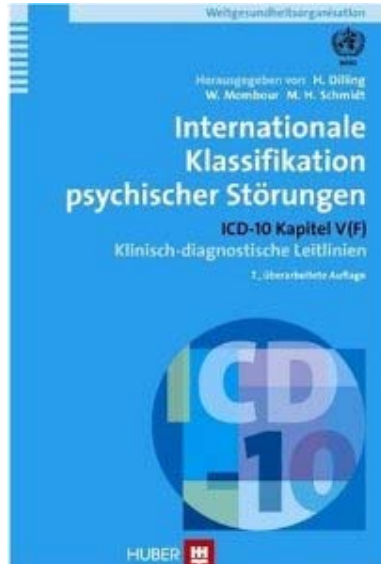
Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Emil Kraepelin (1856 – 1926): Begründer der modernen psychiatrischen Diagnostik, definierte die prinzipielle Unterteilung psychischer Störungen anhand des Auftretens und des Verlaufs.



- Oligophrenie
 - Angeboren oder früh erworben
 - Chronischer Verlauf
- Dementia Praecox
 - Im jungen Erwachsenenalter entstehend
 - Chronischer Verlauf
- Manisch-depressive Erkrankung
 - Im jungen, mittleren bis älteren Erwachsenenalter entstehend
 - Phasenhafter Verlauf

- Psychische Störung: Von der Norm erheblich **abweichendes Verhalten oder Erleben**, das mit **Beeinträchtigungen oder Leiden** der betroffenen Person oder anderen Person einher geht.



Übersicht Psychische Störungen

- **Organisch-bedingte psychische Störungen und Intelligenzminderung**
 - Demenz, Oligophrenie, organisch bedingte symptomatische Störungen
- **Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
 - Intoxikationen, Missbrauch, Abhängigkeit
- **Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
- **Affektive Störungen**
 - Depression, Manie und Bipolare Störung
- **Angst-, Belastungs- und somatoforme Störungen**
 - Phobien, Panikstörung, Zwangsstörung, Anpassungsstörung, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen
- **Verhaltensauffälligkeiten in Verb. mit körperlichen Funktionsstörungen**
 - Essstörung, Schlafstörung, sex. Funktionsstörung
- **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Achse II Störungen)**
 - z.B. Borderline Persönlichkeitsstörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- **Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und Emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (Achse II Störungen)**
 - z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)



F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Manische Episode (F30)

A Typische Symptome

- Anhaltend gehobene, expansive oder gereizte Stimmung
- Gesteigerte körperliche und psychische Aktivität

} **2 typische Symptome**

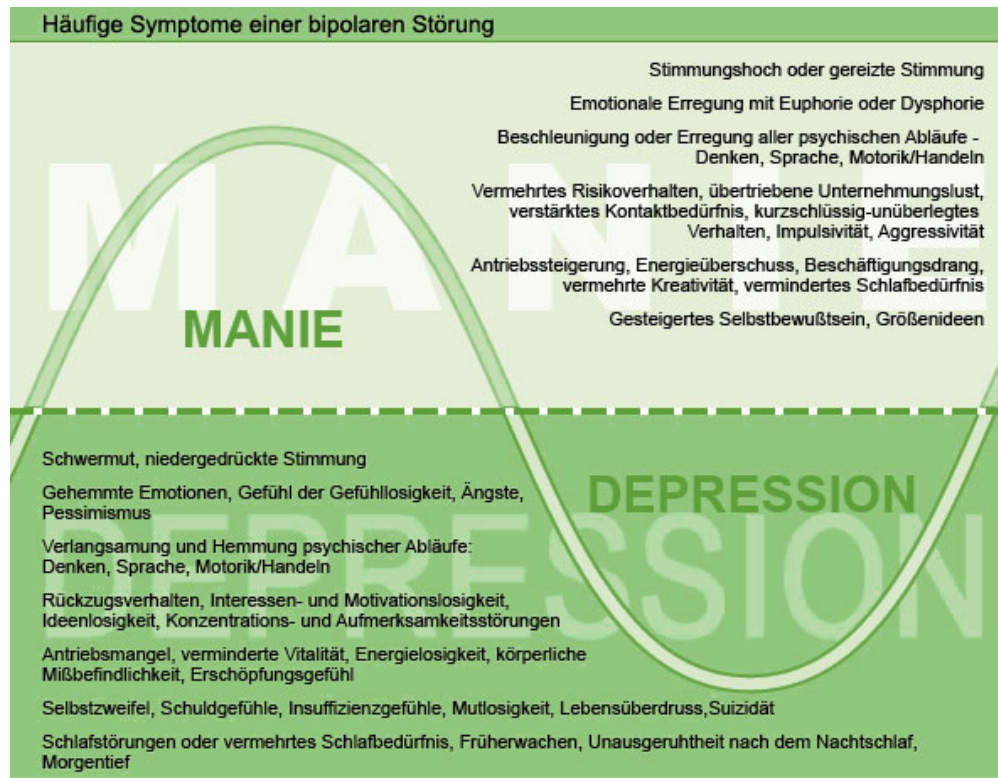
B Zusatzsymptome

- Auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit
- Gesteigerte Geselligkeit und Rededrang
- Übermäßige Vertraulichkeit, Verlust der sozialen Hemmung
- Gesteigerte Libido
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Größenideen und übertriebener Optimismus

} **mind. 3 Zusatzsymptome**

	Manische Episode	Hypomanische Episode
Dauer	≥ 1 Woche	≥ 4 Tage
Hauptsymptome	Gehobene, expansive oder gereizte Stimmung	Gehobene oder gereizte Stimmung
Anzahl notwendiger Symptome	3 von 9 weiteren Symptomen (4, falls Hauptsymptom „gereizte Stimmung“)	3 von 7 weiteren Symptomen

Quelle:
DGPPN S3-Leitlinie
Bipolare Störungen



Quelle:
<http://www.dgbs.de>

© Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V., www.dgbs.de

Depressive Episode (F32)

A Typische Symptome

- Anhaltend gedrückte Stimmung
- Interessensverlust, Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit

mind. 2 typische Symptome

B Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Gedanken
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörung
- Verminderter Appetit

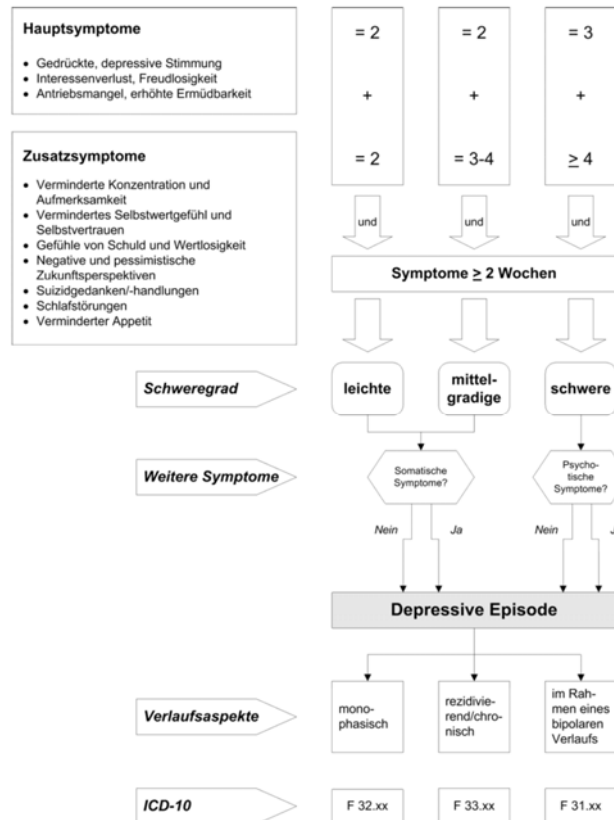
mind. 2 Zusatz-symptome

seit mind. 2 Wochen, die überwiegende Zeit

Differential-Diagnose



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



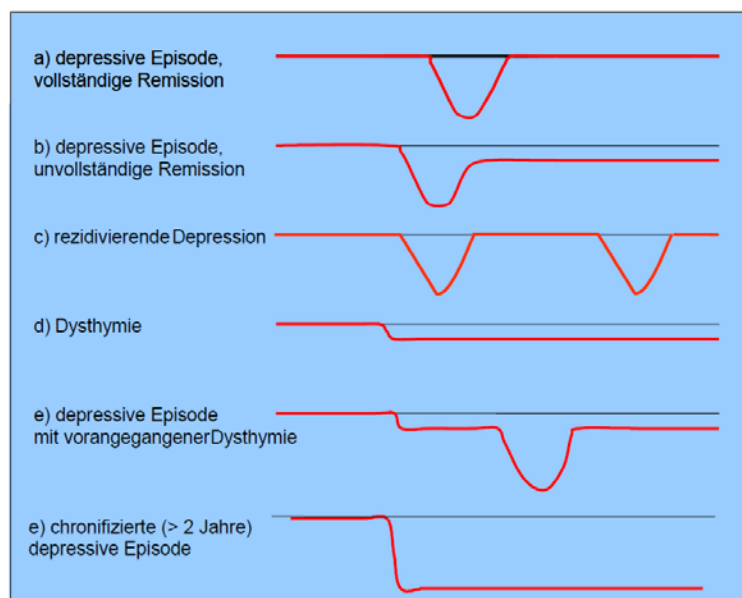
Quelle:
DGPPN S3-Leitlinie
Unipolare Depression

Depressive Störungen



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Depressive Episode (F32)
- Rezidivierende depressive Störung (F33)
- Anhaltende affektive Störung (F34)



Quelle:
DGPPN S3-Leitlinie
Unipolare Depression

Depressionsscreening



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO (Fünf) - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN ´ (Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

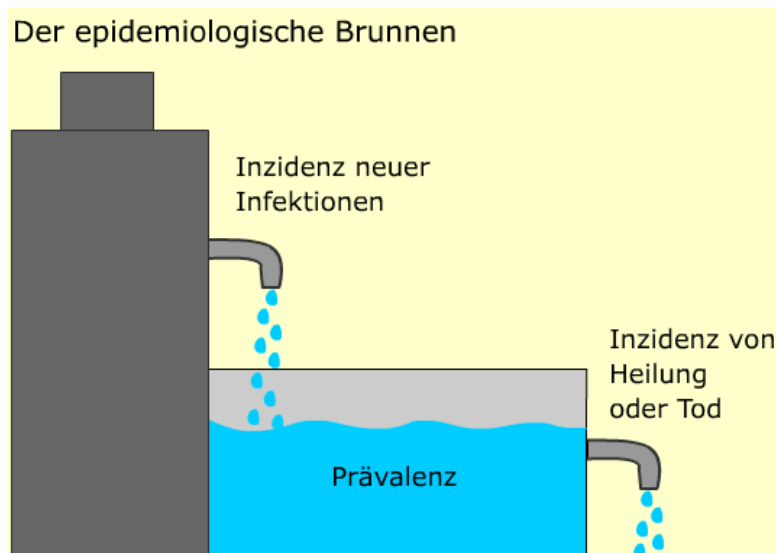
Quelle:
WHO Psychiatric
Research Unit,
Hillerød, DK

Epidemiologische Erfassung der Verbreitung einer Erkrankung



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- **Inzidenzrate:** Anteil der Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Jahr)
- **Prävalenzrate:** Gesamtzahl der Erkrankten innerhalb eines bestimmten Zeitraums (z.B. innerhalb eines Jahres)



Quelle:
IMP München

Prävalenzrate Psychischer Erkrankungen



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

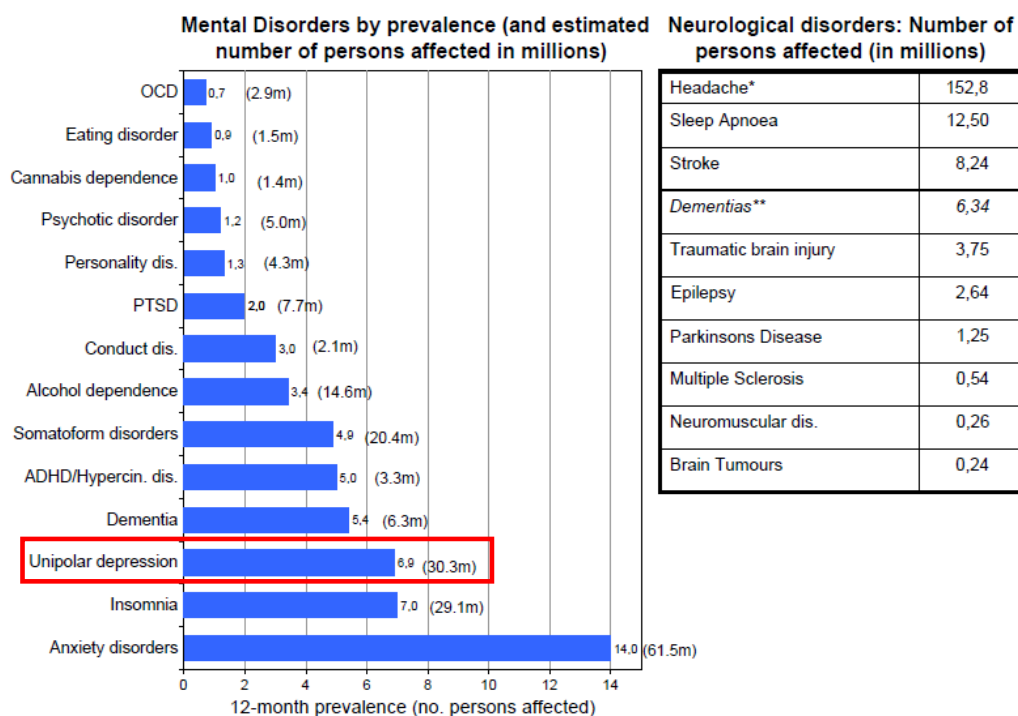
12 Month Prevalence Rate	Prevalence estimate	
	2005	2011
	% (95% CI)	%
Alcohol dependence	2.4 (0.2–4.8)	3.4
Opioid dependence (<i>drug dep</i>)	0.5 (0.1–0.6)	0.1–0.4
Cannabis dependence (<i>drug dep</i>)	See above	0.3–1.8
Psychotic disorders	0.8 (0.2–2.0)	1.2
Major depression	6.9 (4.8–8.0)	6.9
Bipolar disorder	0.9 (0.5–0.9)	0.9
Panic disorder	1.8 (0.7–2.2)	1.8
Agoraphobia	1.3 (0.7–2.0)	2.0
Social phobia	2.3 (1.1–4.8)	2.3
Generalized anxiety dis.	1.7 (0.8–2.2)	1.7–3.4
Specific phobias	6.4 (3.4–7.6)	6.4
OCD	0.7 (0.5–1.1)	0.7
PTSD	–	1.1–2.9
Somatoform disorders ^d	6.3 (2.1–7.8)	4.9
Anorexia nervosa (<i>eating dis.</i>)	0.4 (0.3–0.7)	0.2–0.5
Bulimia nervosa (<i>eating dis.</i>)	See above	0.1–0.9
Subtotal any Group A	27.4%	27.1%

Wittchen et al. (2011). European Neuropsychopharmacology, Table 4.

Betroffene Personen in Europa



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

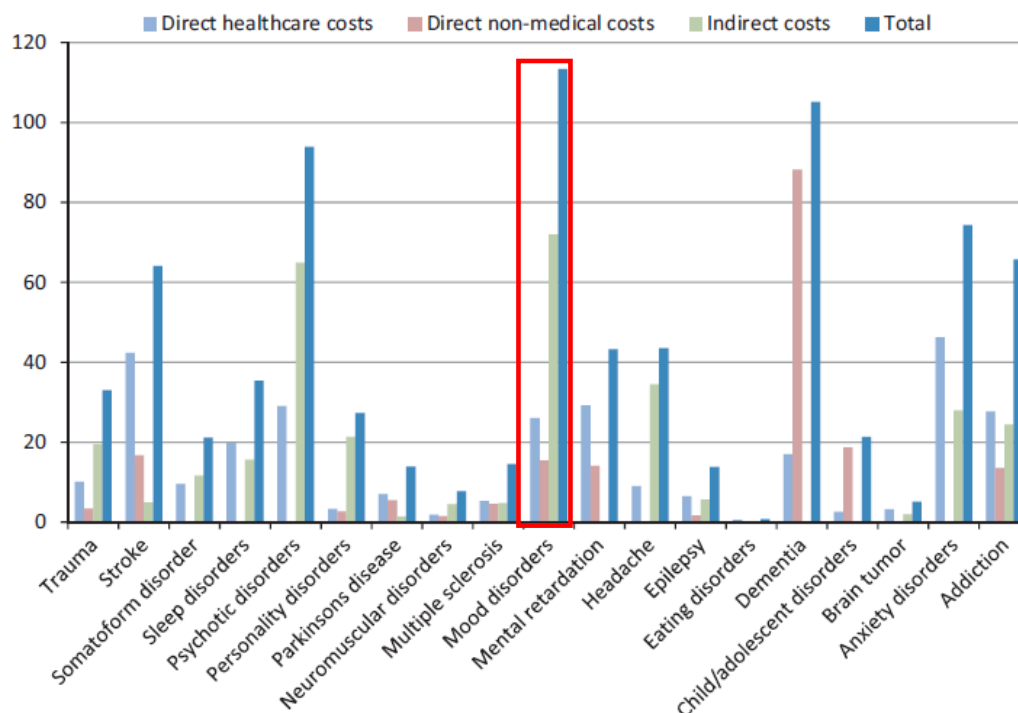


Wittchen et al. (2011). European Neuropsychopharmacology, Fig. 1.

Gesundheitskosten in Europa (in Mrd €) aufgrund neurologischer und psychischer Erkrankungen



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



Olesen et al. (2012). European Journal of Neurology, Fig. 1.

Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit: Deutlicher Anstieg bei Depression



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 aktiv Versicherte	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	559,2	425,1	407,6	410,2	413,2	439,2	461,0
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	102,0	137,4	132,4	138,2	147,1	165,4	180,9
F00-F09 Organische psychischer Störungen	8,7	8,6	8,7	8,2	8,1	8,3	8,5
F10-F19 Psy. und Verhaltensstö. durch psychotrope Subst.	11,9	15,3	15,3	16,3	17,8	20,8	22,4
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	13,4	19,8	18,4	18,4	19,4	20,8	21,4
F30-F39 Affektive Störungen	32,0	44,9	44,5	47,9	52,6	60,4	70,4
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Stör.	25,2	32,2	29,3	30,2	31,9	35,9	38,4
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körp. Störungen	0,7	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4,5	7,8	7,3	8,0	8,4	10,0	10,8
F70-F79 Intelligenzminderung	5,0	6,8	6,7	7,1	6,9	6,9	6,8
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,2	0,4	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6
F90-F98 Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht des Bundes

Volkskrankheit Depression – Verbreitung, Ursachen und Behandlungsansätze

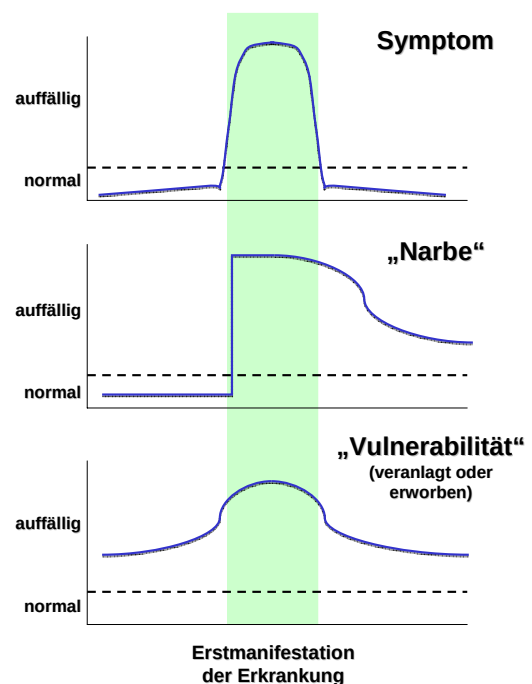
2) Volkskrankheit Depression – Ursachen

Das Vulnerabilitätskonzept der Depression



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

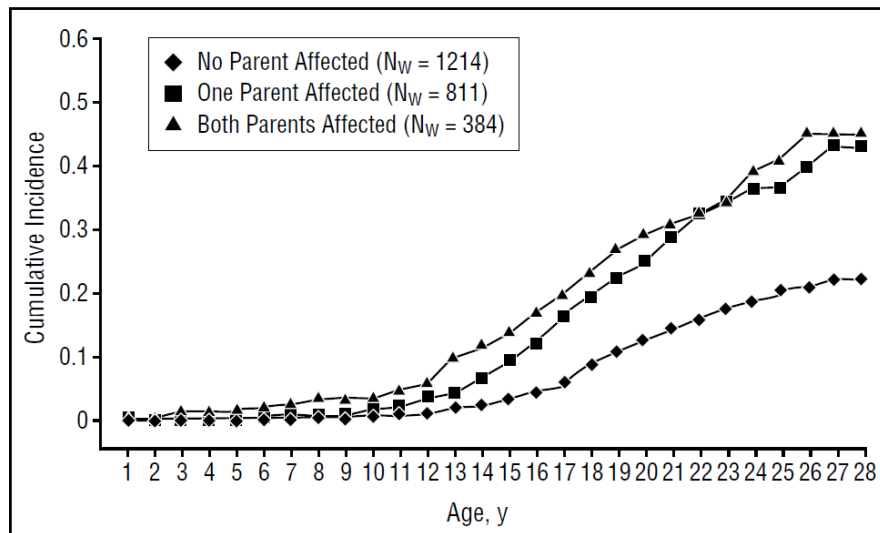
- **Vulnerabilität:** Vererbte oder erworbene Disposition für eine Erkrankung, die mittels Vulnerabilitätsmarker potenziell abbildbar ist (nach Zubin & Spring, 1977).
- **Krankheit:** Entsteht aufgrund des Auftretens von Auslösefaktoren, die nur bei vulnerablen Personen den Krankheitsprozess in Gang setzen.



Vulnerabilitätsfaktoren der Depression: A) Genetik



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



DSM-IV Disorder in Offspring†	Parental Loading of Major Depression					
	Neither Parent Affected (N _w = 1214)		One Parent Affected (N _w = 811)		Both Parents Affected (N _w = 384)	
	% _{ow}		% _{ow}	OR	% _{ow}	OR
Affective disorders						
Major depression	12.3		26.1	2.5‡	28.5	2.8‡
Dysthymia	1.8		5.3	2.9‡	6.8	3.9‡
Any depressive disorder	13.1		29.1	2.7‡	31.3	3.0‡
Bipolar I	1.0		3.2	3.2‡	5.7	5.7‡
Bipolar II	0.3		0.5	1.7§	2.5	8.6‡
Any affective disorder	14.2		31.9	2.8‡	35.3	3.3‡

Lieb et al. (2002).
Archives of General
Psychiatry.

Vulnerabilitätsfaktoren der Depression: A) Genetik



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Table 1 | Psychiatric disorders: symptoms, diagnosis and epidemiology

Diagnostic category	Clinical hallmarks	Genetic epidemiology			
		Population prevalence	Twin concordance	Heritability	Age of onset
Schizophrenia: a category of severe psychosis. Subtypes include paranoid, disorganized, or catatonic types	Acute: hallucinations, delusions and interference with thought processes (positive symptoms); chronic: the predominant phase of the illness and is characterized by apathy, lack of drive and social isolation (negative symptoms)	1%	MZ: 40–50%; DZ: 14%	70–85%	Late teens or early adulthood
Bipolar disorder (BP): includes BPI, BPII and BP NOS (not otherwise specified). Previously known as manic-depressive disorder	Mania (BPI): pathological elevations in energy, mood, and rates of thought and speech. Significant impairment in functioning; hypomania (BPII): milder manic symptoms with little or no impairment. Both usually (but not always) experience episodes of major depressive disorder	1% each for BPI and BPII	MZ: 70%; DZ: 19%	60–85%	Generally in late teens or early adulthood; paediatric forms are recognized
Major depressive disorder: broad category that is likely to be heterogeneous	Severely depressed mood, profound lack of energy and motivation, pathologically lowered self attitude, feelings of guilt, and slowed pessimistic thoughts	~17%	MZ: 46%; DZ: 20%	40%	Two primary waves of onset: mid-twenties and mid-forties

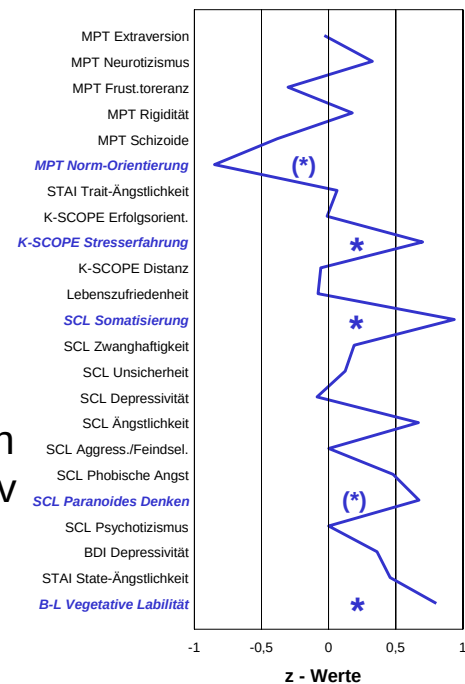
Burmeister et al. (2008). Nature Genetics.

Vulnerabilitätsfaktoren der Depression: B) Temperament



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- **Neurotizismus:** Neurotizismus und Negative Emotionalität sind mit einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden. Dieses erhöhte Erkrankungsrisiko ist jedoch nicht spezifisch, sondern betrifft auch andere psychische Erkrankungen, etwa Angsterkrankungen (Klein et al., 2011, Annual Review of Clinical Psychology).
- **Autonome Labilität/Somatisierung:** Teilbereich des Neurotizismus, der sich in Hochrisikopopulationsstudien als prädiktiv für die Entstehung affektiver Störungen gezeigt hat (Ising et al., 2004, Acta Psychiatrica Scandinavica)



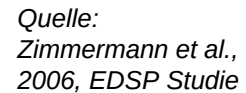
Vulnerabilitätsfaktoren der Depression: C) Krankheit



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- **Psychische Vorerkrankungen:** Insbesondere das frühe Auftreten von Angsterkrankungen, vor allem von Sozialer Phobien, Agoraphobie, Panikstörung oder Generalisierte Angststörung führen zu einem deutlich höheren Depressionsrisiko (Bittner et al., 2004, Journal of Clinical Psychiatry).
- **Körperliche Vorerkrankungen:** Viele alterskorellierte internistische Erkrankungen wie Diabetes, chronische Schmerzerkrankungen und Herz/Kreislaufkrankungen sowie neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson und Alzheimer erhöhen das Auftretensrisiko für Depression, verschlechtern die Behandlungsprognose, wie auch Depression zu einem höheren Risiko für die genannten körperlichen Erkrankungen führt (Utun et al., 2009, Psychiatria Danubina)

Max-Planck-Institut für Psychiatrie



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Zimmermann et al., Am J. Psych., 2011

Volkskrankheit Depression – Verbreitung, Ursachen und Behandlungsansätze

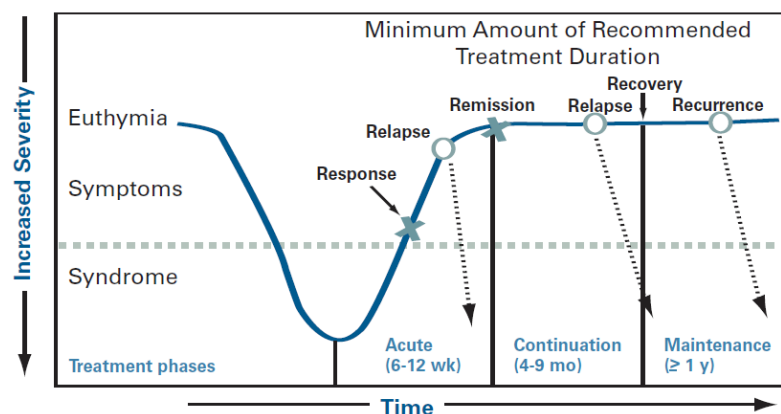
3) Volkskrankheit Depression – Behandlungsansätze

Behandlungsziele



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Symptome vermindern mit dem Ziel der Remission
- Mortalität, insbesondere Suizid verhindern
- Wiederherstellung der beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit
- Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts
- Rückfall- und Wiedererkrankungsrisiko reduzieren

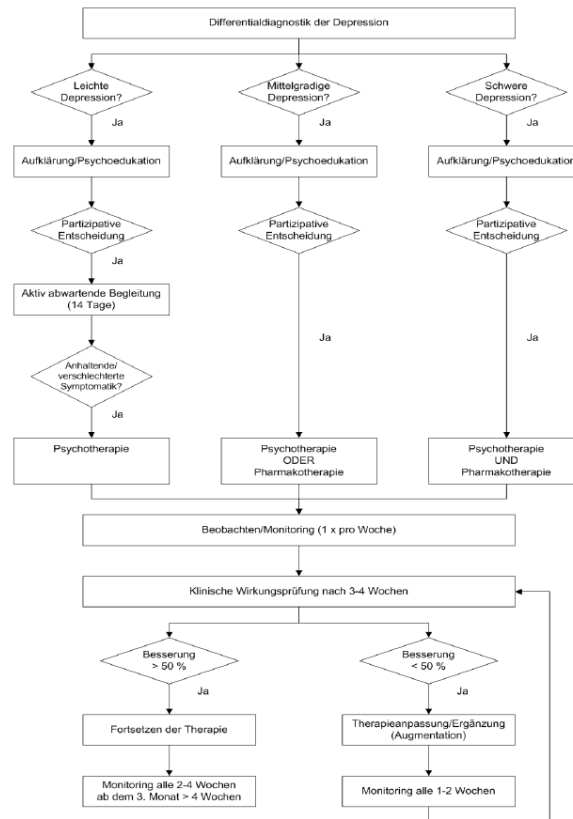


Kupfer DJ. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(suppl 5):28-34. Copyright 1991, Physicians Postgraduate Press. Adapted with permission.

Therapie depressiver Störungen



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



Quelle:
DGPPN S3-Leitlinie
Unipolare Depression

Empfohlene Psychotherapien bei leichter bis mittelschwerer Depression



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- Psychoanalytische Kurztherapie (STPP)

	Studientyp	Ergebnisse
Kognitive Verhaltenstherapie	Metaanalysen	KVT > AD, andere Therapieverfahren [48; 726; 727] KVT = AD [766]
	Review	KVT ≥ AD [728]
	RCTs ^a	KVT ≥ AD [199; 200; 344; 504; 766-770]
Interpersonelle Psychotherapie	Metaanalyse	IPT > AD [754] IPT > KVT [754]
	Review	IPT = AD, KVT [728]
	RCTs ^a	IPT = KVT [344] IPT + AD > AD + CM [755] IPT = AD [755; 756] IPT > TAU [756]
Psychodynamische Kurzzeittherapie	Metaanalysen	STPP > TAU (verschiedene Störungen) [737; 740] ^b
	RCTs	STPP = KVT [743] SPSP + AD > AD [502; 744] STPP + AD = STPP [500]
Analytische Langzeitpsychotherapie	Zur analytischen Langzeitpsychotherapie liegen naturalistische Studien vor ^c	
Gesprächspsychotherapie	RCTs	GPT = KVT [692; 758; 771] GPT > TAU [758]

a: Diese RCTs wurden lediglich zur Differenzierung der Ergebnisse aus Metaanalysen und Reviews aufgenommen; sie bilden die Evidenz aus RCTs nicht vollständig ab.
b: Leichsenring et al. (2004) [737] umfasst nicht alleine Studien mit depressiven Patienten. Die Metaanalysen von Leichsenring (2001) [736] und Crits-Christoph (1992) [735] wurden in dieser Tabelle nicht integriert, weil beide Arbeiten Studien zur IPT in die Analyse aufgenommen haben.
c: Hinweise zur Wirksamkeit analytischer Langzeitpsychotherapien bei depressiven Störungen (Symptombreduktion in der SCL 90-R und Reduzierung interpersoneller Probleme im IIP-D) liefert eine Reanalyse von Daten aus vier naturalistischen Studien [Göttinger Studie; [746]; Frankfurt-Hamburg-Studie; [745; 772]; Münchner Psychotherapie-Studie [751; 773-778]; Heidelberg-Berlin-Studie; [748; 749]] von [750].

Quelle:
DGPPN S3-Leitlinie
Unipolare Depression

Empfohlene Psychotherapien bei schwerer Depression



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) [+ Psychopharmakotherapie]
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT) [+ Psychopharmakotherapie]

	Studientyp	Ergebnisse
Kognitive Verhaltenstherapie	Metaanalysen	KVT = AD [651] KVT + AD > KVT [496; 497; 729] KVT + AD > AD [496; 497]
	RCT	KVT = AD [729] (bei erfahrenen Therapeuten)
Interpersonelle Psychotherapie	Metaanalysen	IPT + AD > IPT [496; 497] IPT + AD > AD [496; 497]
	RCT	IPT < AD + CM [730] IPT > Placebo [730]

Quelle:
DGPPN S3-Leitlinie
Unipolare Depression

Kognitive Verhaltenstherapie



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Kognitive Therapie nach Beck

Situations- beschreibung	Gefühle (E)	Automatische Gedanken	Rationalere Gedanken	Ergebnis
Aktuelle Ereignisse, die zu unangenehmen Gefühlen führen	Genau angeben (Angst, Wut usw.)	Die automatischen, negativen Gedanken angeben, die dem Gefühl vorausgingen	Rationale Reaktion auf automatische Gedanken aufschreiben	Gefühle nach den rationaleren Gedanken angeben und einschätzen
Datum				
Gedanken Tagträume usw., die zu unangenehmen Gedanken führen	Einschätzen von 0 - 100%	Wie gültig sind diese Gedanken? Einschätzen von 0 - 100%	Wie gültig sind diese rationaleren Gedanken? Einschätzen von 0 - 100%	
Allein im Haus nach Trennung von Frau, liege wach (1 Uhr)	Unruhig, nervös, Herzklopfen, deprimiert (100%), hoffnungslos, schwitzen	Ich habe hier soviel reingesteckt, war alles umsonst. Das wird nie mehr was. Ich bin nie bleib verlassen. Das Leben lohnt sich nicht. Ohne Partner hat das doch keinen Sinn.		

Abb. 24.3.: Beispielprotokoll negativer (automatischer) Gedanken bezogen auf eine konkrete Situation (nach Hautzinger 1994)

Tabelle 24.2: Wirksamkeit der kognitiven Therapie (KT) in der akuten Behandlungsphase im Vergleich (aus Jarrett und Rush 1994)

KT im Vergleich zu:	KT besser	beide gleich	Vergleichs- bedingung besser
Medikamenten- Placebo	0	1	0
Warteliste	8	2	0
Unspezifische Therapie	0	2	0
Verhaltens- therapie	1	4	0
Interpersonelle Psychotherapie	0	1	0
Psycho- dynamische Kurztherapie	2	2	0
Pharmako- therapie	2	5	0
Gestalttherapie	0	1	0
Beratung durch einen Pfarrer	1	1	0

Quelle: Marneros (1999). Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Stuttgart: Thieme.

Interpersonelle Psychotherapie

Initiale Phase	
Hauptziele:	Entlastung des Patienten Symptombewältigung Informationsgewinnung
Haupttechniken:	Exploration Psychoedukation Unterstützung Ermütigung Zuspruch Behandlungsvertrag
Strategien: z.B.	dem Patienten die Krankenrolle geben Depression in einen interpersonellen Kontext bringen
Mittlere Phase (Beispiel: Rollenwechsel)	
Hauptziele:	Betrauern und Akzeptieren des Verlustes der alten Rolle positive Sichtweise der neuen Rolle Wiederherstellen des Selbstwertgefühls
Haupttechniken:	Ausweitung des Themas Klärung Ermunterung zum Ausdruck von Gefühlen positives Umformulieren problematischer Aspekte Entscheidungsanalyse
Strategien:	z.B. positive und negative Aspekte alter und neuer Rollen besprechen Gefühle bzgl. des Verlustes explorieren zum Aufbau eines sozialen Stützsystems und neuer Fertigkeiten, welche die neue Rolle erfordert, ermuntern
Beendigungsphase	
Hauptziele:	angemessener Umgang mit dem Abschiedsprozess Vorbereitung auf die Zukunft
Haupttechniken:	Ermunterung zum Ausdruck von Gefühlen Unterstützung Ermütigung positive Bestätigung
Strategien:	z.B. Beendigung der Therapie ausführlich besprechen dem Patienten seine autonomen Kompetenzen bewußt machen Besprechen von typischen Frühwarnzeichen der Depression

Abb. 24.4: Ziele, Techniken und Strategien in den 3 Phasen der IPT am Beispiel Rollenwechsel

Tabelle 24.3: Wirksamkeit der interpersonellen Psychotherapie (IPT) im Vergleich: akute Behandlungsphase (aus Jarrett und Rush 1994)

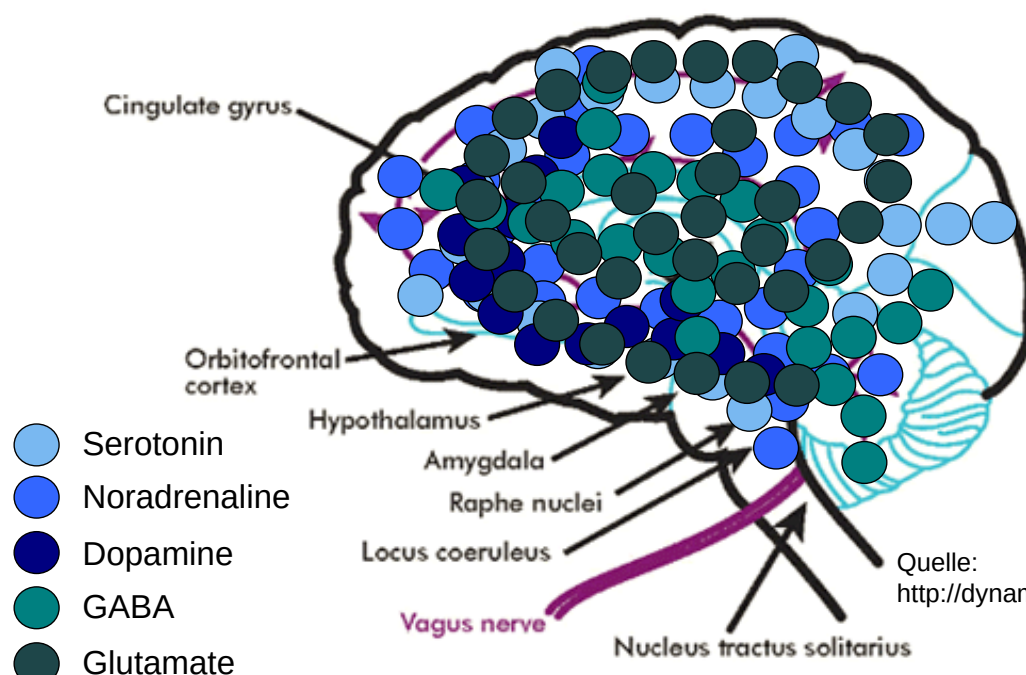
IPT im Vergleich zu:	IPT besser	beide gleich	Vergleichsbedingung besser
Medikamenten-Plazebo	0	1	0
Warteliste	^a	^a	^a
Unspezifische Therapie	1	0	0
Verhaltenstherapie	^a	^a	^a
Kognitive Therapie	0	1	0
Psychodynamische Kurztherapie	^a	^a	^a
Pharmakotherapie	0	2	0

^a keine veröffentlichten Studien

Quelle: Marneros (1999). Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Stuttgart: Thieme.

Psychopharmakotherapie

- Akuttherapie
- Erhaltungstherapie/Rückfallprophylaxe



Akuttherapie



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Anti-depressiva	Beispiele	Acetylcholin	Noradrenalin	Serotonin	Dopamin	Histamin	Melatonin
TZA	Amitriptylin Trimipramin	X	X	X	(X)	X	
MAO-H	Moclobemid Tranylcypromin		X	X			X
SSRI	Fluoxetin Citalopram			X			
NARI	Reboxetin Atomoxetin		X				
SNRI	Venlafaxin Duloxetin		X	X			
NASSA	Mirtazapin Mianserin		X	X		X	
Sonstige ADs	Bupropion Agomelatin		X	X	X		X

Anxiolyse & Sedierung	Beispiele	Acetylcholin	Noradrenalin	Serotonin	Dopamin	Histamin	GABA
Sed. ADs	Trimipramin	X	X	X	X	X	
	Mirtazapin		X	X		X	
Tranquilizer	Benzodiazepine						X
Atypische Neuroleptika	Quetiapin Aripiprazol			X	X		

Maßnahmen bei Nicht-Ansprechen



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Serumspiegelbestimmung, therapeutisches Drug-Monitoring
- Dosisanpassung
- Wirkungsverstärkung (Augmentation) mittels Zugabe von:
 - Lithium
 - Antiepileptika
 - Schilddrüsenhormonen
 - Atypische Neuroleptika
- Wechsel des Antidepressivums (Switching), „Klassenwechsel“
- Antidepressiva-Kombination

- Fortführung der Antidepressiva-Medikation für mindestens 4 bis 9 Monate nach Symptom-Remission, bei Patienten mit hoher Rezidivneigung bis zu 2 Jahre
- Zur Vermeidung von Absetzsymptomen langsames Ausschleichen der antidepressiven Medikation über einen Zeitraum von 4 Wochen
- Bei Patienten mit Rezidivierende Depression oder Bipolarer Störung ist eine langfristige medikamentöse Rückfallprophylaxe indiziert.

Phasen-prophylaxe	Beispiele	Acetylcholin	Noradrenalin	Serotonin	Dopamin	GABA	Glutamat
Lithiumsalze	Lithiumcarbonat	X	X	X	X		
Antiepileptika	Carbamazepin Lamotrigin					X	X

Quelle: DGPPN S3-Leitlinie Unipolare Depression

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren – Teil I

- Elektrokrampftherapie (EKT)
 - Auslösung eines generalisierten Krampfanfalls unter Narkose und Muskelrelaxation
 - Üblicherweise 2 bis 3 mal pro Woche bis zu einem Zeitraum von 6 Wochen
 - Gute Wirksamkeit bei schwerer therapieresistenter Depression, insbesondere bei älteren Patienten
- Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)
 - Partieller Schlafentzug in der zweiten Nachthälfte oder vollständiger Schlafentzug
 - Rasche Besserungseffekte, die üblicherweise nur kurz anhalten
 - Geeignet als ergänzende und motivierende Therapiemaßnahme

Quelle: DGPPN S3-Leitlinie Unipolare Depression

- Lichttherapie (EKT)
 - Therapieoption (neben SSRIs) für die saisonal abhängige Depression (Herbst/Winter-Depression)
 - Üblicherweise 30 bis 40 Minuten pro Tag bis zu einem Zeitraum von 4 Wochen (10.000 Lux), bei Lichtquellen mit geringerer Intensität entsprechend längere Behandlungsphasen
- Weitere Therapieverfahren
 - Repetitive transkranielle Magnetstimulation: keine hinreichende Evidenz für eine bedeutsame klinische Wirksamkeit
 - Vagusnervstimulation: keine hinreichende Evidenz für eine bedeutsame klinische Wirksamkeit

Quelle: DGPPN S3-Leitlinie Unipolare Depression

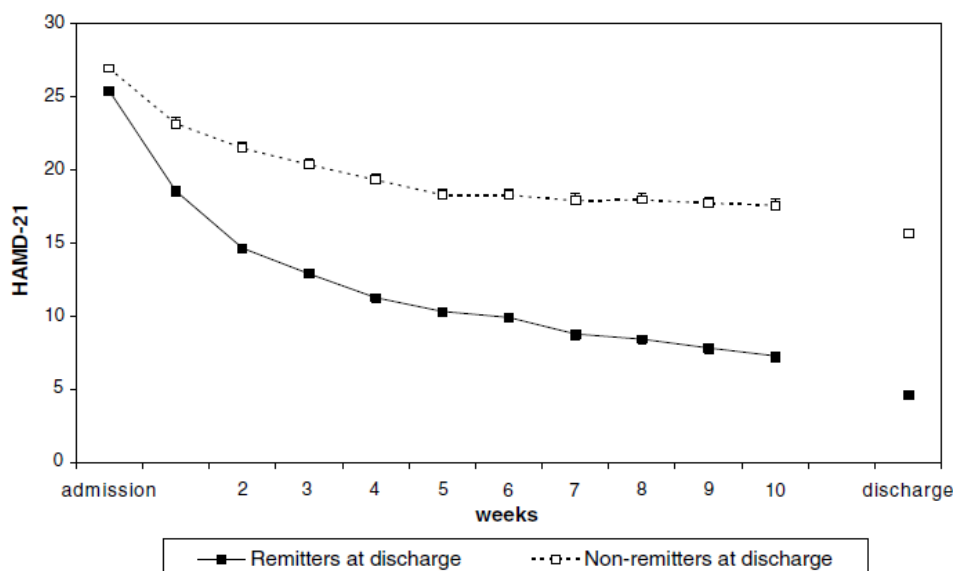
Volkskrankheit Depression – Verbreitung, Ursachen und Behandlungsansätze

4) Volkskrankheit Depression – Zusammenfassung und Ausblick in die Zukunft

- Manie: Manische Episode (F30), Bipolare Störung (F31)
- Depressive Störung: Depressive Episode (F32), Rezidivierende depressive Störung (F33), Anhaltend affektive Störung (F34)
- Jahresprävalenzrate bei ca. 7%, damit die häufigste Form psychischer Störungen nach Angsterkrankungen; verursacht mit die höchsten Kosten für das Gesundheitssystem
- Depression ist eine multifaktorielle Erkrankung. Vulnerabilität für Depression wird vermittelt durch a) Genetik, b) Temperamentsfaktoren, c) vorherige Krankheit und d) Belastungsfaktoren.
- Die Behandlung der Depression erfolgt in der Regel dual mittels Psychotherapie, vor allem Kognitive Verhaltenstherapie und Interpersonelle Psychotherapie, und Psychopharmaka, in der Regel Antidepressiva, geg. in Kombination mit Phasenprophylaktika.

Begrenzte Effektivität der Antidepressiven Behandlung

- Antidepressiva sind wirksam bei der Mehrheit der behandelten Patienten. Diese Effekte treten aber erst verzögert ein, und nicht alle Patienten profitieren gleichermaßen.

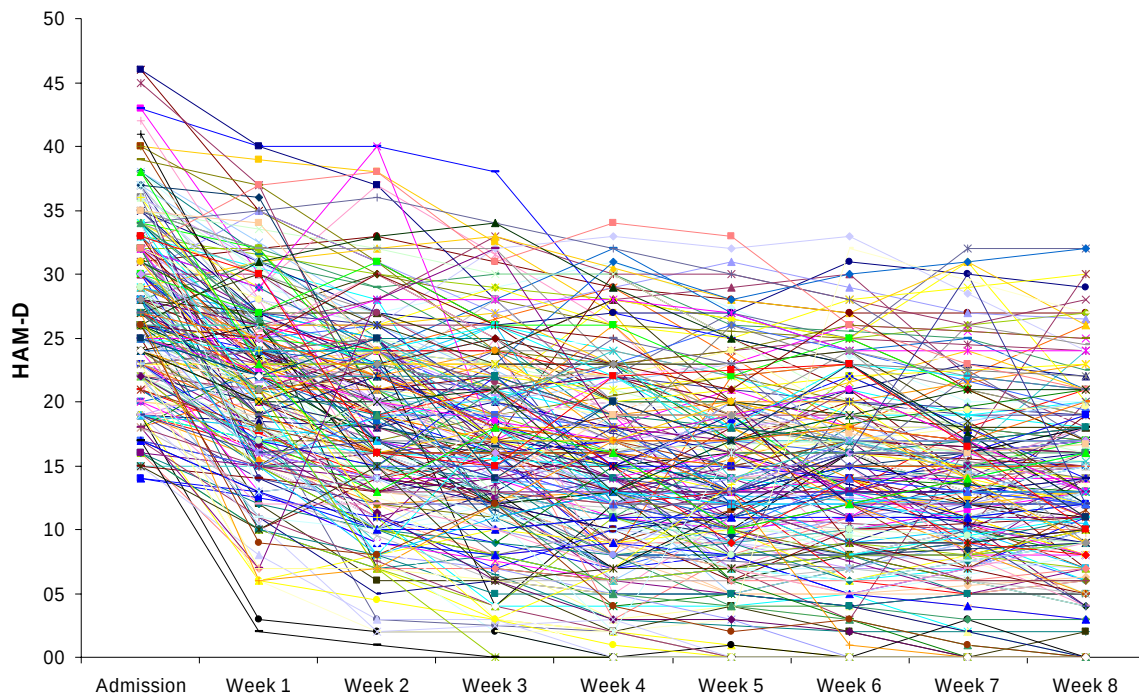


Heterogenität Antidepressiver Behandlungsverläufe



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

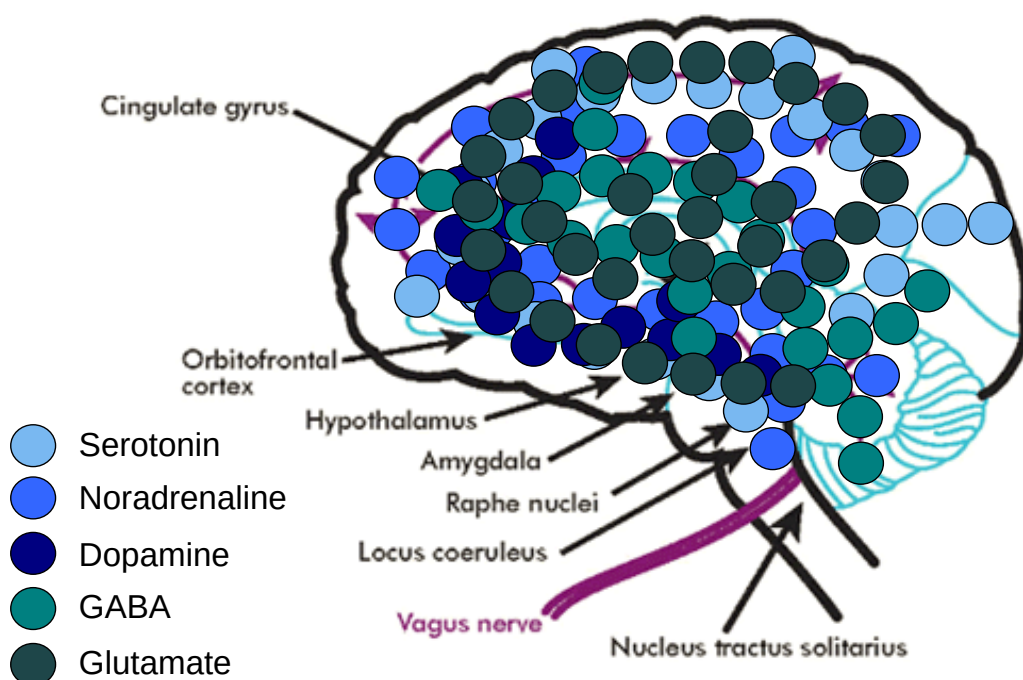
- Die einzelnen Behandlungsverläufe sind hoch individuell.



Aktuelle Depressionstherapie



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

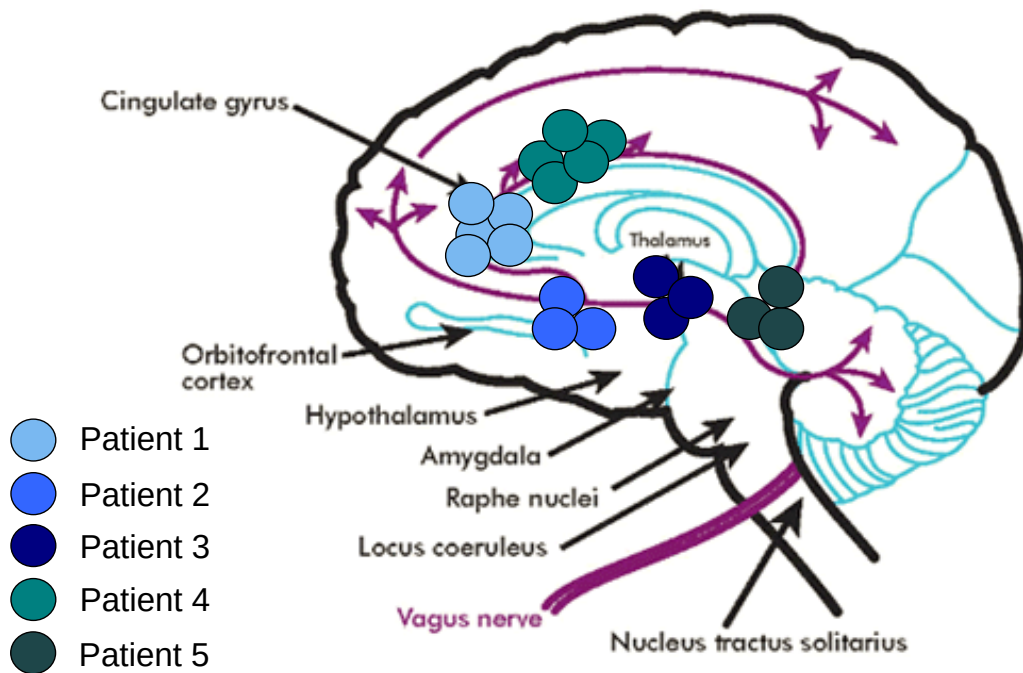


Quelle: <http://dynamic.cyberonics.com>

Modell einer zukünftigen Depressionstherapie



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

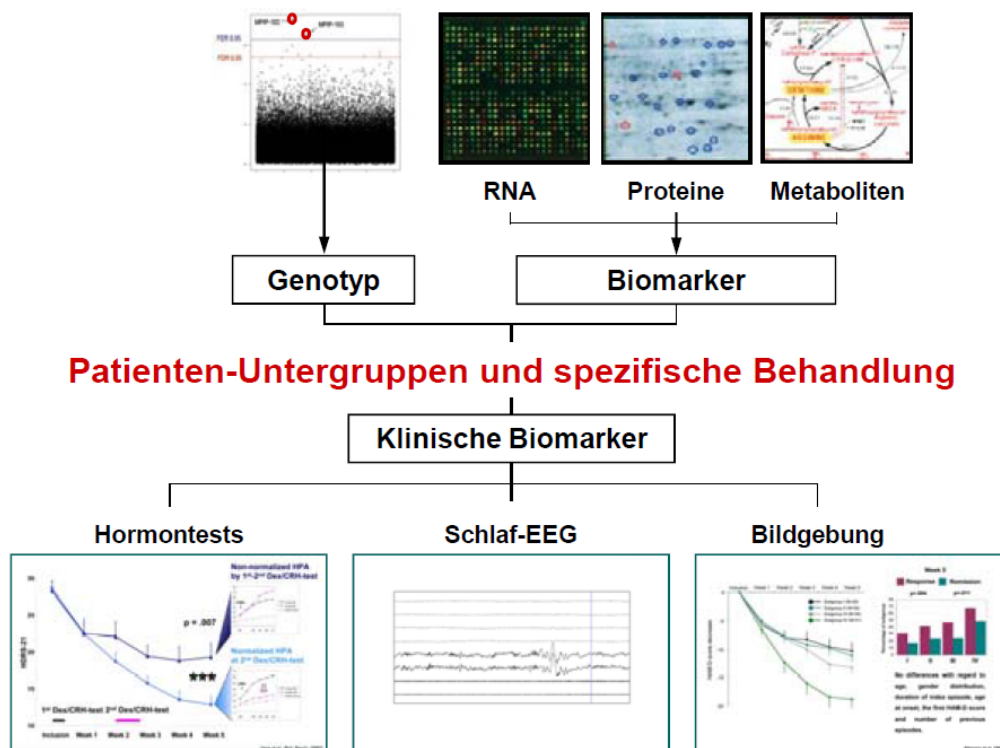


Quelle: <http://dynamic.cyberonics.com>

Personalisierte Depressionsmedizin



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



Holsboer (2011)

Volkskrankheit I
Ursachen und
si n
rbrei
ansä



Study
Coordinators

Lab &
Genotyping

Statistical
Genetics
Group



Director

