

DEPRESSIVE EPISODE

ZEITLICH ABGEGRENZTE EPISODE MIT DEPRESSIVEM SYNDROM

LEITSYMPTOME: DEPRESSIVE VERSTIMMUNG, ANHEDONIE, ANTRIEBSMANGEL

DEPRESSIVE EPISODEN KÖNNEN EINMALIG IM LEBEN, REZIDIVIEREND, IM RAHMEN EINER BIPOLAR AFFEKTIVEN STÖRUNG, ODER ANDERER PSYCHIATRISCHER KRANKHEITSVORLÄUFE VORKOMMEN.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN NACH DSM IV

mindestens fünf der folgenden liegen annähernd jeden Tag über zwei Wochen vor und stellen einen Wechsel zum üblichen Befinden dar

- 1) Depressive Verstimmung fast den ganzen Tag
- 2) Deutlich reduziertes Interesse oder Genußfähigkeit an fast allen Aktivitäten
- 3) Relevanter Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme oder Zunahme/Abnahme des Appetits
- 4) Insomnie oder Hypersomnie
- 5) Psychomotorische Unruhe oder Hemmung
- 6) Erschöpfung oder Energieverlust
- 7) Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessener Schuld
- 8) Reduzierte Fähigkeit von Denken und Konzentration oder Entschlußlosigkeit
- 9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Plan oder Versuch

Die Symptome verursachen Belastung oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderer Lebensbereiche.

Die Symptome sind nicht direkte Folge von Substanzen oder einer allgemein-medizinischen Erkrankung.

Die Symptome treten nicht ausschließlich innerhalb der ersten zwei Monate nach einem Trauerfall ein.

SUBTYPEN

Häufig lassen sich Kriterien für einen klinischen Subtyp charakterisieren

Mit psychotischen Merkmalen (zusätzliche Therapie mit Antipsychotika)

Wahn häufiger als Sinnestäuschungen. stimmungskongruenter Wahn ist konsistent mit typischen depressiven Themen: Schuld; Versündigung, Hypochondrie, Verarmung, Nihilismus. Selten: vorübergehend stimmungs-kongruente Merkmale.

Mit melancholischen Merkmalen

mindestens (1) oder (2), zusätzlich mindestens drei der Kriterien (3) bis (8)

- 1) Verlust der Freude an fast allen Aktivitäten
- 2) Fehlende Reagibilität zu üblicherweise angenehmen Stimuli
- 3) Stimmungsqualität wird distinkt von Trauer unterschieden
- 4) Morgentief
- 5) Früherwachen um mindestens zwei Stunden
- 6) Deutliche psychomotorische Hemmung oder Unruhe
- 7) Relevante Beeinträchtigung von Appetit oder Gewichtsverlust
- 8) Ausgeprägte oder unangemessene Schuldgefühle

Mit atypischen Symptomen (Therapie der Wahl: SSRI oder MAO-I)

Typischerweise erhaltene Reagibilität der Stimmung sowie Vorliegen von mindestens **zwei** der folgenden Symptome

- 1) Relevante Zunahme von Appetit oder Gewicht
- 2) Hypersomnie
- 3) Bleierne Schwere
- 4) Muster von erhöhter Sensibilität gegenüber Zurückweisungen

Mit katatonen Merkmalen

mindestens zwei der folgenden Symptome

- 1) Motorische Immobilität, Katalepsie, wechselnde Biegsamkeit oder Stupor
- 2) Exzessive motorische Aktivität
- 3) Ausgeprägter Negativismus
- 4) Besonderheiten der Willkürmethodik: Haltungsverharren, Stereotypien, Manierismen, Grimassieren
- 5) Echolalie oder Echopraxie

EPIDEMIOLOGIE

Lebenszeitprävalenz ca. 15 %, Frauen bis 25 %, nur die Hälfte aller Patienten erhält eine korrekte Diagnose

Verlauf

- Mit saisonaler Bindung: Regelmäßiger zeitlicher Bezug: Beginn depressiver Episoden und bestimmte Jahreszeit.
- Mit postpartalem Beginn: Beginn der Episode innerhalb von vier Wochen nach Kindesgeburt.

Risiken und Folgen von Depressionen

- Suizid: ca. 10 bis 15 % aller Patienten mit rezidivierender depressiver Störung begehen Suizid.
- Psychiatrische Komorbidität: häufig Assoziationen mit Angsterkrankungen, Alkoholmißbrauch und anderen.
- Erhöhtes Risiko für metabolisches Syndrom sowie koronare Herzkrankheit.

Besonderheiten von Depression im Alter

- Häufig kognitive Einschränkungen , so daß Abgrenzung zu dementiellen Syndromen teilweise schwer fällt
- Bei Älteren besteht häufig eine „somatisierte“ Depression. Wegen der vorgebrachten körperlichen Beschwerden (Schmerzen, Schwindel, ...) erfolgt häufig die Diagnose der Depression verspätet.
- Ältere Patienten, insbesondere ältere Männer, haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko.

DIFFERENTIALDIAGNOSEN

Organisch bedingte affektive Störungen

- Zerebro-vasculäre Erkrankungen, Demenzen, Hydrocephalus, Parkinson, Schlaf-Apnoe und andere
- Endokrine Erkrankungen
- Infektionen und Entzündungen

Substanzbedingte affektive Störungen

- Antiphlogistika, Opiate, Antihypertensiva (insbesondere Sympatikolytika), Steroide und andere.

Zusätzlich treten depressive Syndrome häufig in Zusammenhang mit Anpassungsstörungen, Alkoholabhängigkeit, Angsterkrankungen, Eßstörungen, schizophrenen Psychosen sowie somatoformen Störungen auf.

Die meisten Persönlichkeitsstörungen sind mit einem erhöhten Vorkommen von Depressionen verbunden.

HÄUFIGE FEHLER BEI DER BEHANDLUNG DEPRESSIVER EPISODEN

- 1) Diagnose wird nicht gestellt aufgrund "somatischer" Krankheitskonzepte oder fehlender Exploration.
- 2) Bei korrekter Diagnose wird Suizidalität nicht geprüft.
- 3) Komplikationen oder Besonderheiten werden nicht berücksichtigt: Bipolare Störung, Therapieresistenz, Arzneimittel-Interaktionen.
- 4) Unzureichende psychosoziale Betreuung und Unterlassung der Vermittlung eines Krankheitskonzeptes.
- 5) Fehlende Überprüfung und Förderung von Compliance bei antidepressiver Therapie.

ANTIDEPRESSIVE THERAPIE IM RAHMEN EINES GESAMTBEHANDLUNGS-PLANS

- 1) Aufklärung und Vermittlung von Krankheits- und Behandlungskonzept.
- 2) Entlastung, Aktivierung des sozialen Netzes und Sicherung der sozialen Versorgung.
- 3) Therapie mit Antidepressiva:
 - SSRIs (Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin: bei Polypharmazie pharmakokinetische Interaktionen beachten)
 - Trizyklische Antidepressiva (kontra-indiziert bei bipolarer Störung, Glaukom, Prostata-Hypoplasie, Herzerkrankungen, Demenz,)
 - Venlafaxin, Mirtazapin vor allem bei Therapieresistenz bzw. Unverträglichkeit der Vorgenannten
 - Bipolare Störung: Basistherapie mit Phasenprophylaktika (Quetiapin, Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin, Lamotrigin)
- 4) Psychotherapie: Gut geprüft sind kognitive Verhaltenstherapie sowie interpersonelle Psychotherapie.

Info:

<http://www.nimh.nih.gov> → Public Information of Mental Disorders → Depression