



● DEPRESSIONEN

Referat von Sophia Seitz
und Ester Linz

ÜBERSICHT

1. Klassifikation
2. Symptomatik
3. Gruppenarbeit
4. Diagnostische Verfahren
5. Epidemiologie
6. Ätiologische Modelle
7. Fallbeispiel



KLASSIFIKATION NACH ICD-10

Unterteilung der affektiven Störungen

- 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



KLASSIFIKATION NACH ICD-10

- 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



SYMPTOMATIK

F32 depressive Episode

Hauptsymptome

- Gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit



SYMPTOMATIK

F32 depressive Episode

Zusatzsymptome

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit



SYMPTOMATIK

F32 depressive Episode

Schweregrad:

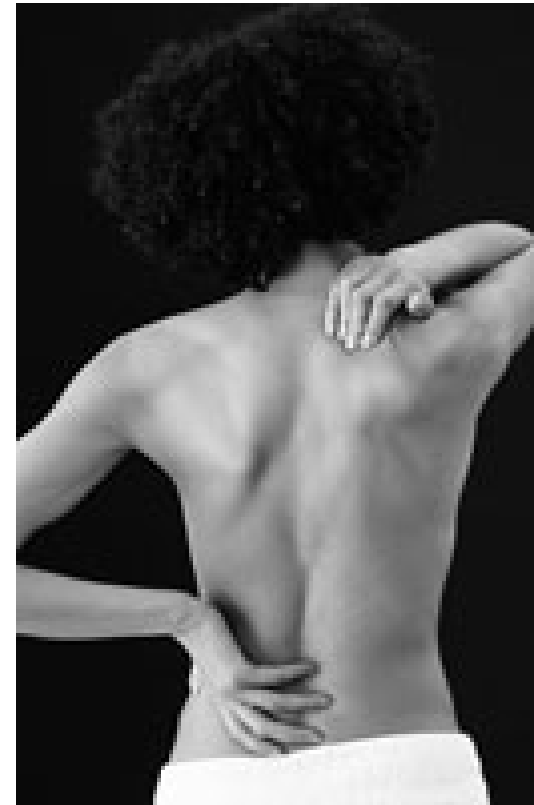
- leicht: 2 Hauptsymptome +
2 Zusatzsymptome (F32.0)
- Mittelgradig: 2 Hauptsymptome +
3 bis 4 Zusatzsymptome (F32.1)
- Schwer: 3 Hauptsymptome +
mind. 5 Zusatzsymptome (F33.2)



SYMPTOMATIK

Psychosomatische Symptomatik

- Kopfschmerzen, Schwindel
- Rückenschmerzen
- Atembeschwerden
- Herzbeschwerden
- Magen- / Darmbeschwerden
- Unterleibsbeschwerden



GRUPPENARBEIT

Stellt euch vor eine Person in eurem Freundeskreis zeigt folgende Symptome auf:

- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit
- Verringerte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Schlafstörungen

Gruppe 1: Wie könntet ihr euch am besten verhalten um ihm zu helfen?

Gruppe 2: Was solltet ihr im Umgang mit der Person vermeiden?

(pro Gruppe zwei Punkte erarbeiten)



GRUPPENARBEIT

- Die Erkrankung ernst nehmen
- Unterstützung beim Gang zum Arzt
- Geduldig bleiben
- Eigene Belastbarkeit kennen
- Vermeidung von gut gemeinten Ratschlägen
- Gesprächsbereit sein
- Bestimmte Verhaltensweisen nicht persönlich nehmen



DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

- Strukturierte und standardisierte Interviewleitfäden sowie Symptom-Checklisten
 - „Strukturierte Klinische Interview für DSM-4 Achse: Psychische Störungen“ (Wittchen, Zaudig & Friedrich, 1997)
 - „Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen“ (Magraf, Schneider & Ehlers, 1994)



DIAGNOSTISCHE VERFAHREN



- Fremd- und Selbstbewertungsskale:

- „Hamilton Rating Scale for Depression“
(Fremdbeobachtung)

- „Beck-Depressions-Inventar“
(Selbstbeobachtung)



DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

6. INSOMNIA LATE

- _____
- 0**= No difficulty
 - 1** = Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
 - 2**= Unable to fall asleep again if he gets out of bed

7. WORK AND ACTIVITIES

- _____
- 0**= No difficulty
 - 1** = Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities; work or hobbies
 - 2**= Loss of interest in activity; hobbies or work—either directly reported by patient, or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he has to push self to work or activities)
 - 3**= Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity
 - 4**= Stopped working because of present illness

8. RETARDATION: PSYCHOMOTOR (Slowness of thought and speech; impaired ability to concentrate; decreased motor activity)

- _____
- 0**= Normal speech and thought
 - 1** = Slight retardation at interview
 - 2**= Obvious retardation at interview
 - 3**= Interview difficult
 - 4**= Complete stupor

9. AGITATION

- _____
- 0**= None
 - 1** = Fidgetiness
 - 2**= Playing with hands, hair, etc.
 - 3**= Moving about, can't sit still
 - 4**= Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips



KOMORBIDITÄT

56% der Patienten leiden unter weiteren Störung

Häufigste komorbide Erkrankung

- Angststörungen 18 – 21 %
- Abhängigkeit 14 – 20 %



EPIDEMIOLOGIE

Prävalenz

Punktprävalenz ist 4,6 bis 7,4 %

- 3,8 % Männer, 6 % Frauen

Lebenszeitprävalenz 17 %

- 12,7 % Männer, 21,3 % Frauen



EPIDEMIOLOGIE

Alter bei Erkrankungsbeginn:
in allen Lebensaltern

- Gipfel der Ersterkrankung liegt bei 15 – 29 Jahren
- In letzten Jahrzehnten Zunahme in jüngeren Gruppen
- Abnahme des Risikos einer unipolaren Depression 30 bis 55 Jahren



EPIDEMIOLOGIE

Krankheitsverlauf

- Große interindividuelle Variabilität der Verläufe
- Anzahl von Phasen:
 - u. U. nur eine einzige Phase 15-50%
 - bis zu drei Phasen 20-30%
 - Rest erlebt mehr als 3 Phasen
- Phasendauer:
 - natürliche Phasendauer 3 – 6 Monate
 - mit Medikation 5 Monate
 - Zykluslänge 4,5 – 5 Jahre



EPIDEMIOLOGIE

Überwiegende Teil der depressiven Erkrankung klingt wieder ab

Negative Erkrankungsausgänge

- Chronifizierung
- Rückfälle
- Rekurrender Verlaufstyp
- Residualzustände
- Mortalität (10 – 15 % durch Suizid)



EPIDEMIOLOGIE

Risikofaktoren

- Weibliches Geschlecht
- Soziale Faktoren: Familienstand,
Vertrauenspersonen,
niedriger sozialer Status
- Belastende Lebensereignisse
- Genetische Disposition – erhöhtes Risiko bei
Kindern mit depressiven Elternteilen



ÄTIOLOGISCHE MODELLE

- Psychologische Modelle
nach Seligman, Beck, Lewinson
- Multifaktorielle Modell
- Biologische Modelle



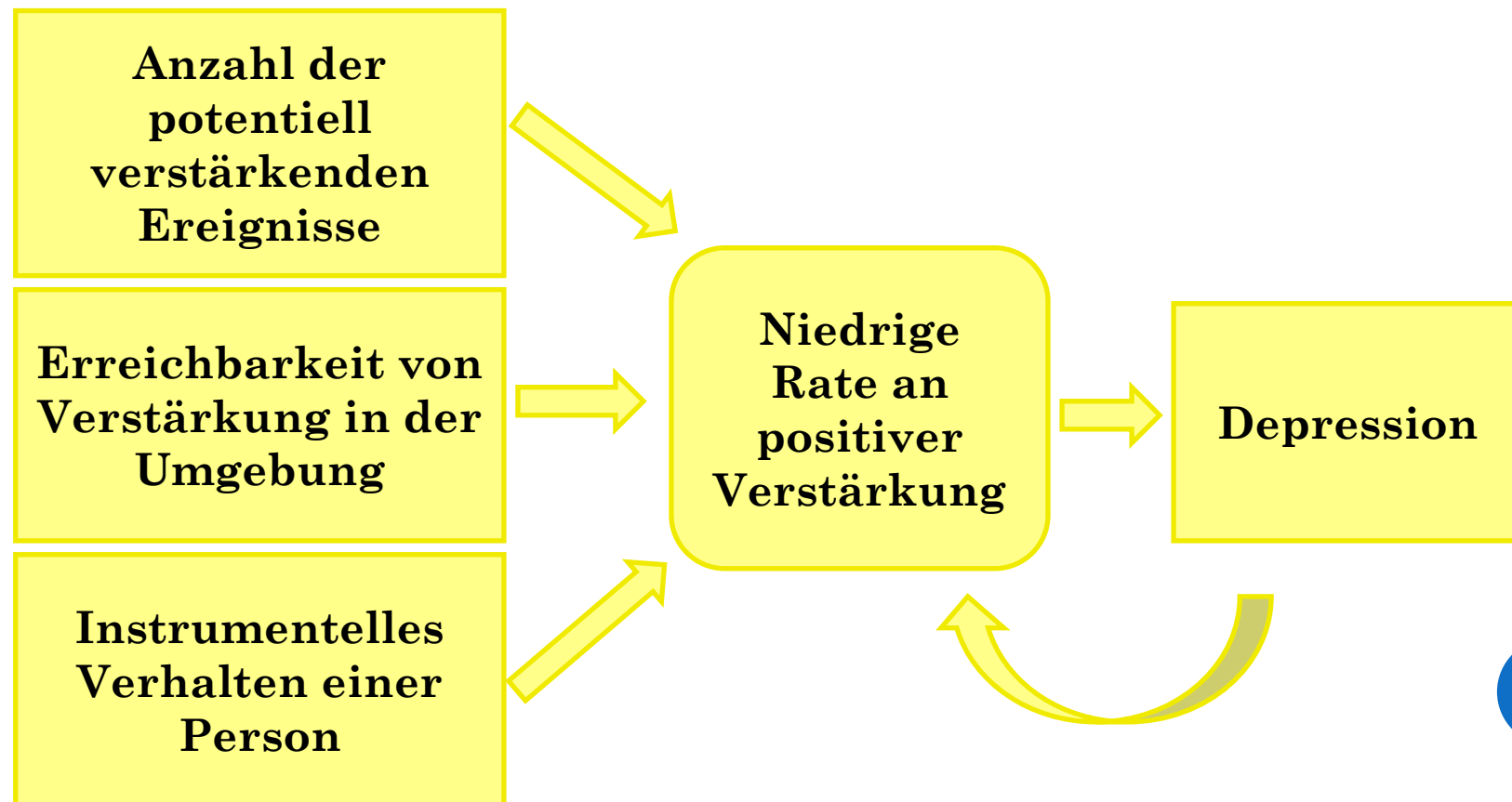
ÄTIOLOGISCHE MODELLE

- **Psychologische Modelle
nach Seligman, Beck, Lewinson**
- **Multifaktorielle Modell**
- **Biologische Modelle**



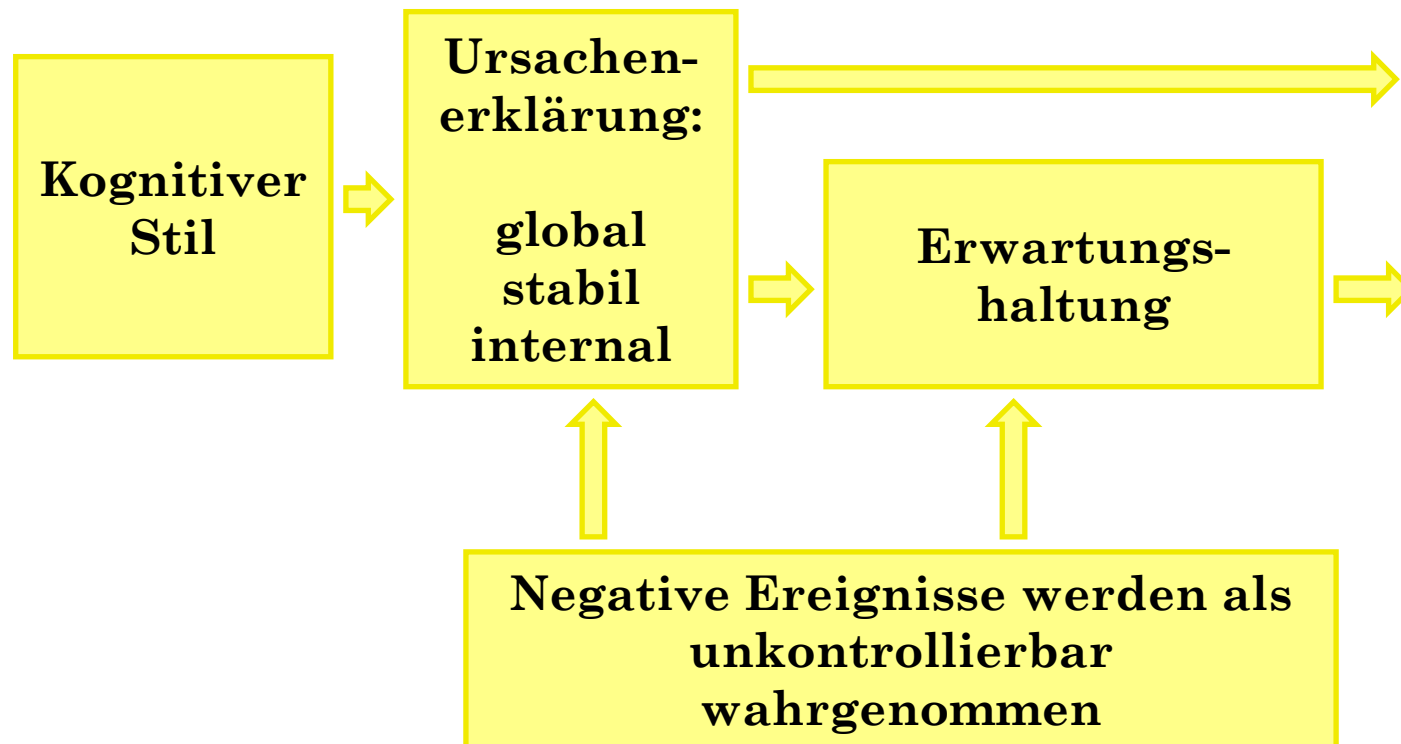
ÄTIOLOGISCHE MODELLE

- Depressionsmodell nach Lewinsohn (1974):
Verstärker – Verlust – Modell



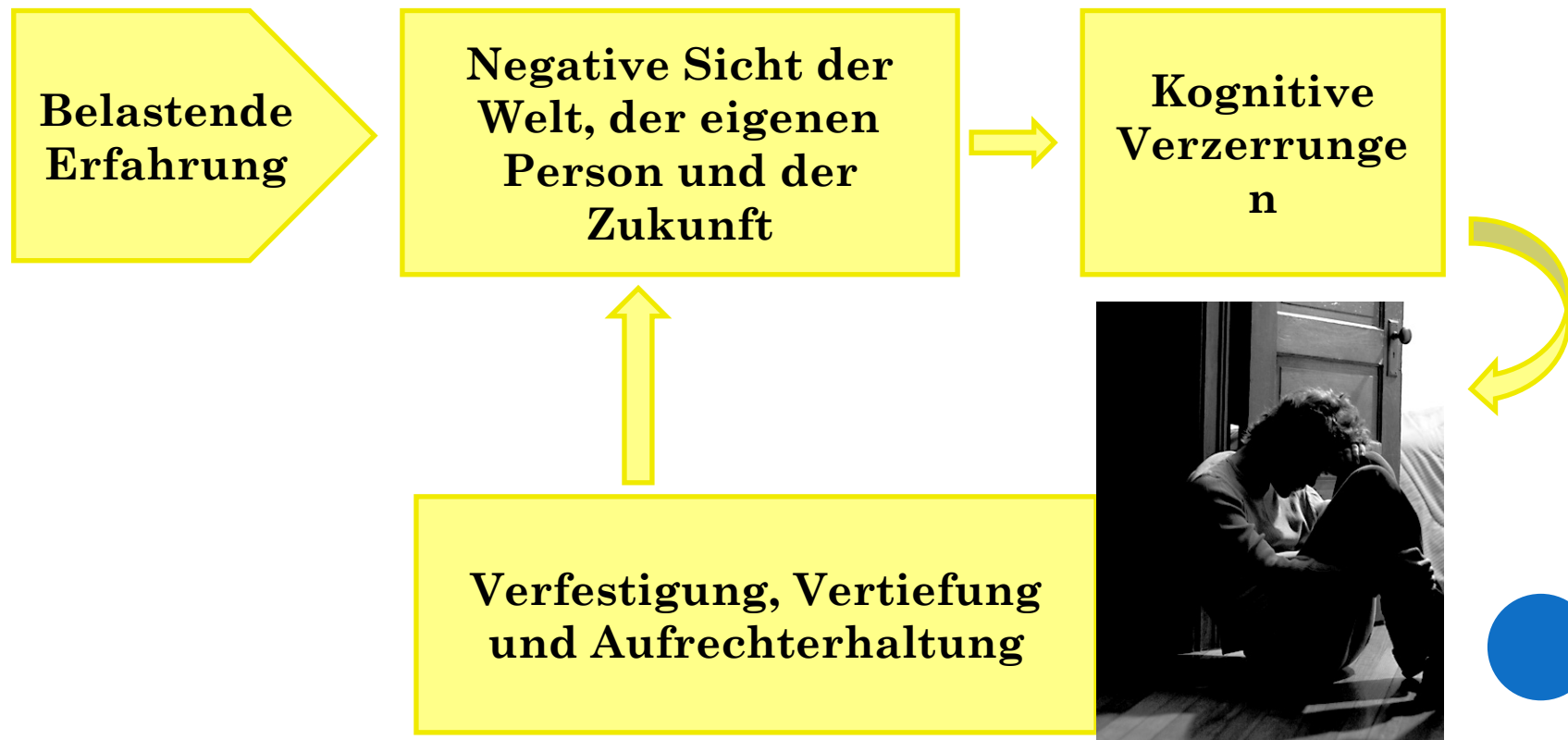
ÄTIOLOGISCHE MODELLE

- Depressionsmodell nach Seligman (1975):
Erlernete Hilflosigkeit



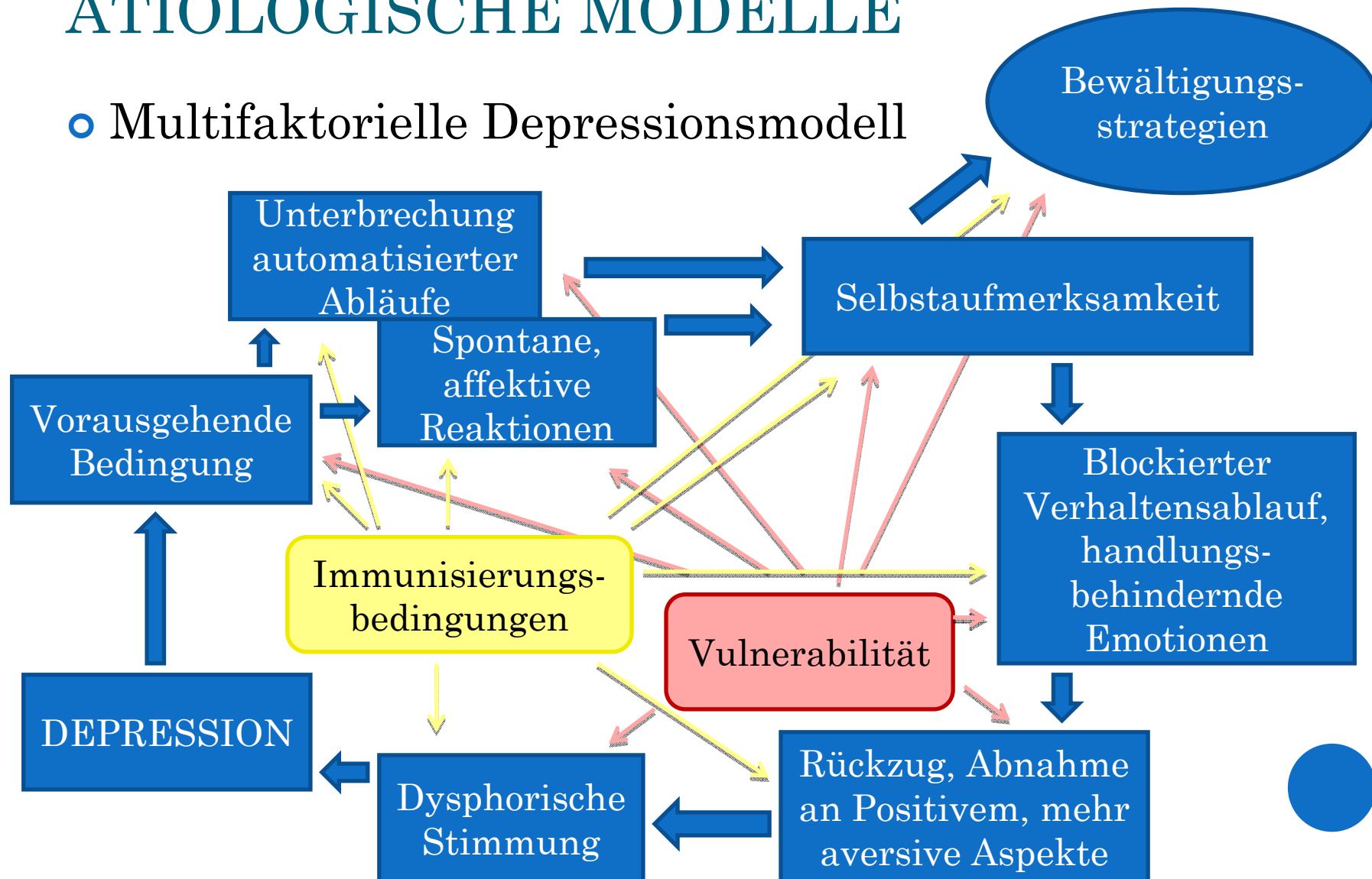
ÄTIOLOGISCHE MODELLE

- Depressionsmodell nach Beck (1974)
Kognitive Theorie



ÄTIOLOGISCHE MODELLE

- Multifaktorielle Depressionsmodell



FALLBEISPIEL

Lest euch den Text durch und ordnet die einzelne Symptome den Kategorien zu

- Kognitive Symptome
- Emotionale und motivationale Symptome
- Physiologische Veränderung
- Verhalten



FALLBEISPIEL

Kognitive Symptome

**Emotionale und motivationale
Symptome**

Physiologische Veränderung

Verhalten



VIELEN DANK FÜR
EURE
AUFMERKSAMKEIT !

www.topwallpapers.com

