

*HEICUMED*

# Affektive Störungen

---

## Depression und Manie

Klaus Kronmüller

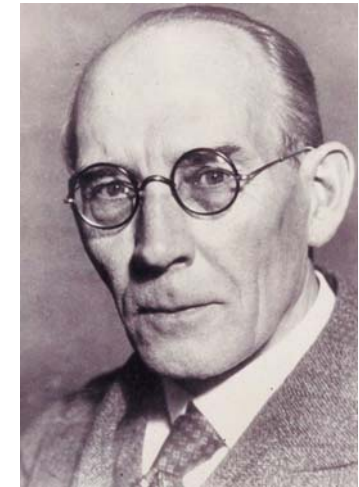
*Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg*

# Affektive Störungen

---



## Depressionsstationen Jaspers und Wilmanns



Haus 2 der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg

# Affektive Störungen

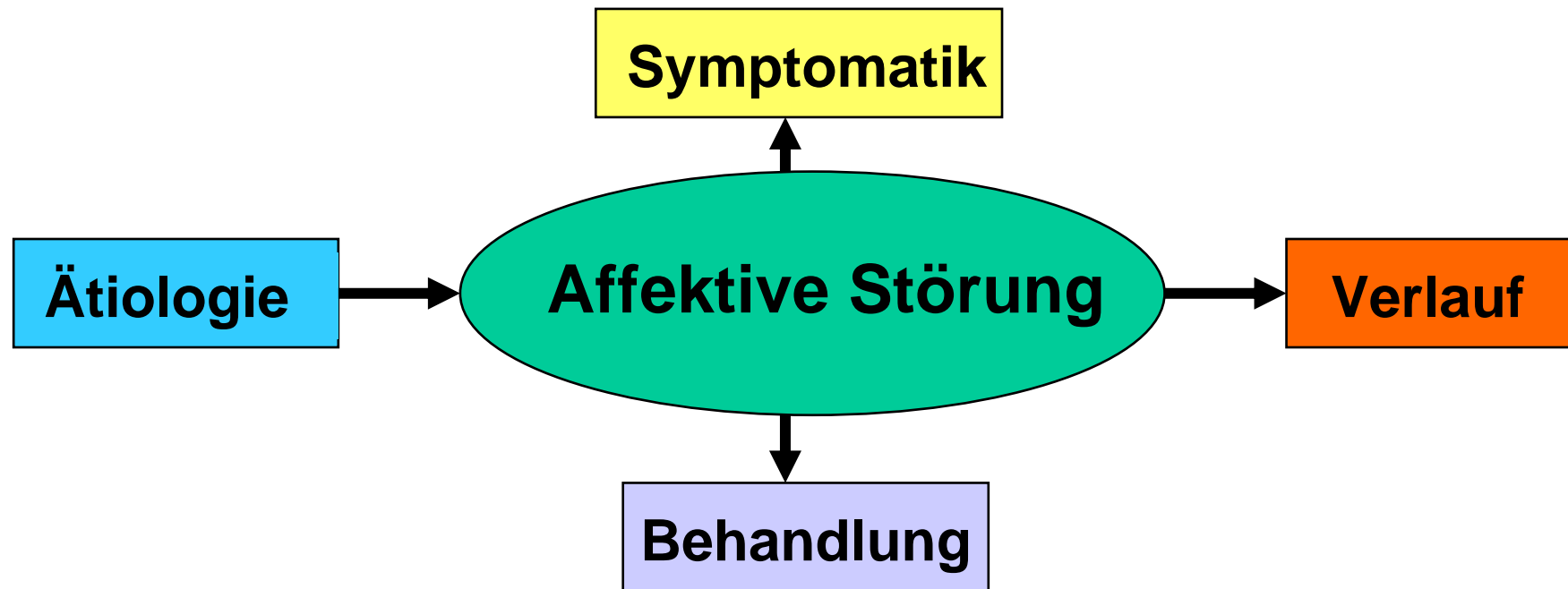
---

**Was wissen und verbinden Sie mit  
Depression und Manie ?**



# Affektive Störungen

---



# Affektive Störungen

---

## Zeitstruktur

**9.00-10.30**    **Symptomatik, Ätiologie**

**10.30-10.45**    **Pause**

**10.45-11.30**    **Behandlung, Verlauf**

# Zusammenarbeit - Rollen

---

Dozent

hält Vorlesung und stellt Rahmen zur aktiven Beteiligung an der Vorlesung zur Verfügung

Studenten

bringen sich aktiv ein und realisieren eigene Anliegen

# Zusammenarbeit - Regeln

---

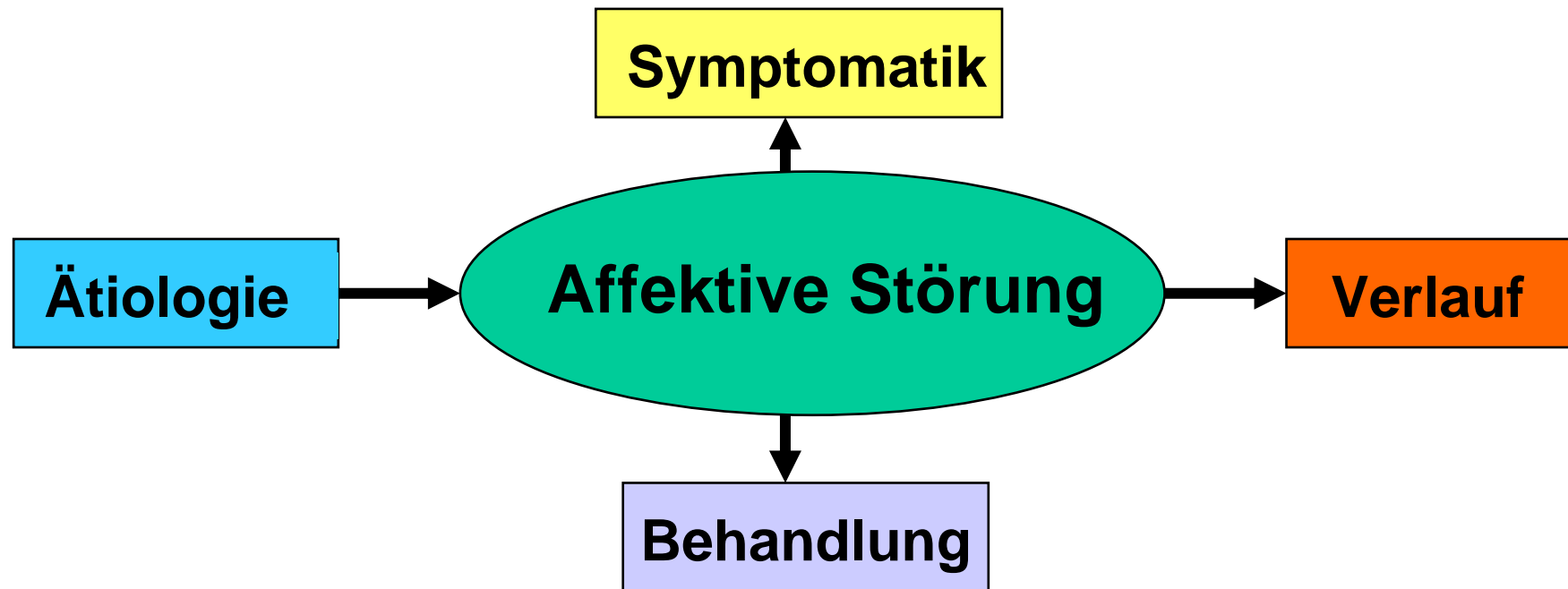
**...trinken und essen Sie nur in den Pausen**

**...schalten Sie ihr Handy während der Vorlesung aus**

**...bestätigen Sie ihre Anwesenheit nur für sich selbst**

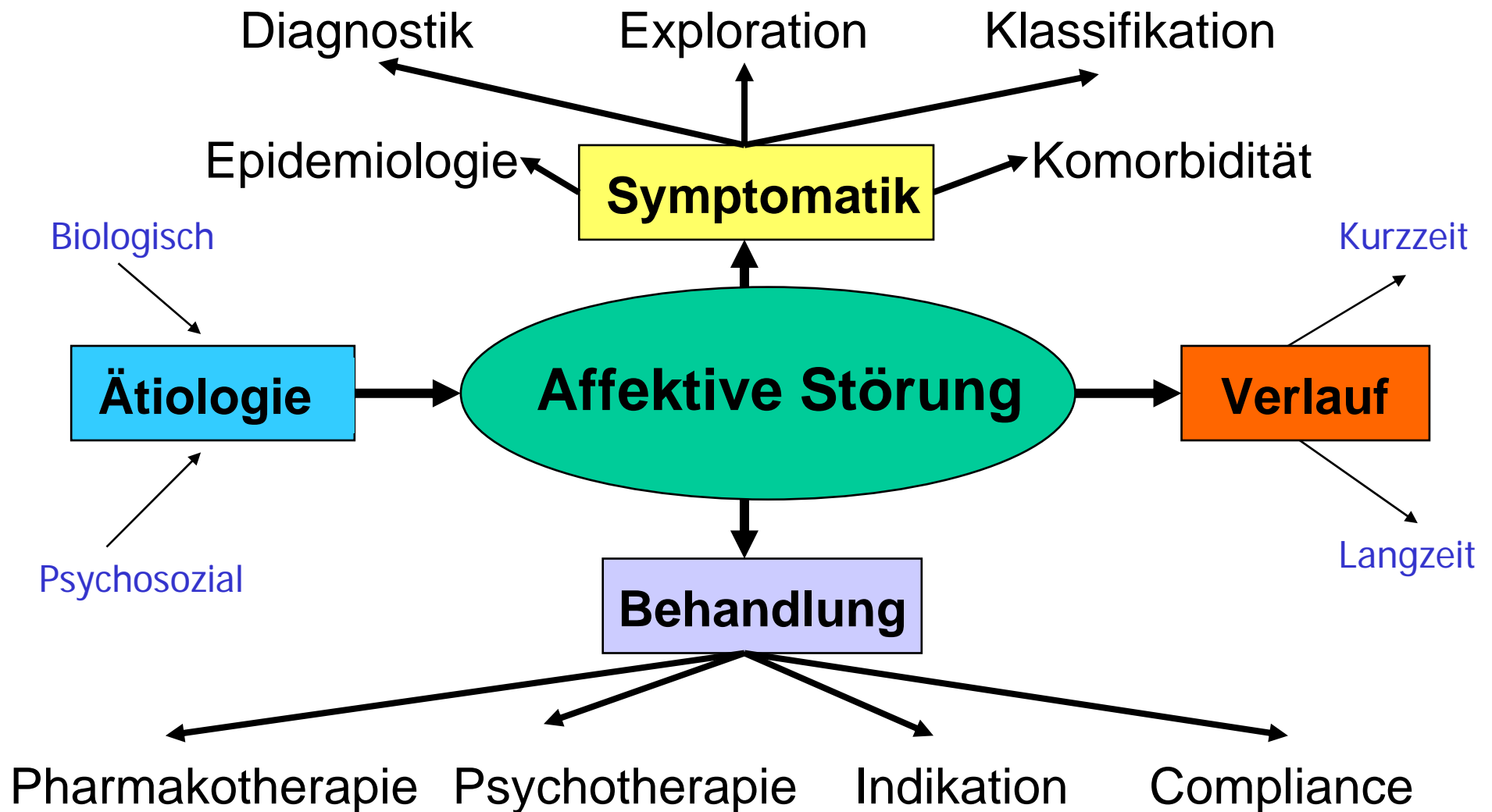
# Affektive Störungen

---





# Affektive Störungen



# Affektive Störungen

---

## Lernziele

- Symptome der Depression kennen und erfragen können
- 2 Hauptformen der Depression beschreiben und von atypischen Depressionen abgrenzen können
- Zentrale Fragen zur Exploration einer Depression anwenden können
- Ursachen der Depression verstehen und erklären können
- Behandlungsformen der unkomplizierten Depression und deren Differentialindikation kennen
- Indikation für Langzeitbehandlung und Augmentationsstrategien kennen

# Affektive Störungen

---



Depression  
ist nicht  
intensive  
Traurigkeit

# Epidemiologie

---

## **Lebenszeit-Prävalenz**

Major Depression

10-25% Frauen  
5-12% Männer

## **6-Monats-Prävalenz (DEPRES-Studie)**

Major Depression

17,0%

Minor Depression

1,8%

Subsyndromale Depression

8,3%

# Prävalenz der Depression bei stationär und ambulant behandelten Patienten

---

## Krankenhaus-Patienten allgemein

Psychiatrische Erkrankungen	30-50%
Depression	16,3%

**Aroldt et al. 1995**

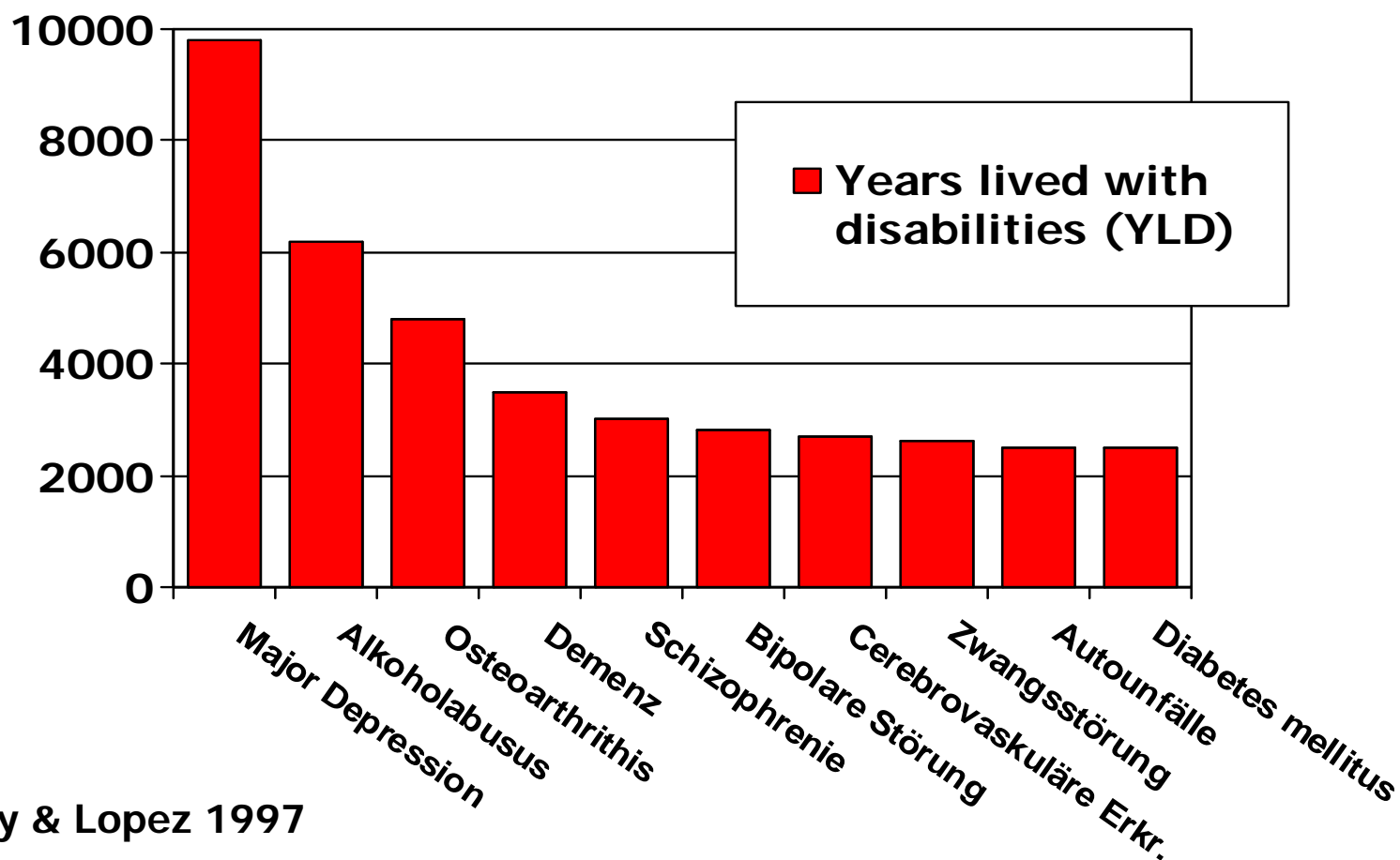
## Allgemeinarzt, ambulante Patienten

Depression	10,5%
------------	-------

**Üstün & Sartorius 1995**

# WHO - Global Burden of Disease Study

---



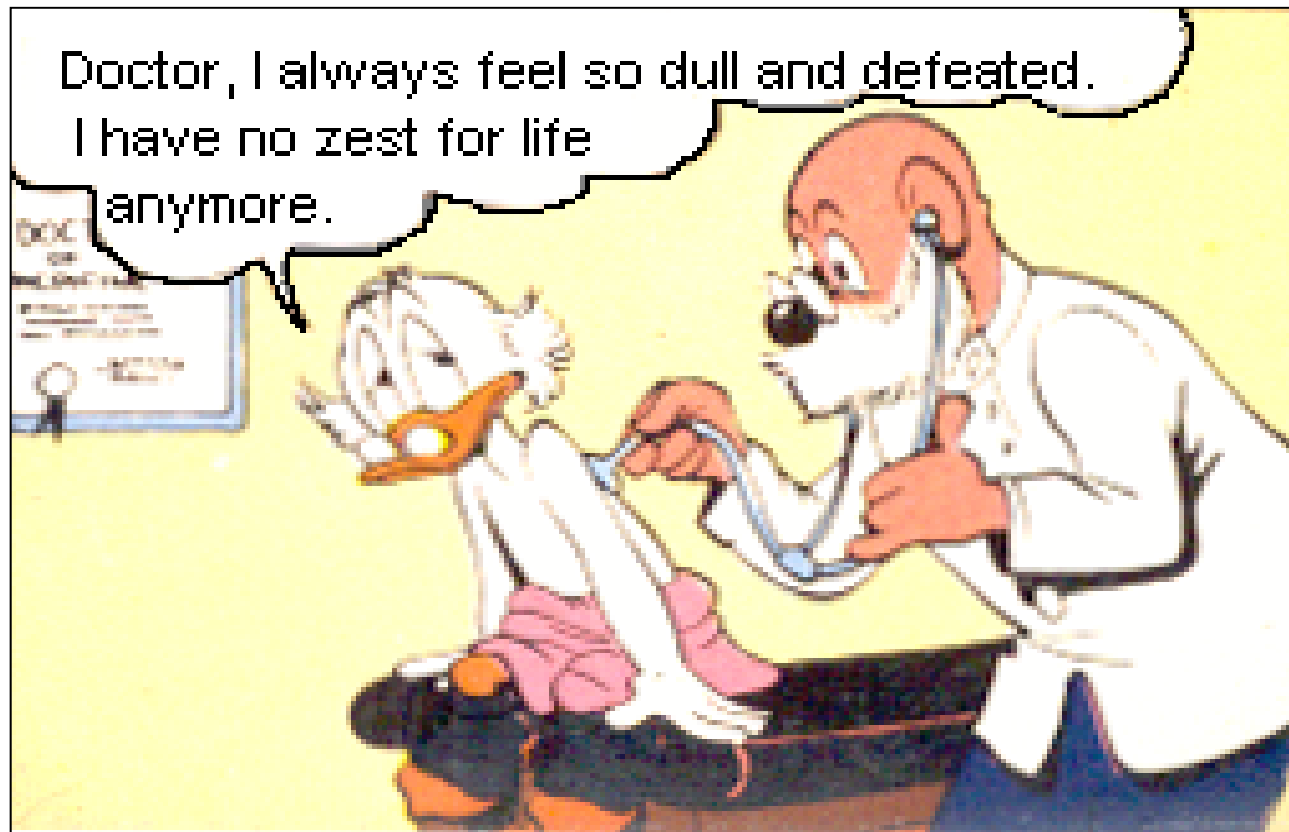
Murray & Lopez 1997

# Kosten der Depression

---

- 👉 Psychiatrische Erkrankungen sind verantwortlich für mehr als 18% der gesamten Kosten des Gesundheitssystems
- 👉 Depression und ihre Behandlung machen 20% der Kosten psychiatrischer Erkrankungen aus (4% der gesamten Kosten des Gesundheitssystems)

# Diagnostische und therapeutische Lücke



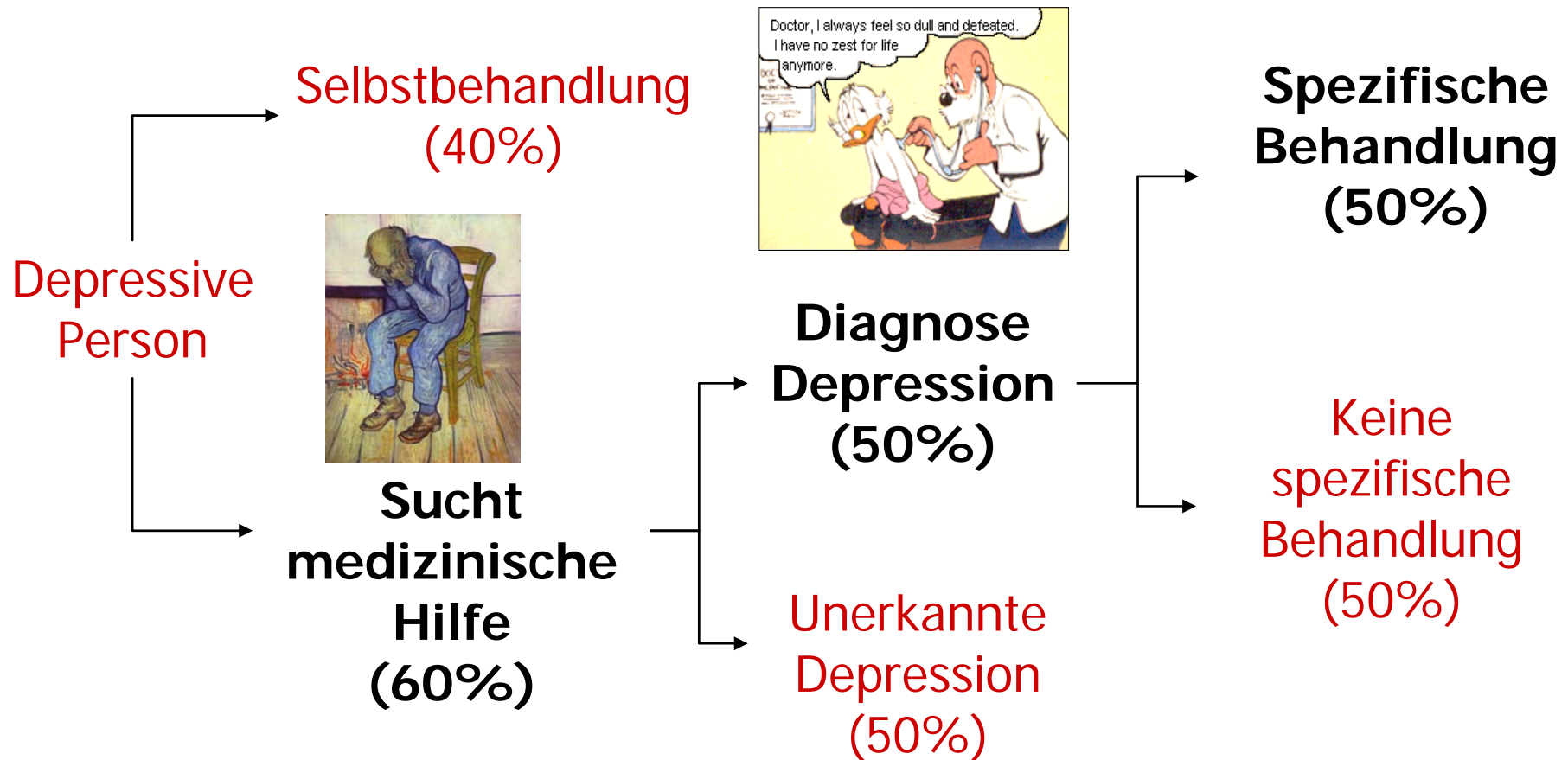
Wie viele an Depression erkrankte Menschen gehen zum Arzt?

Wie häufig werden Depressionen vom Arzt richtig erkannt?

Wie häufig werden Depressionen vom Arzt suffizient behandelt?

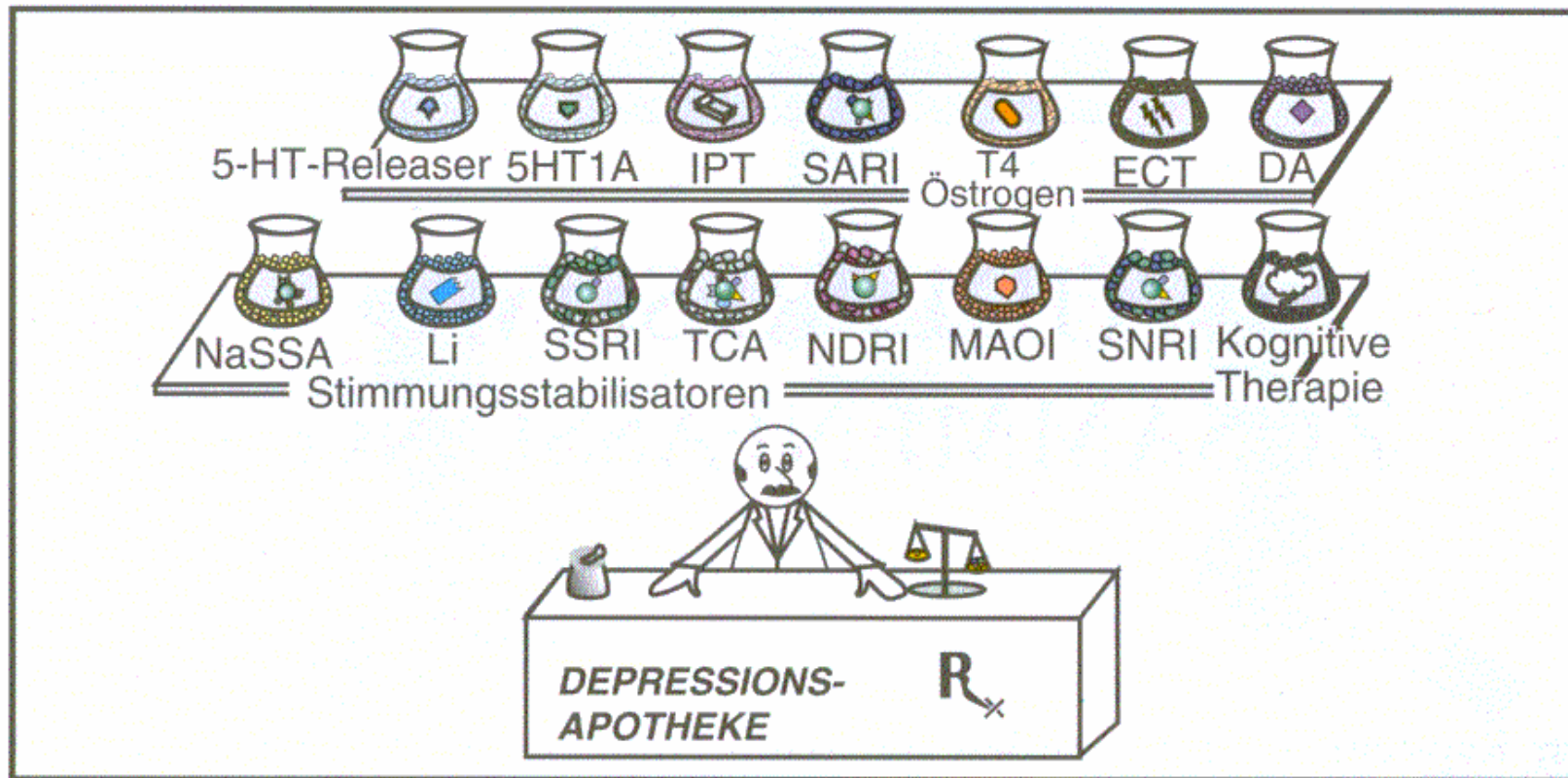


# Diagnostische und therapeutische Lücke



# Affektive Störungen

## Polytherapeutisches Dilemma



# Behandlung und Rückfall der Depression

---

## Hohe Responserate in der Akutbehandlung

**80-90% der Patienten remittieren**

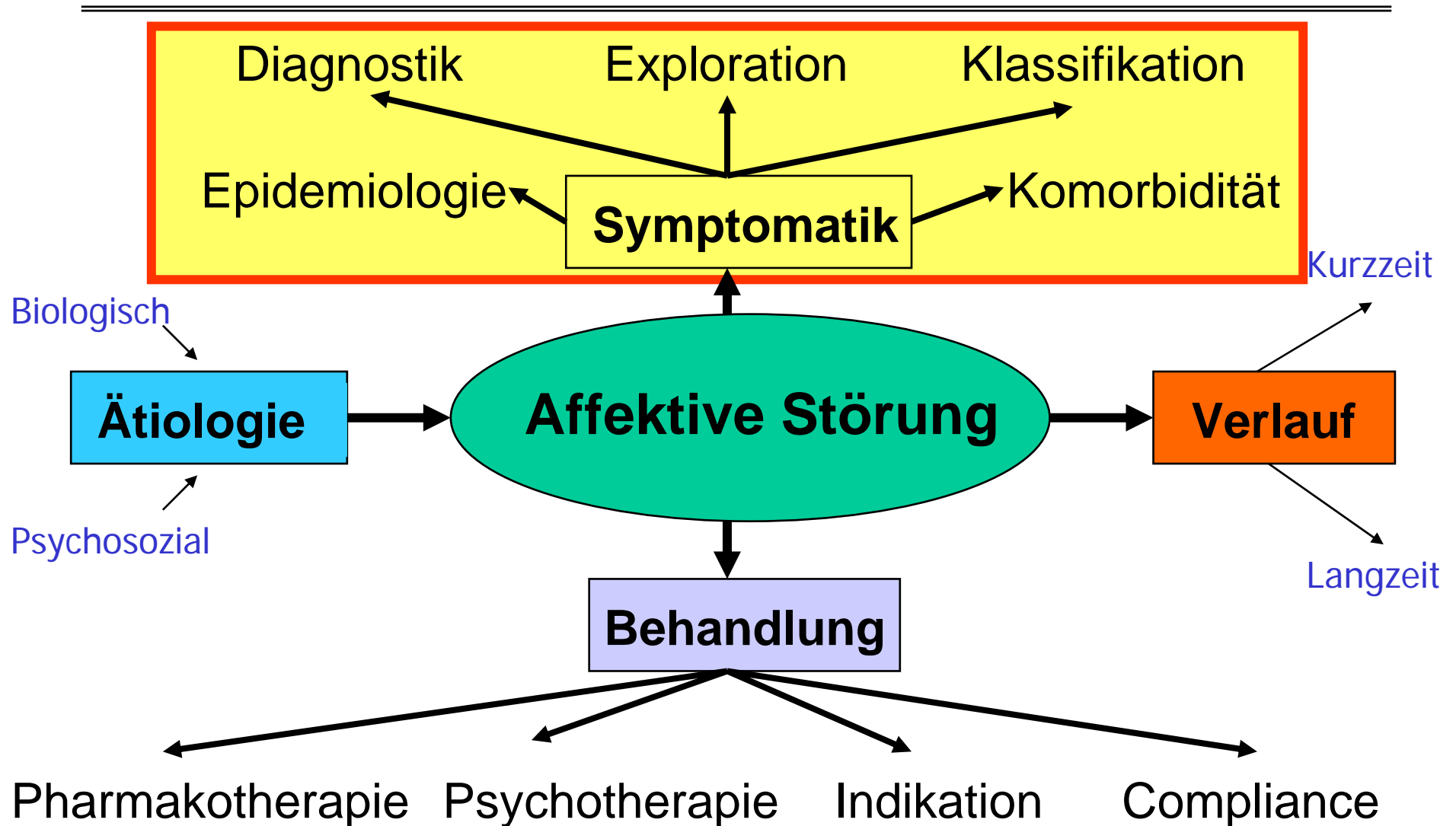
**aber**

**50-90% haben Rückfälle und**

**10-15% entwickeln chronische Depression**

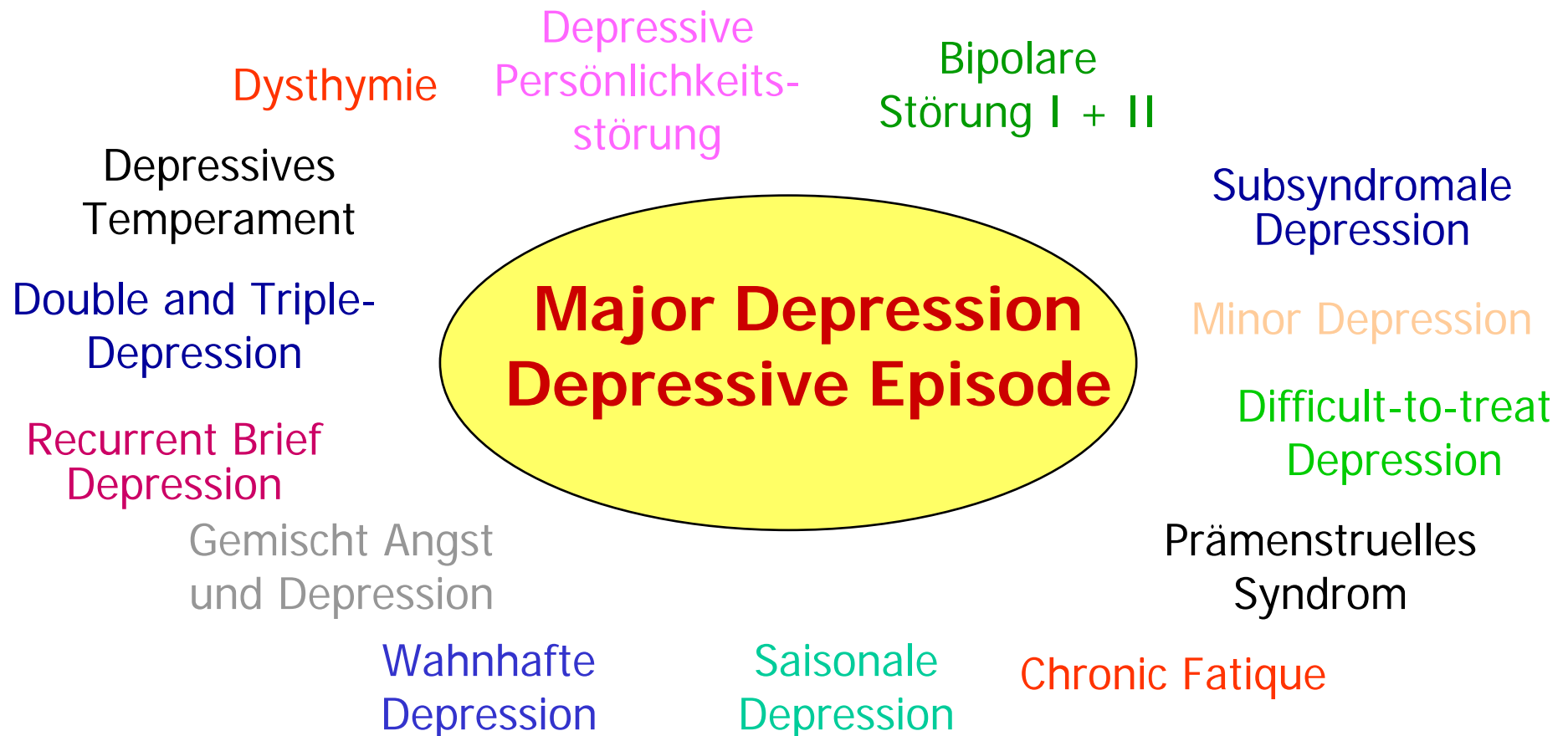
**Aber: unklar welche Verlaufsprädiktoren bedeutsam sind!**

# Affektive Störungen



# Polydiagnostische Dilemma

---



# Affektive Störungen - Konzepte

---

- **Frühere Einteilung ätiologisch, nach triadischem System:**
  - **endogene Depression / Zykllothymie**
  - **psychogen (reaktive bzw. neurotische) Depression**
  - **organisch bedingte Depression**
  
- **Heutige Einteilung nach Schweregrad und Verlauf;**  
**Voraussetzung: multifaktorielle Entstehung mit polarer Ätiogenese (überwiegend biologisch - überwiegend sozio-psychogen)**

# Affektive Störungen - Diagnosen

---

- **Depressive Episode („major depression“)**
- **Manische Episode**
- **Bipolare affektive Störung**
  
- **Dysthymie (depressive Neurose)**
- **Depressive Anpassungsstörung (reaktive Depression)**
- **Rezidivierende kurze depressive Störung („minor depression“)**
- **Zyklothymie (subklinisch)**
  
- **Organische affektive Störung**

# DSM-IV Kriterien für Depressive Episode

---

**A Über 2 Wochen mindestens 5 der folgenden Symptome:**

- **Verstimmung**
- **Interessenverlust**
- Gewichtsverlust
- Schlafstörung
- Psychomotorische Hemmung oder Unruhe
- Energieverlust
- Schuldgefühle und Wertlosigkeit
- Denk- und Entscheidungshemmung
- Todesgedanken

**B Erhebliche Beeinträchtigung der sozialen Anpassung**

**C Keine Schizophrenie, keine Trauerreaktion, keine organische Ursache**



# **Dysthyme Störung (Depressive Neurose), DSM IV**

---

**A Depressive Verstimmung, mindestens 2 Jahre**

**B Mindestens 2 der folgenden Symptome:**

- Appetitlosigkeit
- Schlafstörung
- Erschöpfung
- Gestörtes Selbstwertgefühl
- Konzentrationsstörung
- Hoffnungslosigkeit

**C Keine 2 Monate ohne Verstimmung**

**D Keine depressive Episode**

# Depressive Episode: Symptomgruppen

---

## Psychische Symptome

Gedrückte Stimmung  
Freudlosigkeit  
Interessenverlust  
Negatives Selbstbild  
Negative Gedanken  
Entschlussunfähigkeit  
Gedächtnis- und  
Konzentrationsstörungen

## Somatische Symptome

Vitalstörungen  
Schlafstörungen  
Appetitmangel  
Gewichtsabnahme  
Antriebsverlust  
Kraftlosigkeit, Erschöpfung  
Libidoverlust

# Depression und Suizidalität

---

**Im Verlauf schwerer, rezidivierender Depressionen:**

- **40-80% Suizidgedanken**
- **20-60% Suizidversuche**
- **15% vollendeter Suizid**

# Symptome der Manie

---

**Inadäquate Euphorie, Selbstüberschätzung**

**Antriebssteigerung, Hyperaktivismus**

**Schlaflosigkeit, Früherwachen**

**Logorrhoe, Ideenflucht**

**Distanzminderung, sozial nachteiliges Verhalten**

**Reizbarkeit, Feindseligkeit**

**Größenwahn**

**Alkoholmissbrauch**

**Hypersexualität**

# Manische Episode ( DSM IV)

---

**A Über 1 Woche abnorm gehobene, expansive oder reizbare Stimmung**

**B Mindestens 3 der folgenden Symptome:**

- gesteigertes Selbstwertgefühl
- vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang
- Ideenflucht
- Ablenkbarkeit
- Antriebssteigerung, Unruhe
- exzessive lustvolle Aktivitäten trotz negativer sozialer Konsequenzen

# Hypomanische Episode (DSM IV)

---

- über 4 Tage Symptome einer manischen Episode
- jedoch nicht schwer genug, um eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen Anpassung und Leistungsfähigkeit zu verursachen oder eine Klinikaufnahme zu erfordern.

# Komorbidity und Depression

---

**Bipolare Störung, Double Depression etc**

**Angststörungen**

**Alkohol- und Drogenabhängigkeit**

**Beginnende Psychose**

**Essstörungen**

**Persönlichkeitsstörungen (Borderlinestörung)**

# Exploration und Leitfragen

---

**Besprechen Sie bitte mit ihrem rechten Nachbar:**

**Welche Fragen soll man Patienten mit Verdacht auf Depression stellen ?**

**Sie haben 5 Minuten Zeit**



# Exploration und Leitfragen

---

**Welche Fragen soll man Patienten mit Verdacht auf Depression stellen ?**

**Leitsymptome: Verstimmung und Antrieb**

**Suizidalität**

**Schlafstörungen**

**Sucht**

**Angst**

**Bipolare Störung**

# Exploration und Leitfragen

---

**Welche Fragen soll man Patienten mit Verdacht auf Depression stellen ?**

**Leitsymptome: Verstimmung und Antrieb**

**Wie war Ihre Stimmung die letzten Wochen?  
Hatten Sie in dieser Zeit auch weniger Antrieb und Schwung?**

Stellt man beide Fragen erhöht sich die Depressions-Erkennensrate von 50% auf 80%

# Video-Falldemonstration

---

**Wie wirkt der Patient auf mich?**

**Welche Symptome hat der Patient?**

**Welche Gefühle löst der Patient bei mir aus?**

# Prägnanztypen der Depression

---

Meancholie, Melancholischer Subtyp, Somatisches Syndrom

Wahnhafte Depression

Somatisierte oder larvierte Depression

Saisonale Depression

Altersdepression

Postpartale Depression

Dysthymie

# Depressive Episode: Prägnanztypen (1)

---

## Melancholie

- fehlende emotionale Resonanz
- psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- circadiane Schwankungen
- Appetitverlust und Gewichtsabnahme
- keine prämorbid Persönlichkeitsstörung
- phasischer Verlauf
- gutes Ansprechen auf antidepressive Medikation

# Depressive Episode: Prägnanztypen (2)

---

## Wahnhafte (psychotische) Depression

Vorliegen von Wahn oder Halluzinationen

Wahnformen:

- Schuld-, Versündigungswahn
- Kleinheitswahn (wahnhaftes Insuffizienzerleben)
- Verarmungswahn
- Hypochondrischer Wahn
- nihilistischer Wahn

# Depressive Episode: Prägnanztypen (3)

---

## Somatisierte („larvierte“ ) Depression

- Überwiegen von:
  - Vitalstörungen (Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Antriebsverlust)
  - lokalisierten/generalisierten Missempfindungen (z.B. Helm-, Reifen-, Panzer-, Kloßgefühl, Brennen; Kopf-, Rücken, Bauchschmerzen, Herzbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden)
- Geringe affektive Symptomatik

# Depressive Episode: Prägnanztypen (4)

---

## Saisonale Depression

- Regelmäßiges Auftreten zur gleichen Jahreszeit (v.a. im Winter)
- Danach regelmäßig vollständige Remission
- Hypersomnie
- Appetitsteigerung
- Meist kein ausgeprägter Schweregrad



# Depressive Episode: Prägnanztypen (5)

---

## Altersdepression

- **Erstmanifestation > 60 J.**
- **lebensphasen-spezifische Belastungen**
- **Häufig somatische Symptome im Vordergrund**
- **kognitive Störungen bzw. Pseudodemenz**
- **erhöhtes Suizidrisiko**

# Postpartale Depression (6)

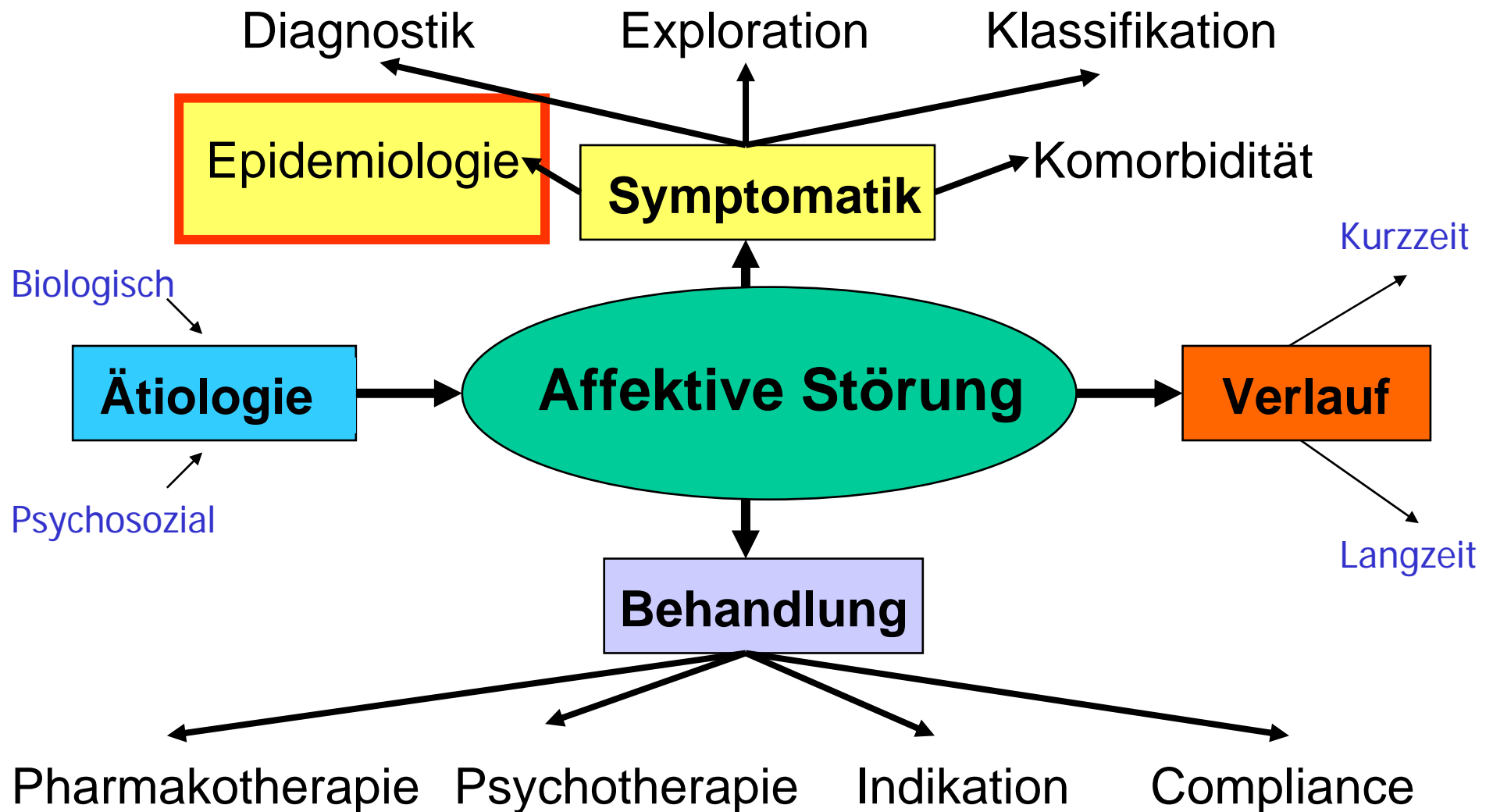
---

- Prävalenzrate im angloamerikanischen Sprachraum bei ca. 10% (O`Hara, 1997), für Deutschland bei ca 2% (Ballstrem, 2001),
- Auftretenwahrscheinlichkeit ist in den ersten drei Monaten nach der Geburt gegenüber den folgenden neun Monaten erhöht (Cooper & Murray, 1998),
- Abgrenzung vom „Baby Blues“, Prävalenzrate: ca. 50% und der „postpartalen Psychose“, Risiko nach der Geburt um das 20 bis 30fache erhöht (Hipwell & Kumar, 1997).
- Auslösefaktoren: zentral sind vorausgehende depressive Episoden, der „Baby Blues“ und psychosoziale Belastungen. Bedeutung biologischer Faktoren sind nicht hinreichend belegt.

Pause



# Affektive Störungen



# Epidemiologie

---

## Lebenszeit-Prävalenz

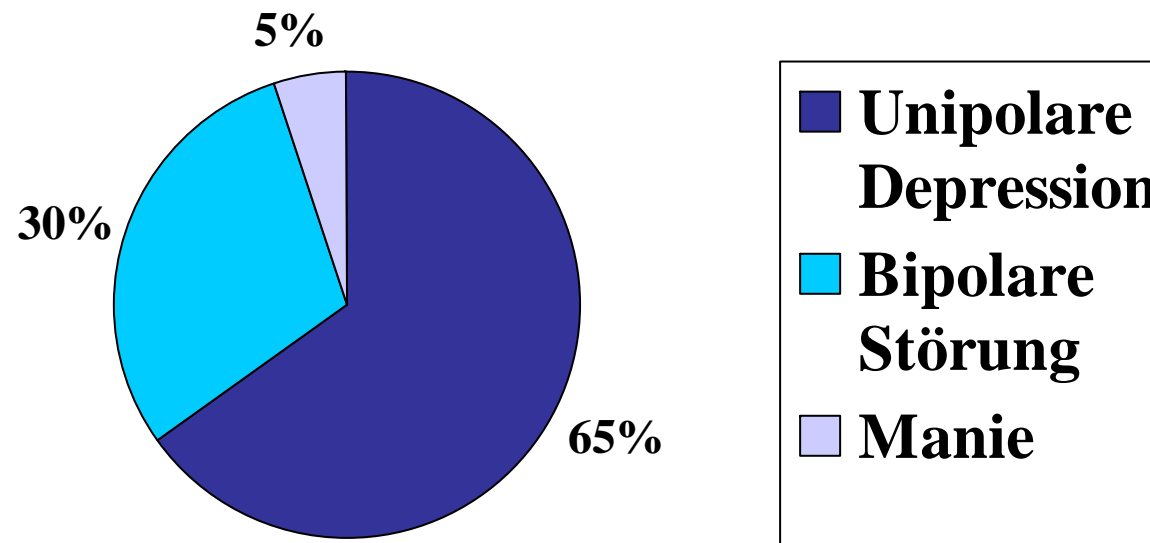
Major Depression	10-25 % Frauen 5-12 % Männer
Dysthymia	6 %
Bipolare Störung	2-4 %
Zyklothymia	1 %

## 6-Monats-Prävalenz (DEPRES-Studie)

Major Depression	17,0 %
Minor Depression	1,8 %
Subsyndromale Depression	8,3 %

# Epidemiologie affektiver Störungen

---



# Geschlechterverteilung

---

weiblich : männlich

Major Depression	2:1
Bipolare Störung	1:1
Dysthymia	1:1
Zyklothymia	1:1

# Ersterkrankungsalter

---

Major Depression

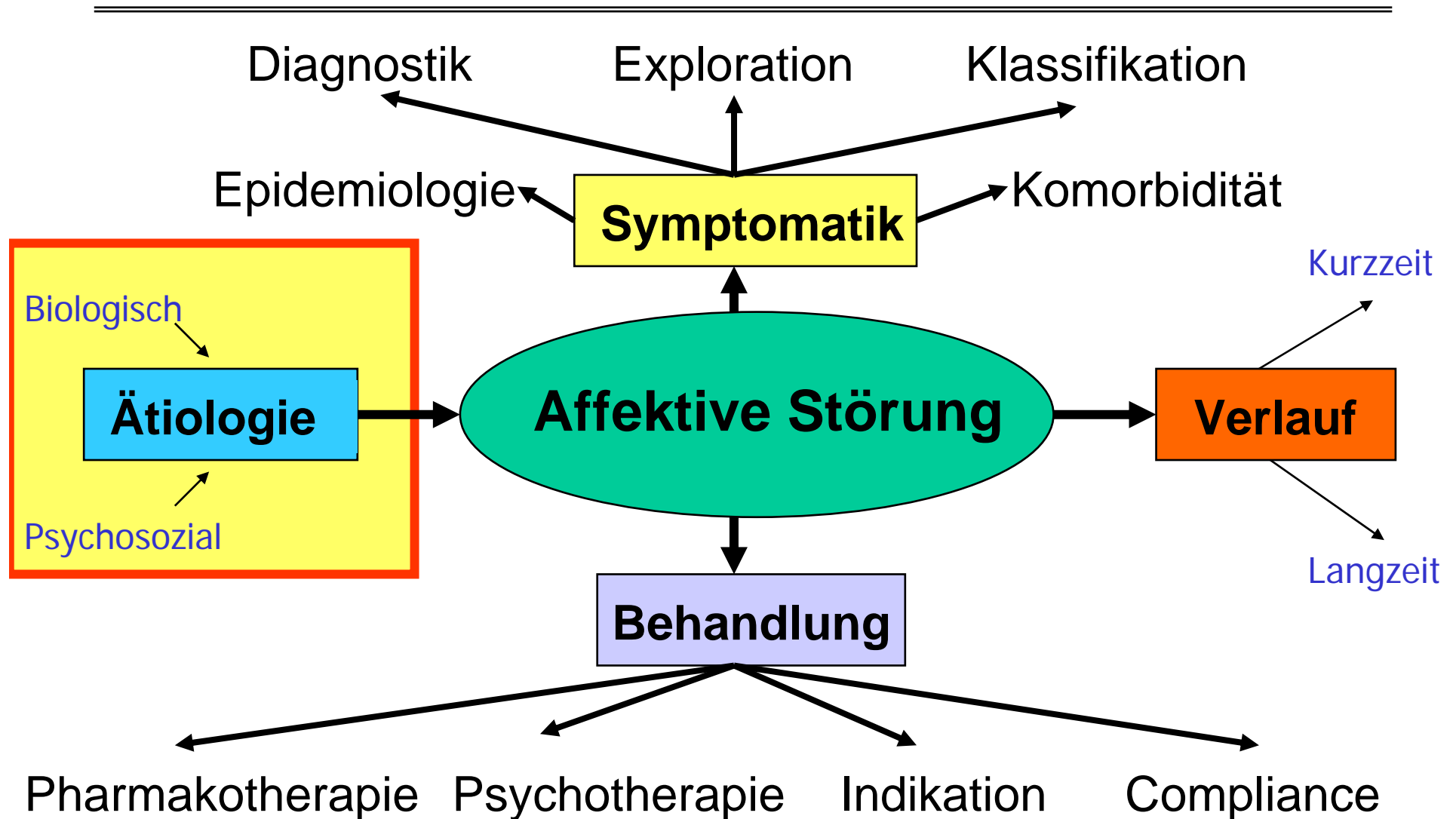
30-45 Jahre

Bipolare Störung

20-35 Jahre

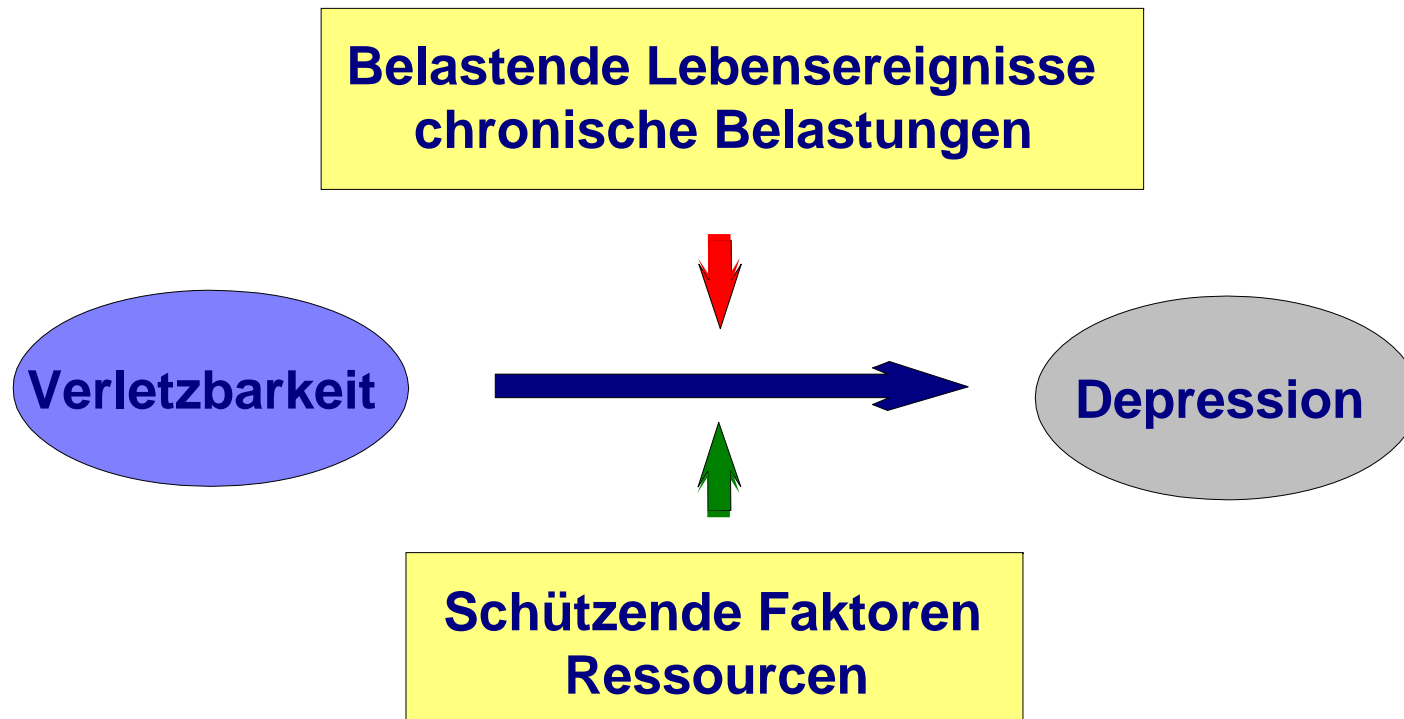


# Affektive Störungen



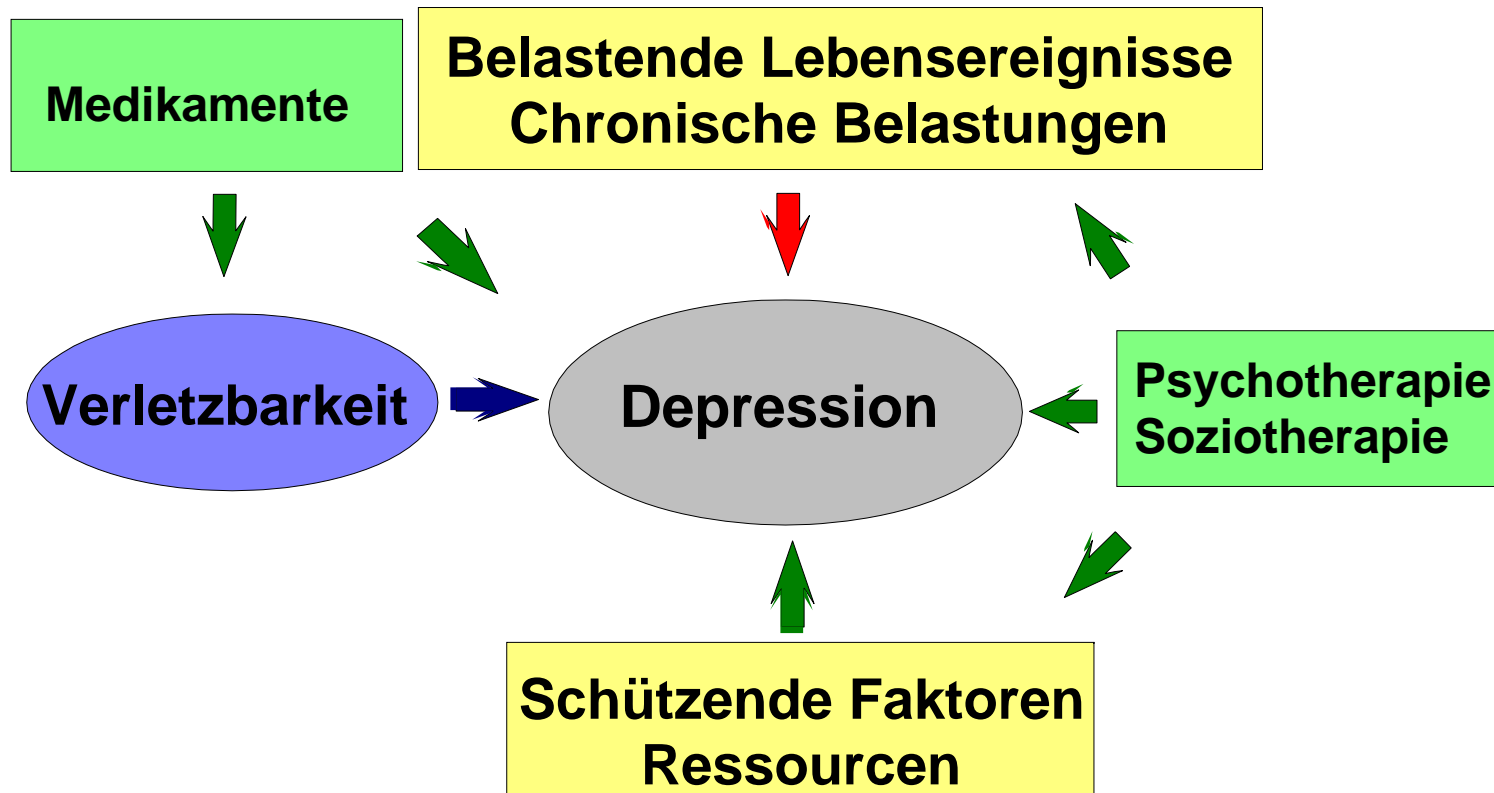
# Vulnerabilitäts-Stress-Kompetenz- Modell der Depression

---



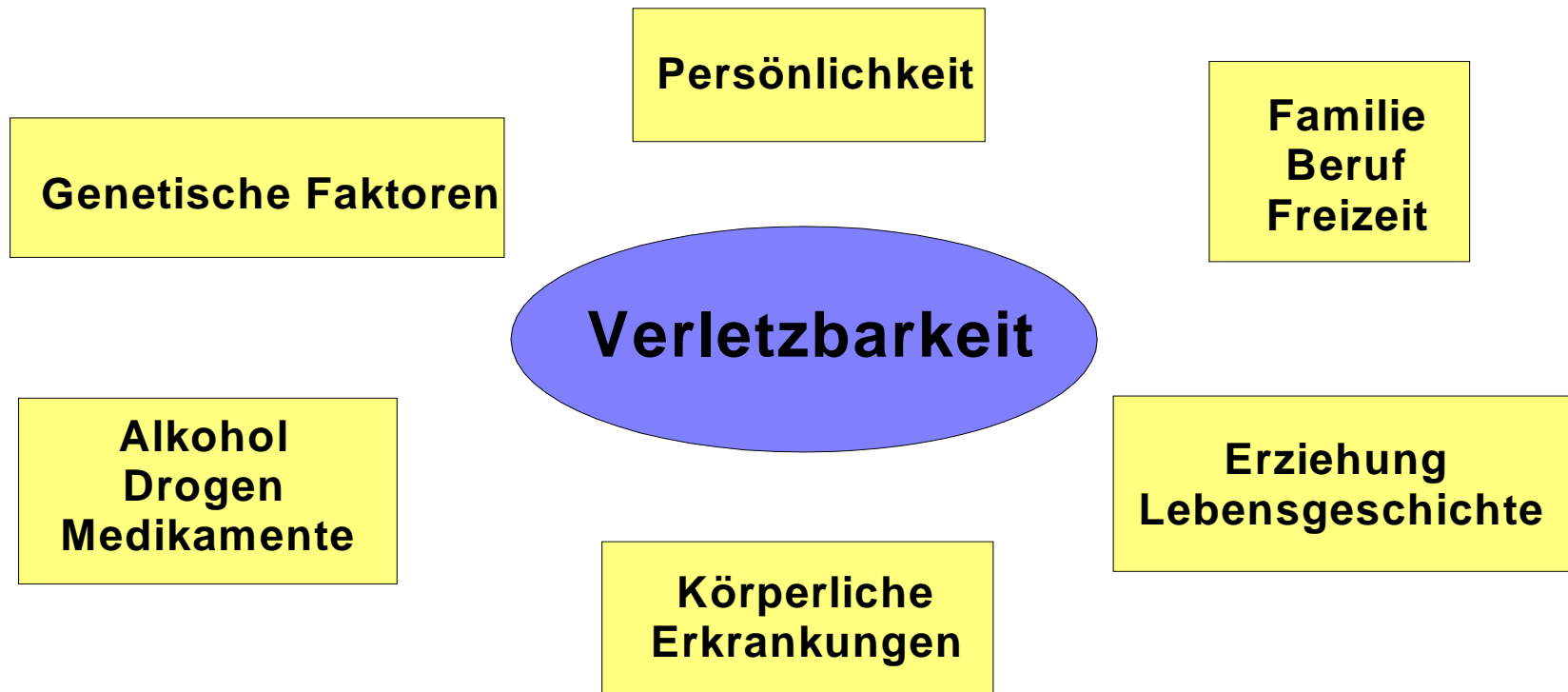
# Behandlungsansätze der Depression

---



# Vulnerabilitäts-Stress-Kompetenz- Modell der Depression

---



# Genetik affektiver Störungen

---

## Unipolare

## Bipolare

Ersterkrankungsalter:

40-50 J.

20-30 J.

Risiko für Verwandte 1.Grades:

10 %

15 %

Zwillingsstudien:

**Konkordanz EZ:** 42%

70%

Gleich hohes Risiko für Nachkommen beider: ca. 10%

**Konkordanz ZZ:** 14%

20-25%

Ungleich hohes Risiko für Nachkommen Diskonkordanter

# Prävalenz der Major Depression bei Somatischen Erkrankungen

---

Schlaganfall	22-66 %
Niereninsuffizienz	20-50 %
Morbus Parkinson	30-50 %
Myocardinfarkt	19-65 %
Krebserkrankungen	15-50 %
Diabetes mellitus	9-27 %
Chronischer Schmerz	35-60 %

Judd et al. 1997, Israel 1986

# Depression nach Herzinfarkt

---

---

	Major Depression	Keine Depression
<b>Männer</b>		
Mortalität Kardiovaskuläre Erkrankung	7,0 %	2,4 %
<b>Frauen</b>		
Mortalität Kardiovaskuläre Erkrankung	8,3 %	2,7 %

Frasure-Smith et al. 1993, 1995

# Typus Melancholicus

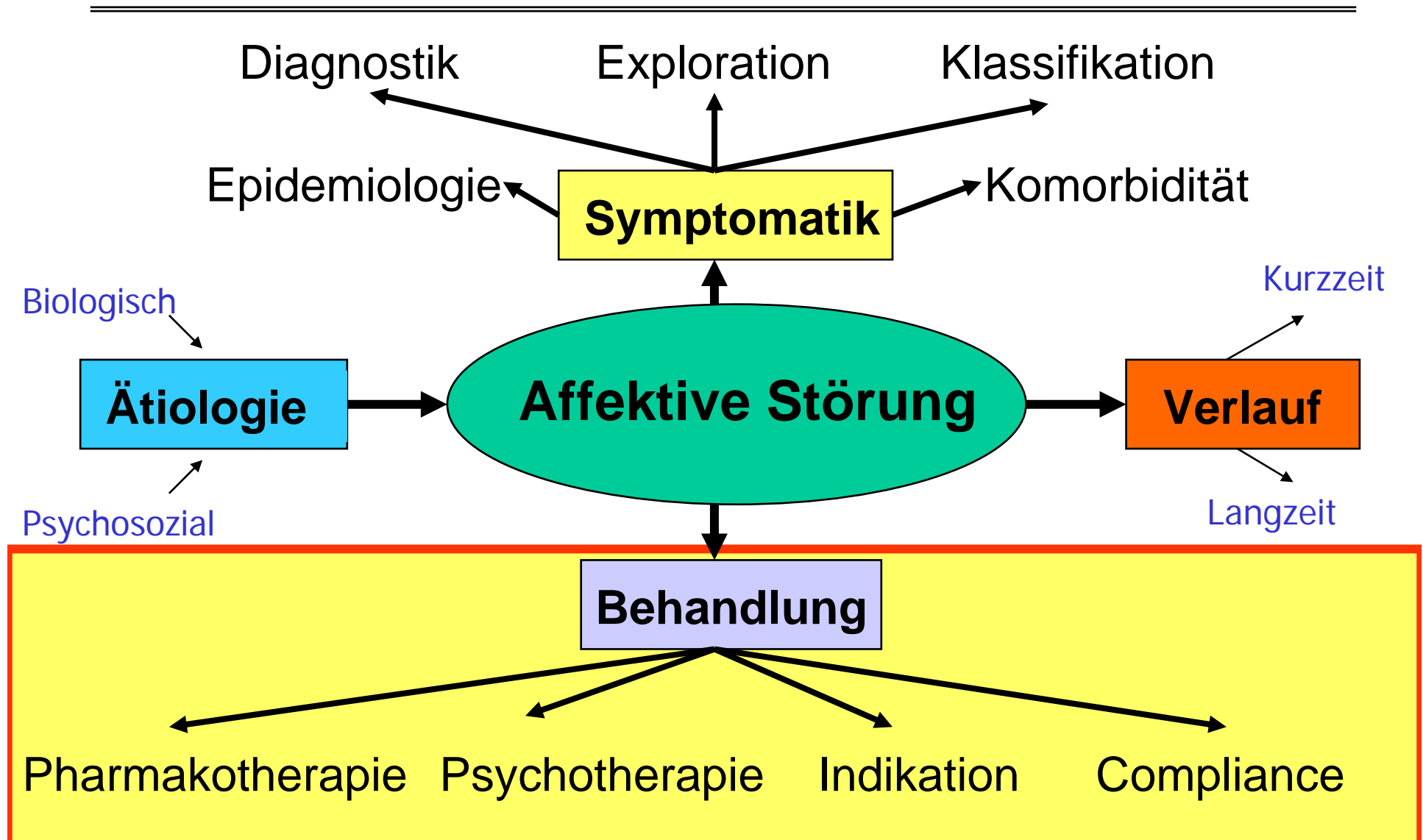
## Persönlichkeitsstruktur nach Tellenbach

---

- Ordentlichkeit
- Übergenauigkeit, Perfektionismus
- Heteronomie (Sein für Andere)
- Hypernomie (Normorientierung)
- Ambiguitätsintoleranz

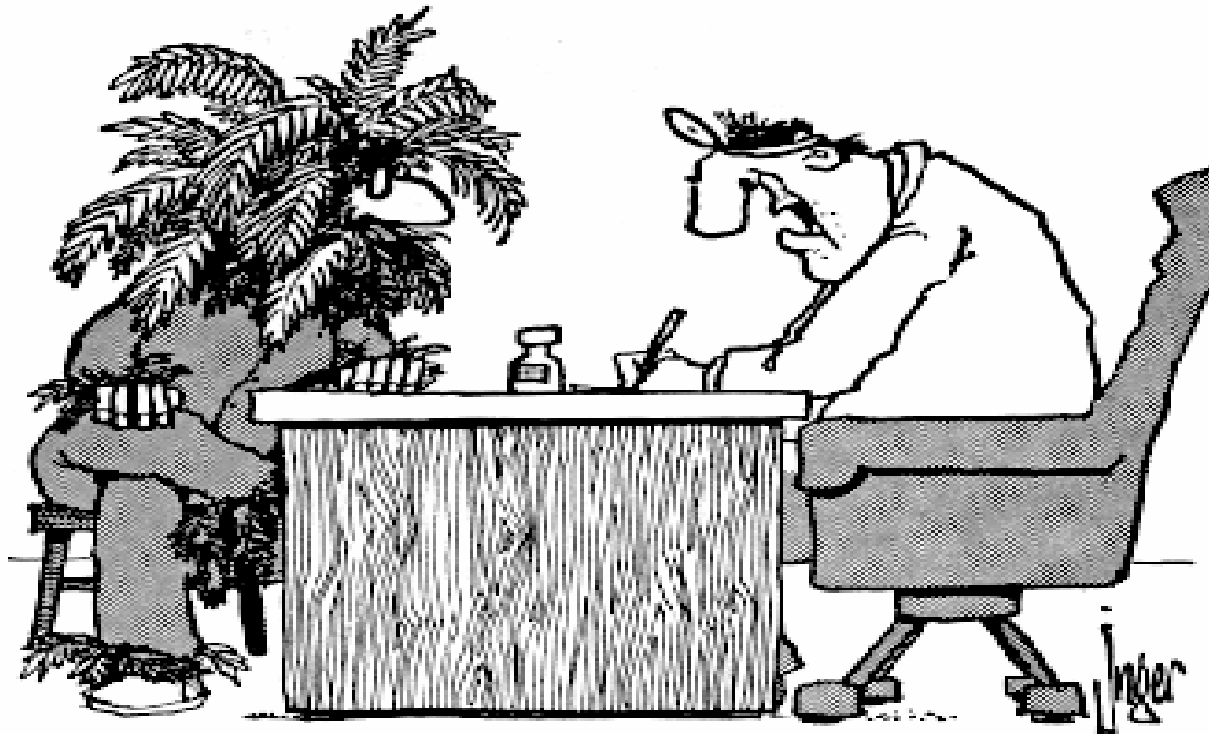


# Affektive Störungen



# Affektive Störungen

---



**"We'll take you off the vitamins for a couple of days."**

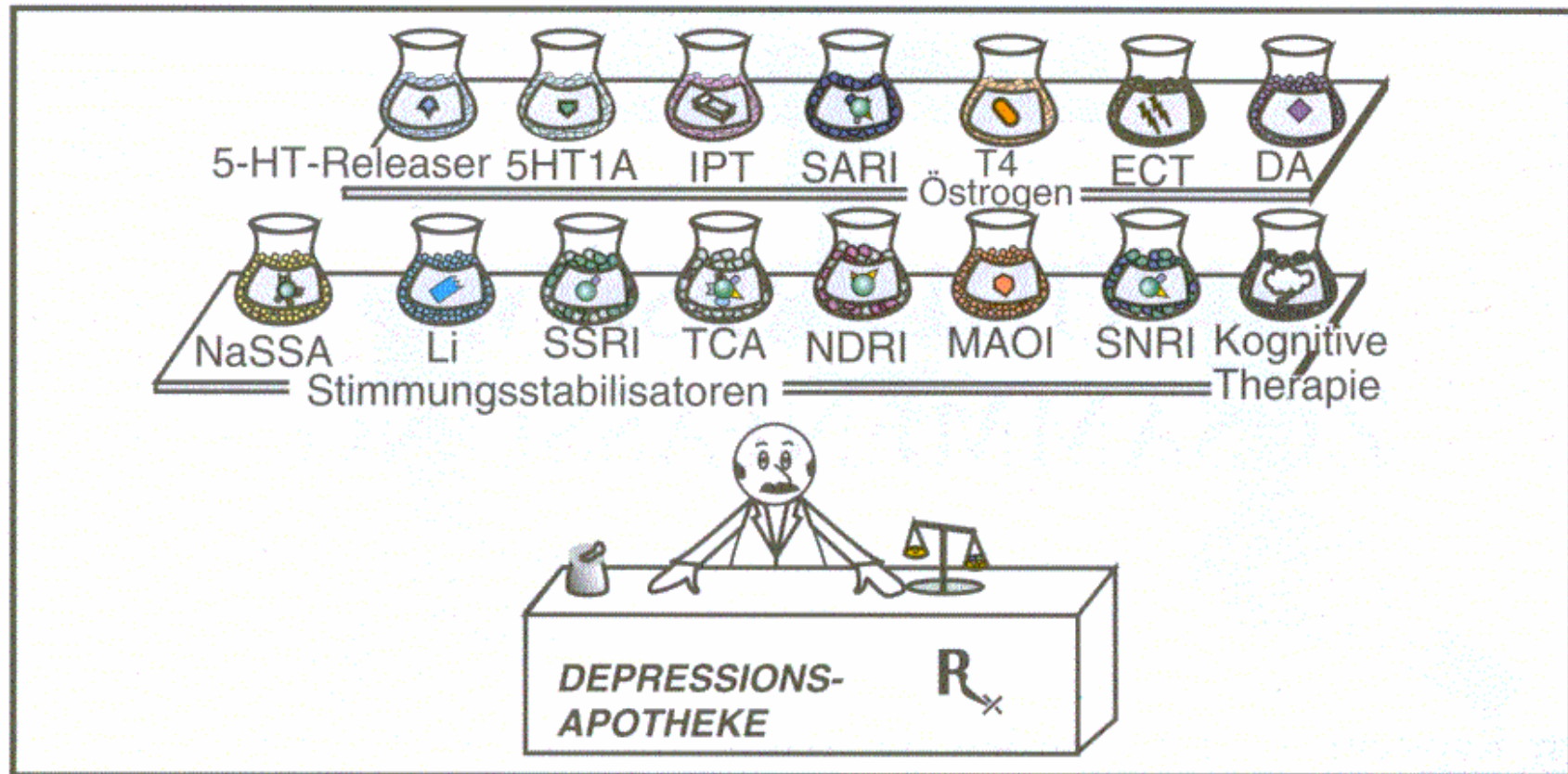
# Affektive Störungen

---



**“So, Mr. Fenton . . . Let’s begin with your mother..”**

# Affektive Störungen



# Affektive Störungen

---

## Leitlinien zur Depressionsbehandlung

- Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR)  
Clinical Practice Guideline (1993)
- American Psychiatric Association (APA)  
Practice Guidelines for the treatment of Major Depression (2000)
- National Advisory Committee New Zealand (NAC) (1998)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2000)
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AK)  
Empfehlungen zur Therapie der Depression (1997)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Nervenheilkunde Behandlungsleitlinie Affektive Störungen (2000)  
[www.dggn.de](http://www.dggn.de) oder [www.awmf.de](http://www.awmf.de)
- Derzeit werden S3-Leitlinien (Nationale Versorgungsleitlinien entwickelt)

# Akutbehandlung affektiver Störungen

---

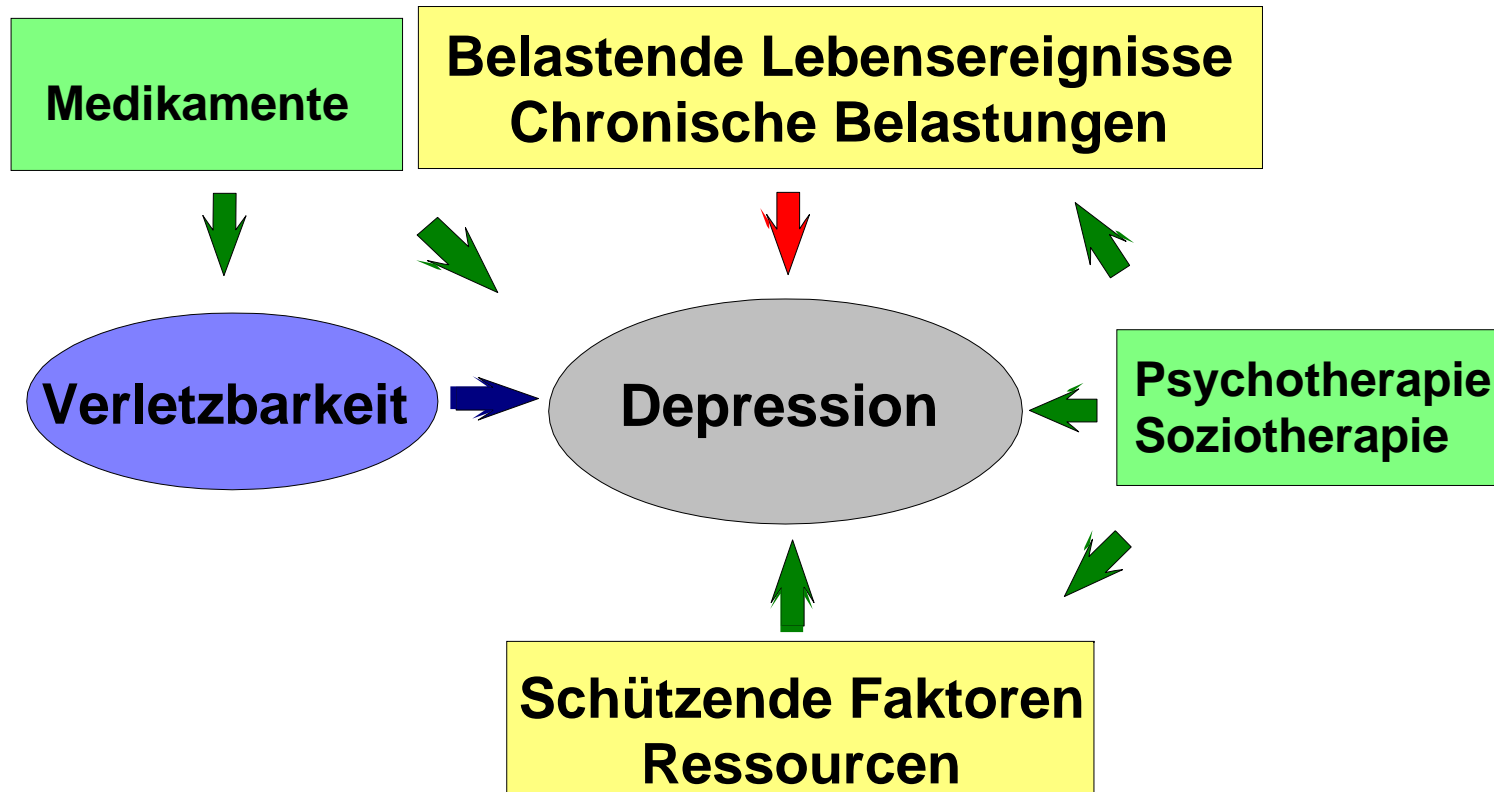
## Psychopharmaka und andere biologische Behandlungsansätze



**"We'll take you off the vitamins for  
a couple of days."**

# Behandlungsansätze der Depression

---



# Geschichte der biologischen Depressionsbehandlung

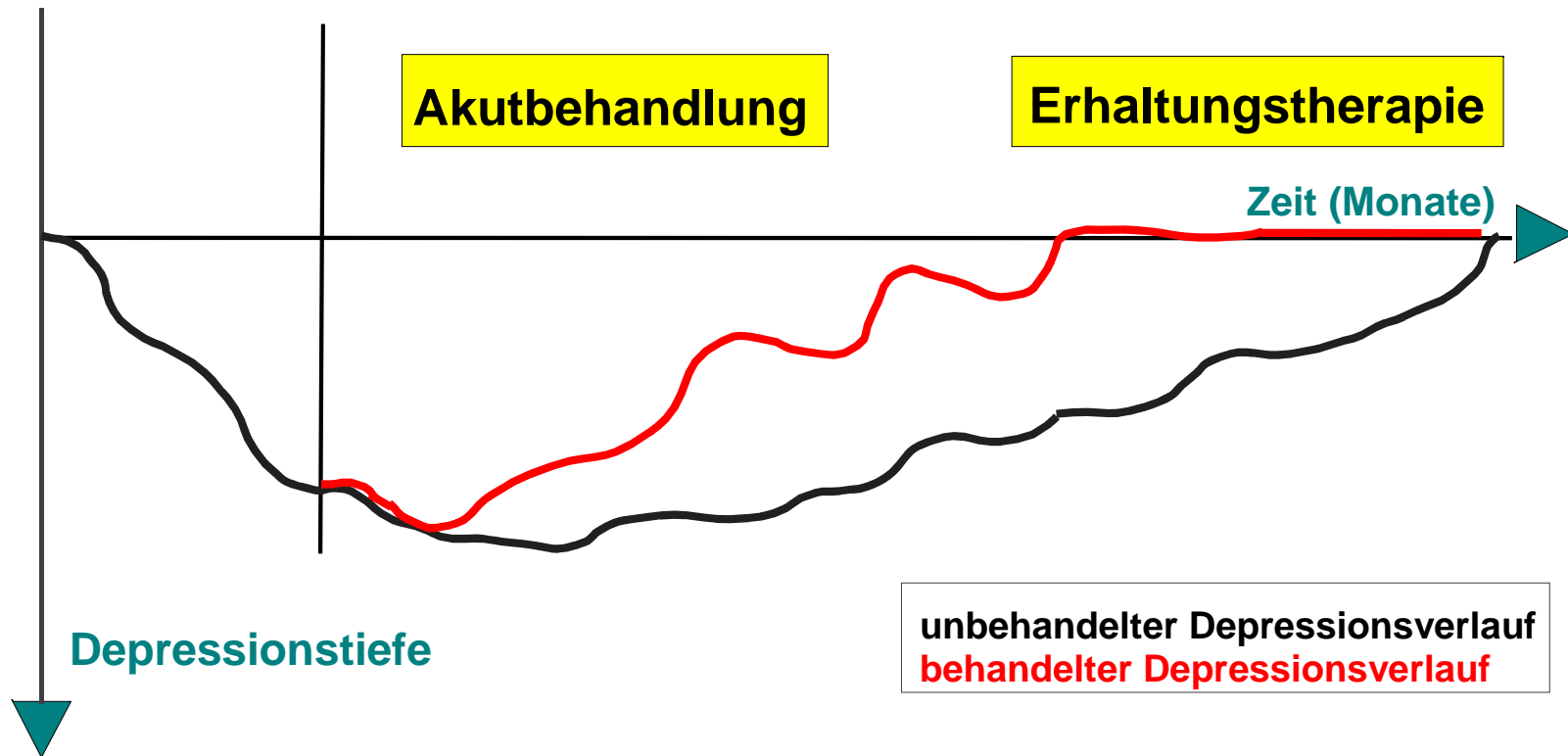
---

---

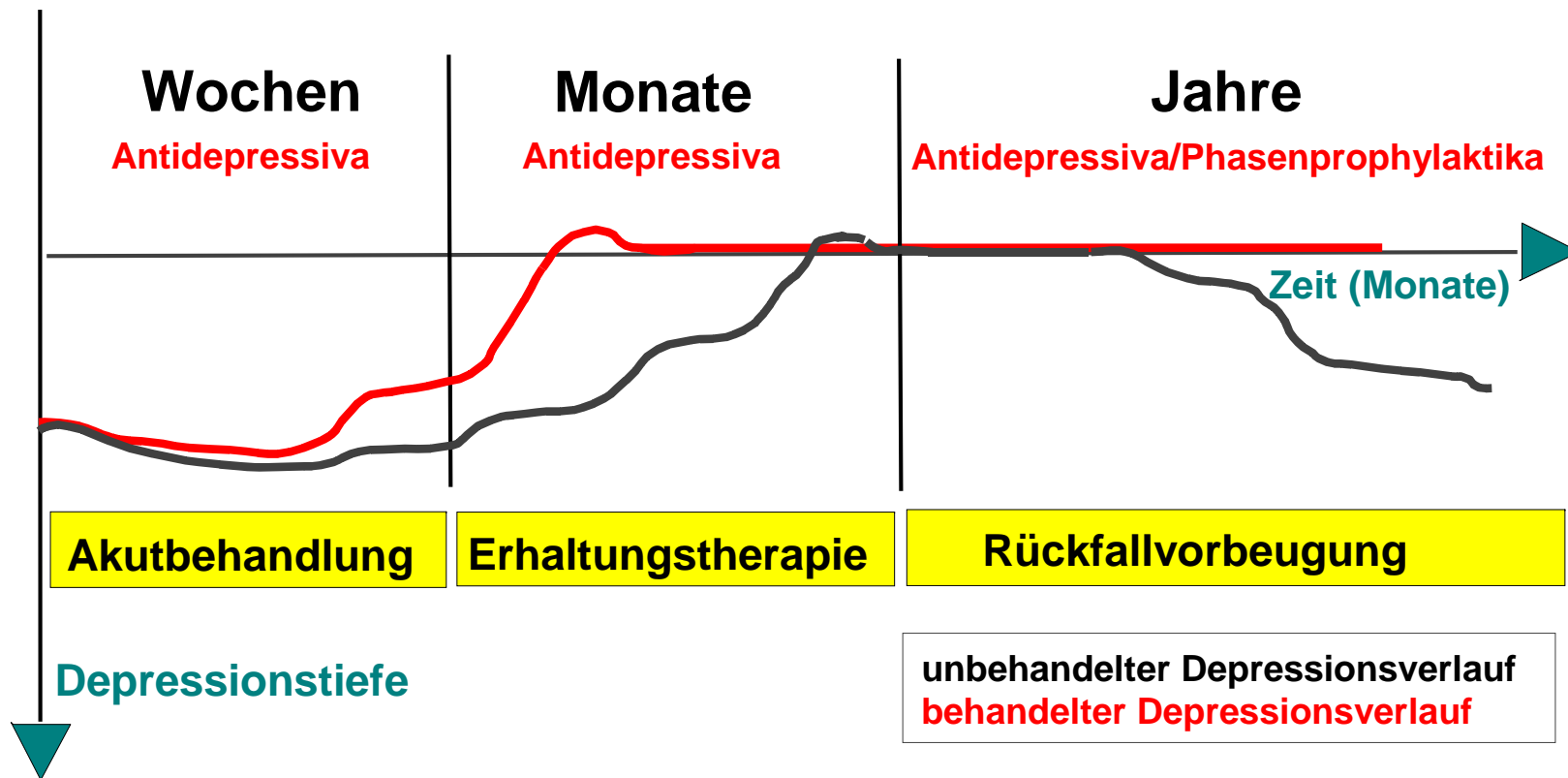
<b>Opium</b>			<b>TZA MAOI</b>			<b>SSRI</b>		
	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
	<b>EKT</b>				<b>SE</b>	<b>Li</b>		<b>TMS</b>



# Akut- und Erhaltungstherapie



# Akut- und Erhaltungstherapie und Rückfallvorbeugung



# Phasen der stationären Akutbehandlung

---

Durchschnittliche Dauer von 4 bis 8 Wochen

- |                 |  |
|-----------------|--|
| <b>1. Phase</b> | <b>Diagnostische Abklärung</b>   |
| <b>2. Phase</b> | <b>Antidepressive Medikation</b>   |
| <b>3. Phase</b> | <b>Antidepressive Medikation<br/>Psychotherapie<br/>Soziotherapie</b>                              |
| <b>4. Phase</b> | <b>Antidepressive Medikation<br/>Belastungserprobung<br/>Rückfalltraining<br/>Phasenprophylaxe</b> |

# Compliance bei Psychopharmaka

---

**Etwa ein Drittel der Patienten setzt die verordneten Medikamente innerhalb eines Monats selbständig ab**

**Welche Gründe vermutet Sie?**

***Diskutieren Sie 3 min mit Ihrem Nachbar***

# Compliance bei Psychopharmaka

---

**Etwa ein Drittel der Patienten setzt die verordneten Medikamente innerhalb eines Monats selbständig ab**

*”Die Einnahme von Psychopharmaka ist mir unheimlich.”*

*”**Ich habe Angst, dass mich die Medikamente süchtig machen.**”*

*”**Ich fürchte mich davor, dass die Medikamente mich willenlos machen und meinen Charakter verändern.**”*

*”Medikamente können mir sowieso nicht helfen.”*

*”Mir geht es schon wieder besser, ich brauche die Medikamente nicht mehr.”*

*”Die Nebenwirkungen sind unerträglich.”*

*”Die anderen können mir ansehen, dass ich Psychopharmaka einnehme.”*

*”Ich arbeite wieder, da behindern mich die Medikamente“*

# Einteilung der Antidepressiva

## - *klinisch-therapeutisch* -

---

1. Desipramin-Typ (aktivierend, antriebssteigernd)
2. Imipramin-Typ (psychomotorisch neutral)
3. Amitriptylin-Typ (sedierend, dämpfend)

# Auswahlkriterien für Antidepressiva

## - 5 STEPS -

---

1. **Safety** - **Sicherheit**
2. **Tolerability** - **Verträglichkeit**
3. **Efficacy** - **Wirksamkeit**
4. **Payment** - **Kosten**
5. **Simplicity** - **Einfache Handhabung**

# Nebenwirkungen von Antidepressiva I

---

## Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung (TZA, Reboxetin, Venlafloxin)

- Tremor
- Tachykardie
- Blutdrucksteigerung
- Unruhe
- Erektionsstörung



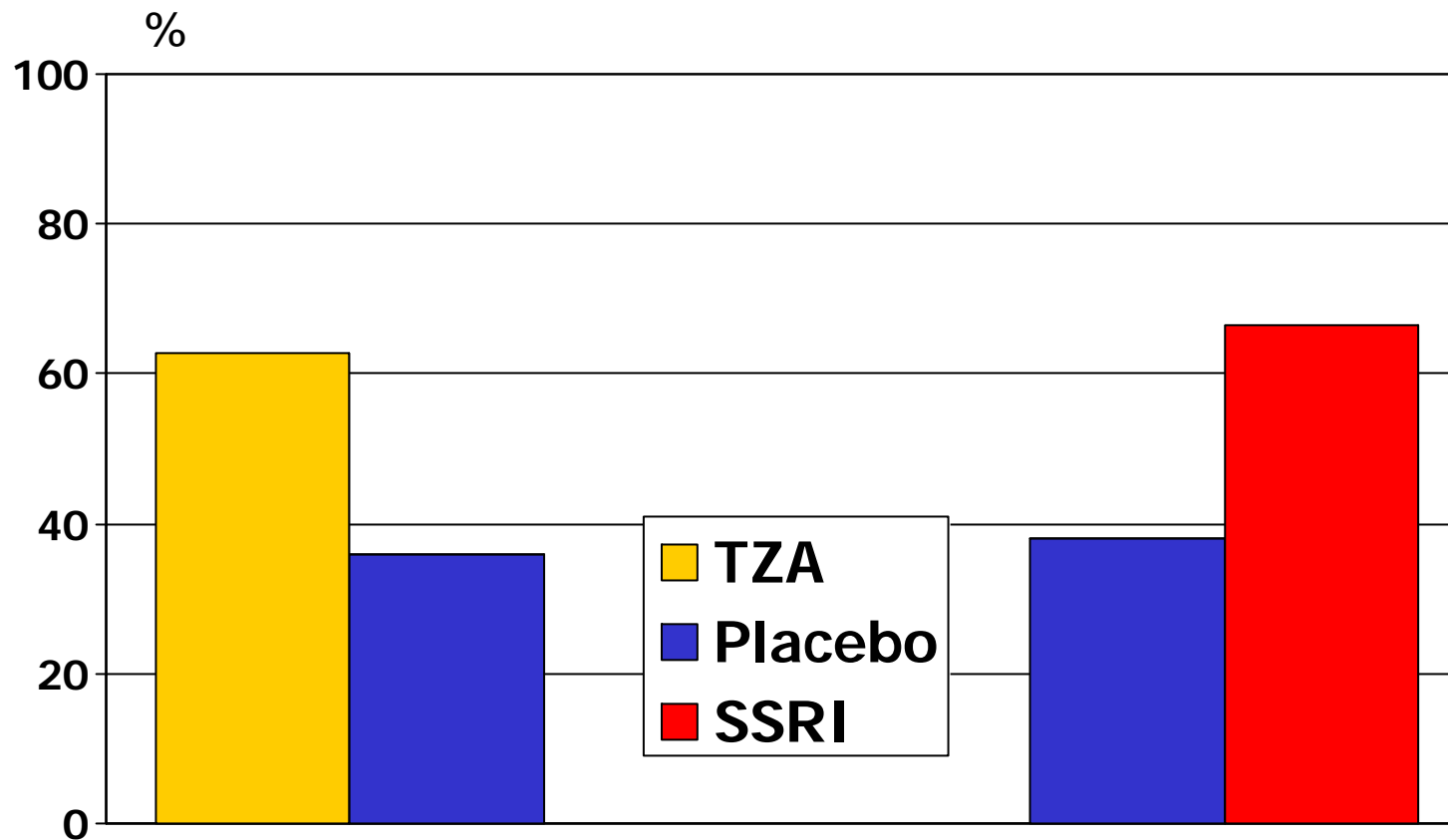
# Nebenwirkungen von Antidepressiva II

---

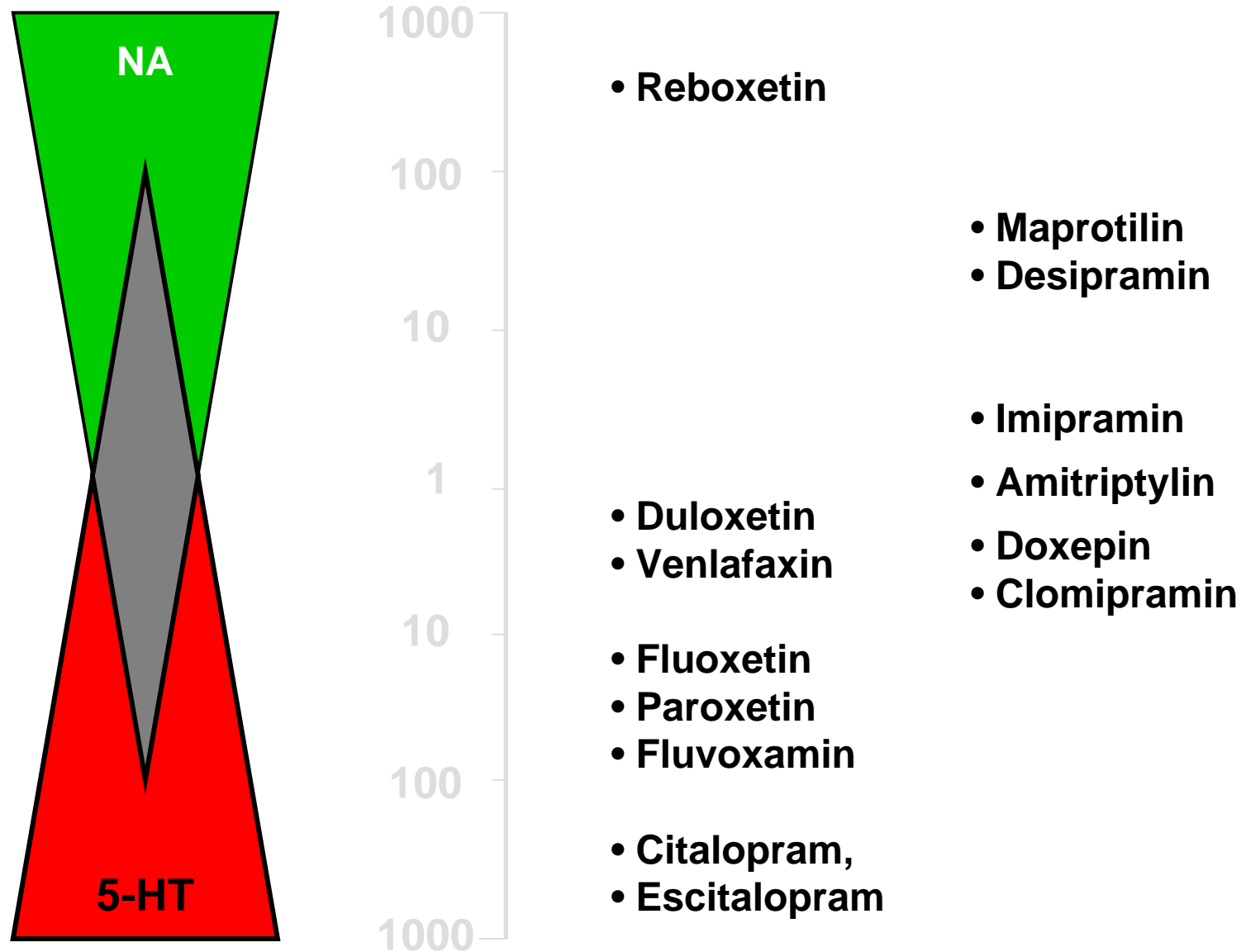
## Serotonin (5-HT)-Wiederaufnahmehemmung (SSRI, Venlafloxin, TZA)

- Übelkeit, Erbrechen
- Diarrhö
- Inappetenz
- Kopfschmerz
- sexuelle Funktionsstörung
- Unruhe

# Meta-Analyse der Response-Raten bei Major Depression



# Antidepressiva und Neurotransmitter-Systeme



# Behandlung der therapie- resistenten Depression

## - *Definition* -

---

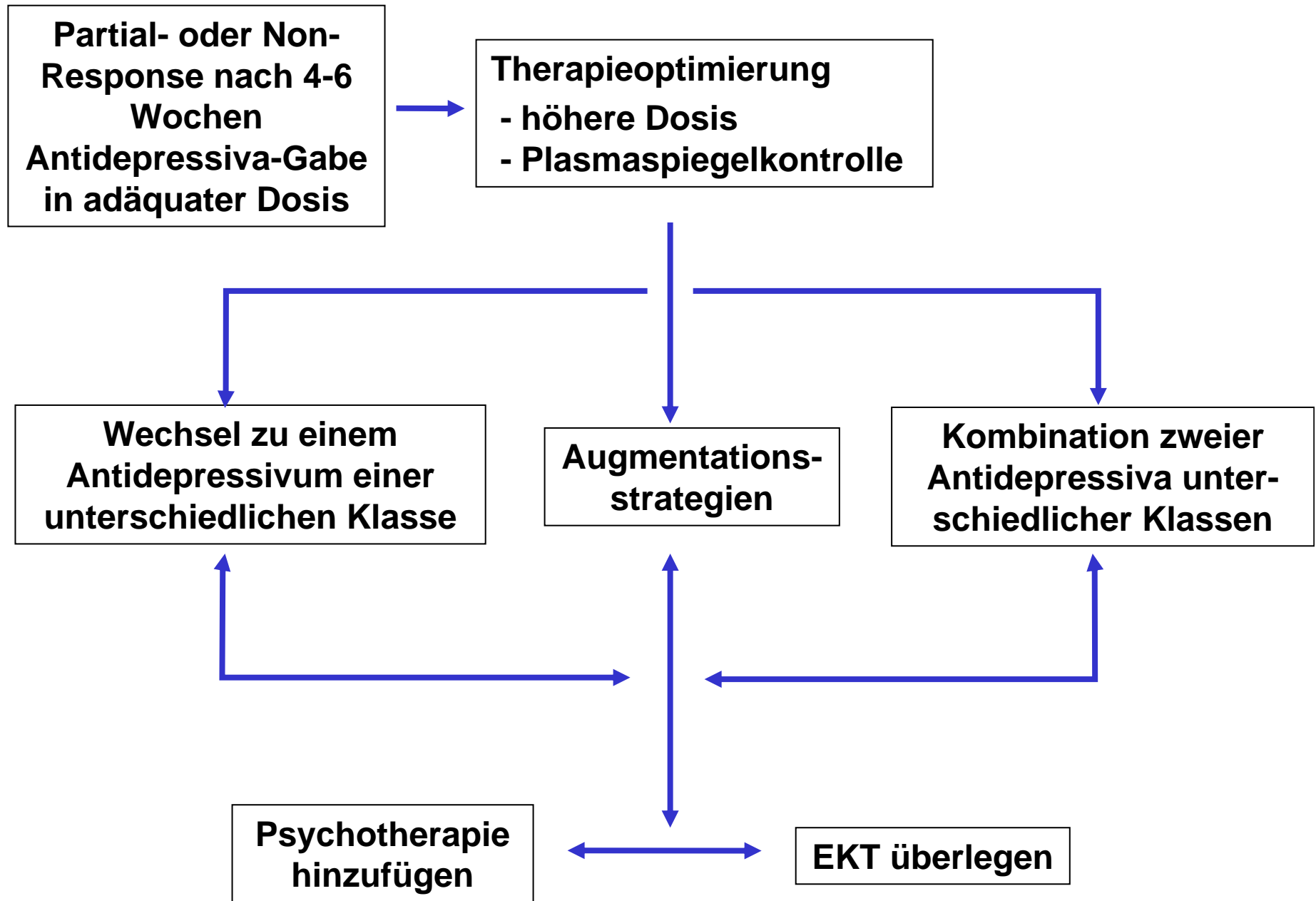
das akute depressive Syndrom bessert sich  
unter der Therapie mit **zwei** verschiedenen  
Antidepressiva  
in **ausreichender Dosis** und Plasmakonzentration  
jeweils über **vier bis sechs Wochen**  
**um weniger als 50%** (Rating-Verfahren z.B. HAM-D)

# Behandlung der therapie- resistenten Depression - *Ursachen und Häufigkeit* -

---

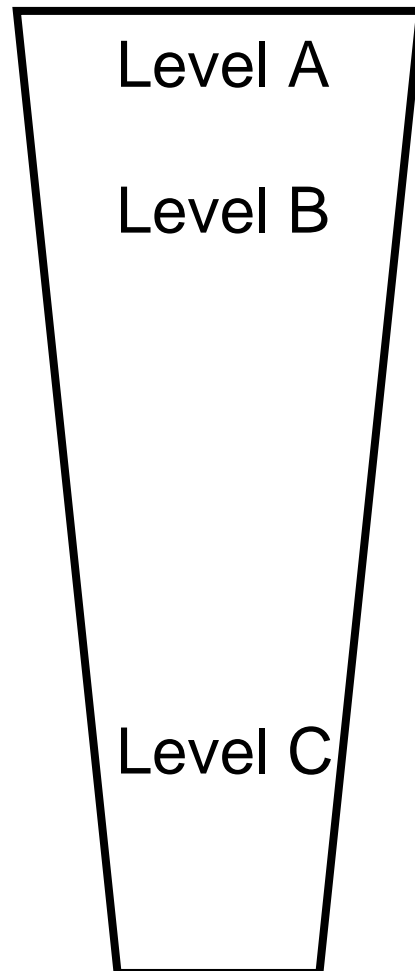
- falsche Diagnose
- Pseudo-Therapieresistenz (Compliance, inadäquate Dosis)
- pharmakokinetische Interaktionen
- psychologische und soziale Faktoren

**Häufigkeit: 30%**



# Augmentierung - gesichert

Hinzugabe eines Nicht-Antidepressivums zu einer bestehenden Antidepressiva-Gabe



- Lithium (nach Plasmaspiegel: ca. 0,6 mmol/l)
- Olanzapin (andere Atypika?)
- T<sub>3</sub> (25-50 mg/die oder in Abhängigkeit von der Schilddrüsenfunktionslage)
- Buspiron (Bespar<sup>®</sup>) (15-30 mg/die) (bei bestehender SSRI-Therapie)
- Pindolol (Visken<sup>®</sup>, 5-15 mg/die) (β-Blocker und 5-HT<sub>1A</sub>-Antagonist (bei bestehender SSRI-Therapie))

# Akutbehandlung der Manie

---

- **Hypomanie und leichte Manie**

Lithium 1,0-1,2 mmol/l

Valproat

Carbamazepin

und niederpotente Neuroleptika oder Benzodiazepine

- **Mittelgradige und schwere Manie**

Hochpotente oder atypische Neuroleptika

und niederpotente Neuroleptika oder Benzodiazepine



# Rezidivprophylaxe bei bipolarer Störung

---

*ab der ersten Manischen Episode*

- Lithium
- Carbamazepin
- Valproat
- Lamotrigin
- oder Kombination

# Risikofaktoren für ungünstigen Langzeitverlauf der Depression

---

- 3 oder mehr depressive Episoden in 5 Jahren
- Residualsymptomatik bei Entlassung
- Beginn der Erkrankung > 60 Jahre
- Beginn der Erkrankung < 30 Jahre
- Familiäre Belastung mit affektiven Erkrankungen
- Komorbidität (Double Depression, Angst, Sucht)
- Schwere Index-Episode (Suizidalität)
- Schlechtes soziales Funktionsniveau

# Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

---

- Nach Remission sollte immer eine 4-6 monatige medikamentöse Erhaltungstherapie erfolgen, bevorzugt mit der vollen Wirkdosis des Antidepressivums
- Bei zwei oder mehr depressiven Episoden innerhalb von 5 Jahren sollte für einige Jahre eine Rezidivprophylaxe erfolgen.  
Geeignet sind Antidepressiva (volle Dosis) und Lithium.

# Behandlung affektiver Störungen

---

## Psychotherapeutische Behandlungsansätze



**“So, Mr. Fenton . . .  
Let’s begin with  
your mother...”**

# Allgemeine Grundsätze zur Psychotherapie der Depression

---

- problemorientiert, strukturiert, konkret, aktiv, ggf. auch direktiv vorgehen
- ausführliche Erklärung des Krankheitsbilds, der Einflussfaktoren und des Bedingungsgefüges
- Ableitung der Psychotherapie aus dem Erklärungsmodell
- klare Zielsetzungen, Formulierung von Teilzielen
- Orientierung auf Alltagsbewältigung, Lösung aktueller Probleme
- gestuftes, nicht überforderndes Vorgehen
- Erarbeitung neuer Handlungsmöglichkeiten

# Indikation Fallbeispiel

---

- 2 Patienten kommen zu Allgemeinarzt und stellen die Frage
- **„Was würden Sie mir zur Behandlung meiner Depression empfehlen Antidepressiva oder Psychotherapie?“**
- **Patient A:** leichte bis mittelgradige Depression
- **Patient B:** mittelgradige bis schwere Depression

Sie antworten Patient A: „.....“

Sie antworten Patient B: „.....“

# Zur Indikation und Differentialindikation I

---

- Bei schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.2) ist in jedem Fall zunächst eine hinreichend dosierte antidepressive (ggf. auch eine neuroleptische) Medikation indiziert.
- Eine Kontraindikation für Psychotherapie besteht weiter, wenn Patienten aufgrund der Schwere ihrer Symptomatik durch psychotherapeutische Interventionen überfordert werden.

# Psychodynamische und analytische Psychotherapie

---

- **Prinzipien:**
  - depressive Symptome entstehen aufgrund unbewusster oder nur teilweise bewusster innerer Konflikte, oftmals im Rahmen zusätzlicher Persönlichkeitsprobleme (z.B. bestimmter PSen)
  - diese führen zu konflikthaften Beziehungsmustern mit nahestehenden Personen
  - und bei Verlust, Versagungs- und Enttäuschungserlebnissen zum depressiv-hilflosen Zusammenbruch
  - psychodynamische Kurzzeittherapien fokussieren aktuelle Konflikte



# Psychodynamische und analytische Psychotherapie II

---

- **Prinzipien (Fortführung):**
  - längerfristige psychodynamische Therapien zielen darauf ab, in der therapeutischen Beziehung eine Wiederbelebung konflikthafter Interaktionsmuster zu ermöglichen, um sie therapeutische bearbeiten und ggf. verändern zu können
- **Wirksamkeit:**
  - psychodynamische Kurzzeittherapien sind nachweislich wirksam bei depressiven Störungen
  - für längere psychodynamische Therapien konnte die Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie nachgewiesen werden.

# Interpersonelle Therapie

---

- **Prinzipien:**
  - starke Fokussierung auf das zwischenmenschliche Umfeld der Patienten und seiner Einflüsse auf die depressive Erkrankung
  - es geht um depressionstypische Themen wie unbewältigte Trauer, Rollenkonflikte, Rollenübergänge und soziale Isolierung
- **Wirksamkeit:**
  - Nachweis der Wirksamkeit in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien

# Kognitive Verhaltenstherapie

---

- **Prinzipien:**
  - Veränderung automatischer dysfunktionaler Einstellungen und Gedankenketten
  - Verhaltenstherapie im engeren Sinne strebt eine Förderung von Aktivitäten und Erfolgserlebnissen an
- **Wirksamkeit:**
  - in mehreren Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien nachgewiesen

## Weitere Psychotherapieformen

---

- ❖ Gesprächspsychotherapie
- ❖ Gruppentherapie
- ❖ Paar- und Familientherapie
- ❖ Mutter-Kind-Therapie der PPD

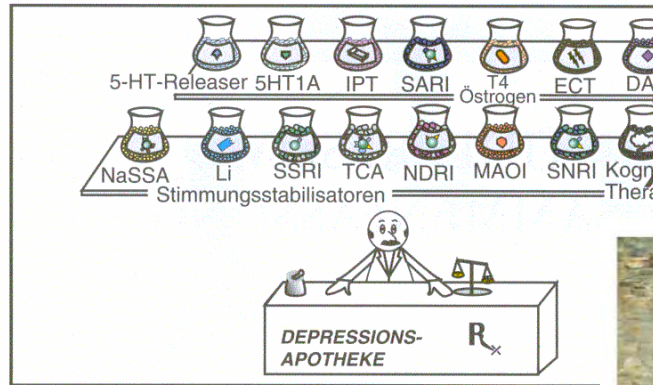
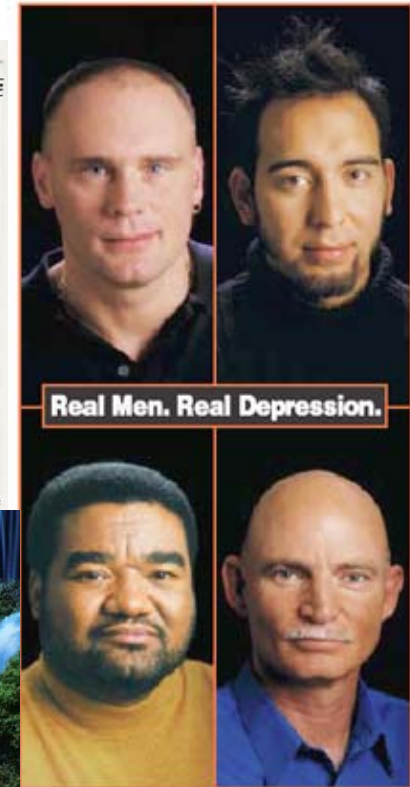
# Mutter-Kind-Therapie der PPD

---

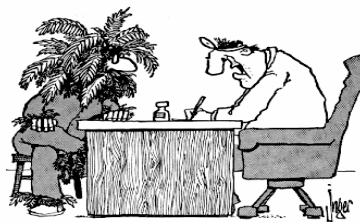
## Ziele:

- ❖ **Änderung dysfunktionaler Interaktionsmuster**
- ❖ **Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen**
- ❖ **Stärkung des mütterlichen Kompetenzerlebens**

# sind noch Fragen?



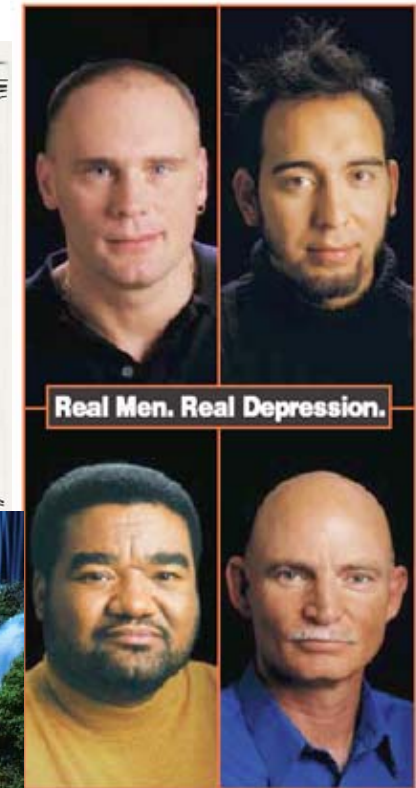
**It takes courage to ask for help. These men did.**



"We'll take you off the vitamins for a couple of days."

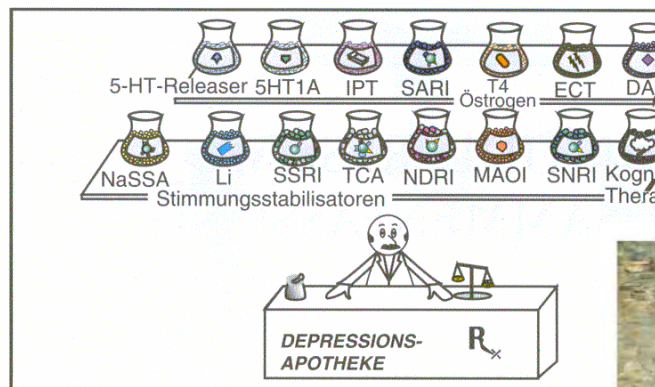


# was nehmen Sie mit?



Real Men. Real Depression.

It takes courage to ask for help. These men did.



"We'll take you off the vitamins for a couple of days."

