

<h2>Depression</h2> <h3>State of the art</h3>
<p>Dr. Maria Brunner-Hantsch FA für Psychiatrie, Neurologie und psychotherapeutische Medizin, Lehrpsychotherapeutin, Supervisorin Hans Sachsgasse 12 8010 Graz www.brunner-hantsch.at</p>

<h3>Im Nebel (Herman Hesse)</h3>
<p>Seltsam, im Nebel zu wandern! Einsam ist jeder Busch und Stein, Kein Baum sieht den andern, Jeder ist allein.</p> <p>Voll von Freunden war mir die Welt, Als noch mein Leben licht war; Nun, da der Nebel fällt, Ist keiner mehr sichtbar.</p> <p>Wahrlich, keiner ist weise, Der nicht das Dunkel kennt, Das unentrinnbar und leise Von allen ihn trennt.</p> <p>Seltsam, im Nebel zu wandern! Leben ist Einsam. Kein Mensch kennt den andern, Jeder ist allein.</p>

<h3>Depression</h3>
<p>Schwarze Spiralen umkreisen die Seele und ziehen dichter und dichter sich. Nur spärlich kreiset das bunte Leben der Menschen da draußen vorbei.</p> <p><i>Bernhard Ost</i></p>

<h3>Depression ist folgendes NICHT</h3>
<p>Ein unbestimmtes Gefühl der Niedergeschlagenheit.</p> <p>Ein Zeichen von Schwäche/persönlichem Versagen.</p> <p>Eine Strafe, weil man ein schlechter Mensch ist.</p> <p>Etwas, wofür man sich schämen muss.</p>

<h3>Mehr als 50% der Patienten mit Depression äußern:</h3>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diverse Beschwerden (Magen-Darm, Übelkeit, Durchfall, Vertigo) ▪ Schlafstörungen ▪ Schmerzen

<h3>In Allgemeinpraxen werden 25-50% der PatientInnen mit klinisch relevanter Depressio falsch diagnostiziert</h3>
<p>Die Sorge der ÄrztInnen relevante somatische Erkrankungen zu übersehen ist groß</p>

Je später die Behandlung einer Depression beginnt, je länger der Therapieerfolg sich verzögert, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für Rezidive

Remission als Behandlungsziel
(nur bei 1/3 der depressiven Patienten wird Remission erreicht)

Bei Nichterreichen der Remission einer Depressio

- ↑ Risiko für Rückfall
- ↑ Risiko für chronischen Verlauf
 - Rasches Wiederauftreten einer neuen Episode
- ↓ Lebensqualität (psychosoziale Behinderung)
- ↑ Risiko für Insult, Myokardinfarkt, Diabetes
- ↑ Risiko für Suizid

Ziel:

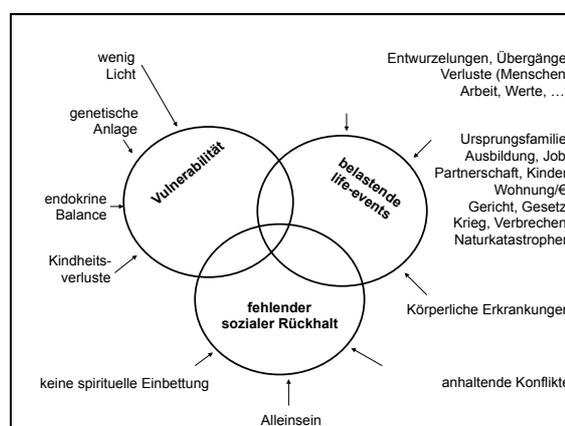
- Maßnahmen zu Enttabuisierung und Entstigmatisierung
- Förderung der Früherkennung
- Fortbildung bezüglich adäquater Therapie

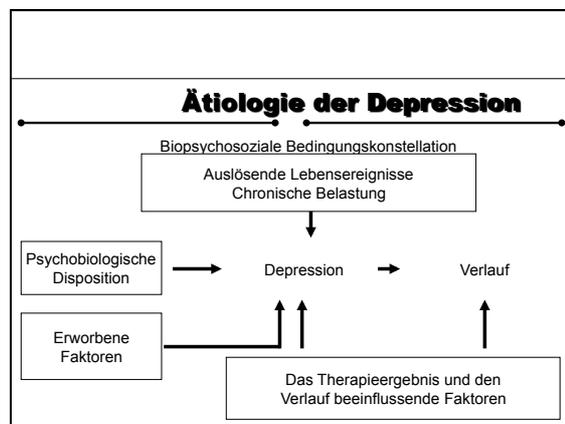
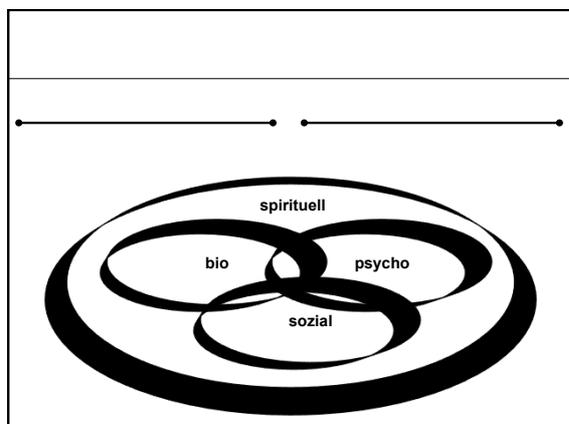
Heute anerkanntes Konzert der multifaktoriellen Genese:

- Genetisch
- Neurobiologische Veränderungen
- Psychosoziale Faktoren (Live-Events, exogene Belastungen, plötzlicher oder chronischer Stress, Zerfall sozialer Strukturen, Beschleunigung des Informationsprozesses, keine Copingstrategien, kalte Außenwelt, erstarrte Innenwelt)

Entwicklungen, die schädigen

- Individualisierung
- Säkularisierung
- „Diktat des Kapitals“
- Sexualisierung
- Verrechtlichung
- Bürokratisierung
- Schnellebigkeit/Verkehr/Stress
- Landflucht
- Medien/Reizüberflutung
- Kriege
- Katastrophen
- Armut
- Hunger/Ernährung





Psychotrope Substanzen u. Krankheitsbilder, die zu depressiven Symptomen führen können

Psychotrope Substanzen, die depressive Symptome bewirken können

- Alkohol
- Sedativa
- Phencyclidin
- Cannabis
- Amphetamine
- Kokain
- Opiate

Psychotrope Substanzen u. Krankheitsbilder, die zu depressiven Symptomen führen können

Somatische Erkrankungen, die zu depressiven Symptomen führen können (Auswahl)

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Kardiomyopathien
- Myokardinfarkt
- Rheumatische Erkrankungen und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Schlaganfall

Psychotrope Substanzen u. Krankheitsbilder, die zu depressiven Symptomen führen können

Neurologische Erkrankungen

- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Morbus Alzheimer u.a. demenzielle Prozesse
- Narkolepsie
- Morbus Wilson
- Tumore des Gehirns

Psychotrope Substanzen u. Krankheitsbilder, die zu depressiven Symptomen führen können

Endokrine Erkrankungen

- Hypothyreoidismus
- Hyperthyreoidismus
- Morbus Cushing
- Morbus Addison
- Hyperparathyreoidismus
- Hypoparathyreoidismus
- Hypoglykämie
- Phaeochromocytom
- Karzinoid
- Diabetes mellitus

Psychotrope Substanzen u. Krankheitsbilder, die zu depressiven Symptomen, führen können

Infektionserkrankungen

- Aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
- Mononucleose
- Hepatitis
- Encephalitis
- Lyme Borreliose
- Syphilis
- Influenza
- Pneumonie

Psychotrope Substanzen u. Krankheitsbilder, die zu depressiven Symptomen, führen können

Ernährungsdefizite

- Folsäuremangel
- Vitamin-B12-Mangel
- Eisenmangel
- B1-, B2-, B6-Mangel

Die Kardinalsymptome

- Affektstarre
(Stimmung hellt sich nicht auf, typische Facies, Morgentief)
- Schuldgefühle
(von niedrigem Selbstwert bis zu Verarmungs-/ Verschuldigungswahn, hypochondrischer Wahn, pessimistische Zukunftsperspektive)
- Losigkeitssyndrom
(Freud-, Energie-, Willens-, Antriebs-, Hoffnungslosigkeit)
- Gedächtnis-Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen

Jedoch untypisch sind

- psychische
- psychomotorische (+/- Symptomatik)
- somatische Symptome und
- psychosoziale Konsequenzen

Der Gestalt- und Symptomwandel während der letzten Jahrzehnte hat die Diagnostik „verschleiert“, maskiert, oft auch durch Psycho-Jargon versteckt. Oft weisen vor allem somatisch orientierte Beschwerdebilder eine lange Karriere bei Internisten und anderen Fachärzten auf.

Kernsymptome der depressiven Erkrankungen nach ICD-10

<p>Hauptsymptome</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedrückte Stimmung 2. Interessen-/Freudlosigkeit 3. Antriebsstörung, Müdigkeit <p>2 oder 3 Hauptsymptome müssen vorhanden sein</p>	<p>Andere häufige Symptome</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konzentration 2. Selbstwertgefühl 3. Schuldgefühl 4. Hemmung/Unruhe 5. Selbstschädigung 6. Schlafstörungen 7. Appetitminderung <p>2 oder 3 Hauptsymptome müssen vorhanden sein</p>
---	---

Dauer: mindestens 2 Wochen

Schweregradinteilung nach ICD-10

<p>Leichte depressive Episode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mindestens zwei Hauptsymptome 2. Zwei andere häufige Symptome 	<p>Mittelschwere depressive Episode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mindestens zwei Hauptsymptome 2. Drei bis vier andere häufige Symptome 3. Einige Symptome sind besonders schwer ausgeprägt 	<p>Schwere depressive Episode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mindestens drei Hauptsymptome 2. Mindestens vier häufige Symptome 3. Einige Symptome sind besonders schwer ausgeprägt
--	--	---

Psychische Erscheinungsbilder ... hätten Sie dabei an Depression gedacht?	
<ul style="list-style-type: none"> • Traurigkeit • Freudlosigkeit • Energielosigkeit • Innere Unruhe (fahrig, anklagend, klagsam) • <u>Ambivalenzgefühle, Entscheidungsunfähigkeit, Mutlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühl (kein Selbstbewusstsein)</u> <ul style="list-style-type: none"> – Angstzustände • <u>Beziehungsstörungen (wachsende Distanz zur Umwelt, Anspruchshaltung auf viel Zuwendung, Liebe)</u> <ul style="list-style-type: none"> – Empfindlichkeit 	

Psychische Erscheinungsbilder ... hätten Sie dabei an Depression gedacht?	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Reizbarkeit (mürrisch, missgestimmt, aggressiv, dysphorisch)</u> <ul style="list-style-type: none"> – Konzentrationsstörung – Grübelneigung – Schuldgefühle – Verarmungsideen – Innere Leere 	

Psychische Erscheinungsbilder ... hätten Sie dabei an Depression gedacht?	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hypochondrische Befürchtungen mit somatischer Fixierung</u> <ul style="list-style-type: none"> – Mangelndes Krankheitsgefühl – Paranoide Fehldeutungen (üble Nachrede, wiederkehrende Gedanken an Selbstmord und Tod) – Entfremdungserlebnisse (Zeitdehnung, alles unwirklich) 	

Charakteristika der Depression beim Mann	
<ul style="list-style-type: none"> • Irritiertheit, Ver-/Missstimmung • „Verrückt spielen“, Aggressivität • Geringe Impuls-Kontrolle • Zorn-Attacken • Tendenz, die Schuld bei Anderen zu suchen und nachtragend zu sein • Niedrige Stress-Toleranz • Höhere Bereitschaft, Risiken einzugehen • Verhaltensweisen am Rande der sozialen und rechtlichen Standards 	

Charakteristika der Depression beim Mann	
<ul style="list-style-type: none"> • Substanz-Abusus (z.B. Alkohol, Nikotin) • Allgemeine Unzufriedenheit mit sich selbst und seinem Verhalten • Hohe Suizid-Gefährdung 	

Somatisches Erscheinungsbild	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Schlafstörungen:</u> (Ein-/Durchschlafstörungen, Flucht ins Bett, frühes Erwachen) • <u>Appetitstörungen:</u> oder gesteigerter Kohlehydrathunger, Schokolade • <u>Gastrointestinale Beschwerden:</u> Übelkeit, metallischer Geschmack im Mund, Völlegefühl, Flatulenz, Meteorismus, Sodbrennen, Trockenheit im Hals, Magendruck, diffus wechselnde Druckbeschwerden im Bauchraum, Obstipation und/oder Diarrhoe von „wochenlanger Dauer“ 	

Somatisches Erscheinungsbild	
• <u>Blasenstörungen:</u> Dysurie, Hamdrang, Ziehen und Druckgefühl in der Blase	
• <u>Kopfschmerzen:</u> diffuser Kopfdruck und –schmerz unterschiedlicher Lokalisation, Helmgefühl, Druck über Augen	
• <u>HNO-Symptomatik:</u> Globus-/Würgegefühl im Hals, Druckgefühl beider Ohren, Otagien, „Schwindel“, Hörminderung	

Somatisches Erscheinungsbild	
• <u>Zahnbereich:</u> Zahnschmerzen trotz unauffälligen Befundes, „schlecht sitzende“ Prothese	
• <u>Augen:</u> schlechtes Sehen, Klagen über nicht ausreichende Sehkorrektur	
• <u>Atmung:</u> Enge im Brustkorb, Reifengefühl, Dyspnoe, Lufthunger, Hustenreiz	

Somatisches Erscheinungsbild	
• <u>Herzsensationen:</u> Stechen, Brennen, Klopfen, Druck, Herzschlag bis zum Hals, Dyscardien	
• <u>Kreislaufstörungen:</u> Flimmern vor den Augen, weiche Knie, Schwindel	
• <u>Muskulatur/Skelett:</u> LWS-Syndrom, Verspannungen, Gelenks- und Muskelschmerzen, Schultergürtel, Fibromyalgie	

Somatisches Erscheinungsbild	
• <u>Allgemeine Missempfindungen:</u> ziehen, zerren, reißen, kribbeln, stechen, dumpfes Gefühl, „dauerndes Gewicht nachschleppen“	
• <u>Haut und Schleimhäute:</u> Zungenbrennen, unangenehmer Geschmack, unklarer Juckreiz, Haar glanzlos, schlaffe und welke Haut	
• <u>Tränen- und Schweißsekretion:</u> glanzlos verschleierter Blick, „tränenlose Trauer“, Schweißausbrüche, lokal und generalisierte, verminderte Schweißsekretion	

Somatisches Erscheinungsbild	
• <u>Vegetativum:</u> Hitzewallungen, Kälteschauer, Zittern, Empfindlichkeit gegen Temperaturschwankungen, hektische rote Flecken, niedriger Grundumsatz	
• <u>Sexualität:</u> Libido herabgesetzt, Potenzstörungen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	
• <u>Allgemeiner Eindruck:</u> leise, monotone Stimme, reduzierte Körperkraft und Leistungsfähigkeit, kraftlose Motorik, schleppende Schritte	

Somatisches Erscheinungsbild	
• <u>Kopfschmerzen</u> (Kopfdruck, Helmgefühl, Druck über den Augen, Nacken- und Hinterkopfschmerzen)	
• <u>Unterleibsbeschwerden</u> (Zyklusstörungen, Krampf- und Druckschmerzen im Kleinen Becken, Bauchschmerzen, Reizblase)	

	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Rückenschmerzen (Zervikal-Schulter-Syndrom, Kreuzschmerzen, vorwiegend bei Frauen)</p> <p>Atembeschwerden (Atemkorsett, Lufthunger, Engegefühl, Globusgefühl)</p> <p>Herzbeschwerden (Druck und Stechen in der Herzgegend, Herzjagen, Herzstolpern, Gefühl des Zugeschnürtseins in der Brust)</p> <p>Magen-Darm-Beschwerden (Appetitmangel, Übelkeit, Würge- und Trockenheitsgefühl im Hals, Sodbrennen, krampf- und druckartige Schmerzen, Verstopfung, Durchfall, Völlegefühl)</p>
--	---

	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Psychosoziale Konsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwischenmenschliches: Rückgang der sozialen Kontakte, Distanzierung und Entfremdung von Bezugspersonen, Partnern, Kindern, Nachbarn, Freunden, Berufskollegen <u>emotionale Vereinsamung</u>, Trennungen, <u>Selbstwertproblematik</u> • Isolationsgefahr: <u>soziale Ausgrenzung</u> wegen „Geisteskrankheit“ • Beruf: <u>Leistungsabfall</u>, Arbeitsunfähigkeit, Gefahr der Versetzung, Kündigung, wirtschaftliche Einbußen bei Selbstständigkeit • Verlust pragmatischer Coping-Fähigkeiten: <u>keine Bewältigungsstrategien</u>
--	--

	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Die Depression bleibt in ihrem Wesen unverständlich – wird oft quasi als <u>metaphysisches Leid</u> erlebt, das nicht präzise zu verbalisieren, meist <u>stumm</u> ist, überlagert von Schuld und Scham.</p> <p>Das Umfeld der Betroffenen verharrt entweder in <u>eigener Hilflosigkeit</u> oder <u>konfrontiert</u> den Erkrankten durch positive Aktionismus: „Reiß dich zusammen!“ „Es geht dir eh schon besser!“ „Stell dich nicht so an!“ „Mach Urlaub, dann sieht die Welt anders aus!“</p>
--	---

	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Einflussgrößen auf die Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzt ↔ Patienten Beziehung • Kompetenz und Haltung der ÄrztInnen • Information (Kenntnis der Erkrankung, ↑Therapieakzeptanz) • Verständnis für die Erkrankung durch Angehörige, soziale Unterstützung
--	--

	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p><i>„Das Gehirn ist auch ein Organ“</i></p>
--	---

	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Krankheitsverständnis</p> <ul style="list-style-type: none"> • In der Sprachlosigkeit der Depression sucht der Patient den Arzt aufgrund der somatischen Symptome auf. • Akzeptanz als biologische Erkrankung und tragfähige Compliance für medikamentöse Behandlung ist notwendig. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 20%;">Völlig verunsicherte, hilflose, von Angst gequälte Patienten</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 20%; text-align: center;">Empathie</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 20%;">Halt von Sachverständigen, (Hoffnung, Repertoire zur Heilung)</div> </div>
--	--

Psychopharmaka

- machen nicht abhängig
- verändern nicht die Persönlichkeit
- machen nicht blöd

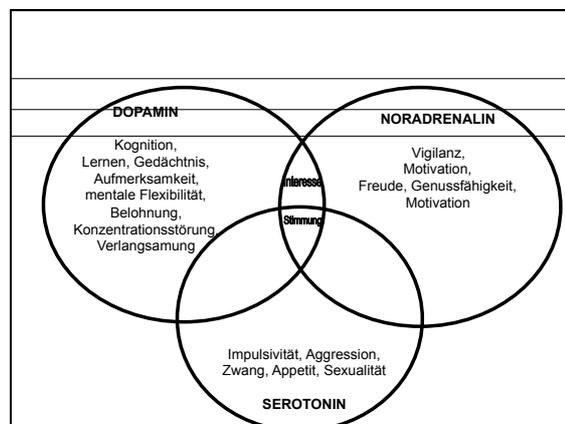
= unsinnig
= unwissenschaftlich

von Laien
aversiv besetzt

!

Aufklärung gegen die Angst:

- der PatientInnen (Beipackzettel)
- der Angehörigen
- der medizinisch Unwissenden



Trizyklika 1.Generation

Tetrazyklika 2. Generation

SSRI 3.Generation

Post-SSRI 4.Generation

Medikamentöse Therapie

- 17% erkranken einmal im Leben an einer depressiven Episode, die Hälfte davon leidet an rezid. Phasen
- Unbehandelt besteht ein 3x höheres Suizidrisiko
- **SSRI's**
Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Fluvoxamin, Escitalopram
20-60mg, Depressio, Zwang (OCD – obsessive compulsive disorder), PTSD, PMS, Bulimie
Panikstörung, Sozialphobie, Angststörung

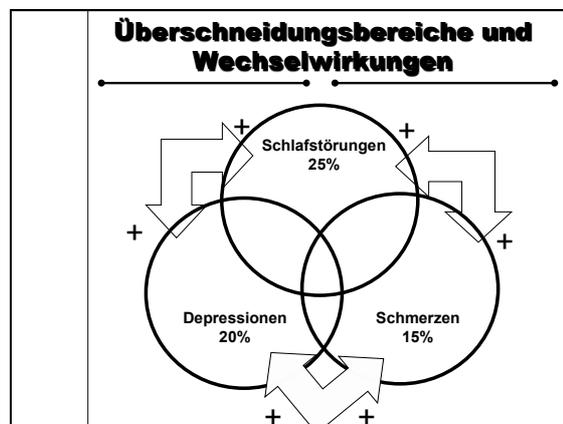
Medikamentöse Therapie

- **SARI**
Serotonin-2A-Antagonist-Reuptake-Inhibitor, Trazodon (Trittico)
50-400mg, Schlafstörungen, agitierte Depression
- **NARI**
Reboxetin (Edronax), Nor-Adrenalin Reuptake Inhibitor
Bei Apathie und kognitiver Verlangsamung
- **NaSSA**
Noradrenerg und serotonerg
Mirtazapin, 15-45 mg sedierend

Medikamentöse Therapie

- **SNRI**
Venlafaxin, Milnacipran und Duloxetin
Serotonin und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren
In höheren Dosen antidepressiv
Generalisierte Angststörung, Sozialphobie, somatoforme Schmerzstörungen
- **NDRI**
Bupropion, Noradrenalin und Dopamin Wiederaufnahmehemmer, Wellbutrin 150-300mg, bei gehemmt Depressiven, steigert Blutdruck, nicht sedierend!

Medikamentöse Therapie	
<ul style="list-style-type: none"> • Trizyklische Antidepressiva sind Medikamente der 3. Wahl (Therapieresistenz) Cave: Nebenwirkungen und Toxizität • Johanniskraut ist zwar ein Naturprodukt, aber es besteht das Risiko für Interaktionen 	



<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen <ul style="list-style-type: none"> – Symptom und Folge der Depression – halten chronische Schmerzen aufrecht • 65% der Schmerzpatienten haben Schlafstörungen • 20-60% leiden an Depressionen • Mehr als 70% der medizinisch Kranken haben Schlafstörungen • Depressionen können Schmerzen chronifizieren und das emotionale Schmerzerleben bestärken • Antidepressiva wirken über schmerzhemmende serotonerge absteigende Bahnen und beeinflussen die sensorische Komponente und die emotionale Komponente im limb. System 	
---	--

Compliance	
<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft eine medizinische Ersterkennung zu befolgen. <p>(Non-Compliance ist der Ausdruck der Non-Kooperation Arzt/Patient, daher auch der Tod jeder aktiven Medizin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34% aller verordneten Medikamente werden nicht eingenommen. • Die Einnahme selbst lebensnotwendiger Medikamente liegt unter 50%. 	

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>1. Faktoren, die in der Person oder im Verhalten des Arztes begründet sind (autoritäre Grundhaltung)</u> <ul style="list-style-type: none"> – Arzt erfüllt die an ihn gestellten Erwartungen nicht – negatives Arztbild (Medien, Menschen) – Mangelnde Motivation des Arztes – Überschätzung des therapeutischen Nutzens durch den Arzt – Missachtung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten – Angriffe auf das Selbstbewusstsein des Patienten – Emotionale und kognitive Überforderung des Patienten 	

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>1. Faktoren, die in der Person oder im Verhalten des Arztes begründet sind (autoritäre Grundhaltung)</u> <ul style="list-style-type: none"> – Motivationsversuch durch Angsterzeugung, Einschüchterung oder Drohung – Instruktionen im Fachjargon 	

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>2. Faktoren, die vom Patienten abhängen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Negative allgemeine Grundeinstellung – Niedrige Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Risiken – Hoher Pegel an Vorurteilen und Glaubenssätzen – Passive Grundhaltung – Hypochondrische Einstellungen – Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten – Eingeschränkte Merkfähigkeit – Furcht vor Medikamentenabhängigkeit – Furcht vor Persönlichkeitsveränderungen

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>2. Faktoren, die vom Patienten abhängen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Furcht vor Verblödung – Ausgeprägte Erwartungen von Nebenwirkungen

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>3. Arzt und Inhalt der ärztlichen Instruktion</u> <ul style="list-style-type: none"> – Unverständlich – Überladen – Mehrfach – Instruktionen mit erhobenen Zeigefinger – Illusionäre

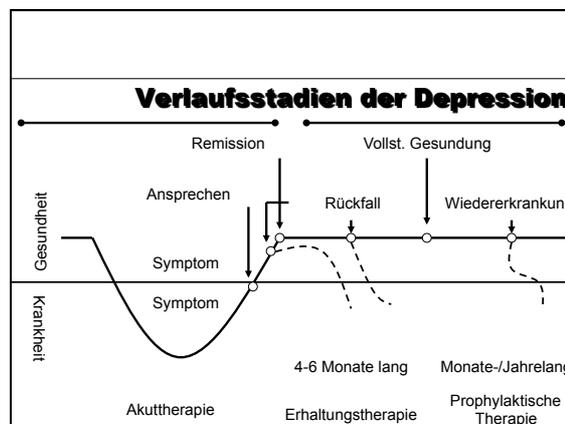
5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>4. Faktoren, die direkt oder indirekt mit der Therapie zusammenhängen</u> <ul style="list-style-type: none"> – Lästige oder umständliche Therapieform – Einschränkung der Lebensqualität – Abschreckende Wirkung des Beipackzettels – Art und Umfang von Nebenwirkungen

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>5. Faktoren, die von der Erkrankung selbst bestimmt werden</u> <ul style="list-style-type: none"> – Image – Ausmaß des Leidensdrucks – Objektiver Schweregrad der Krankheit – Compliance-verbessernde Maßnahmen – Das Ziel muss für den Patienten erkennbar, erreichbar und erstrebenswert sein – Positive Konsequenzen herausstellen – Leitmotiv: >>Sieg ist möglich << – Risiken und Misserfolge einkalkulieren

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> • <u>5. Faktoren, die von der Erkrankung selbst bestimmt werden</u> <ul style="list-style-type: none"> – Die optimale Instruktion: eine Empfehlung wird besser befolgt als mehrere, die einfachste ist die wirkungsvollste – Maßgeschneidert beraten – Politik der kleinen Schritte

5 Gruppen der Non-Compliance bestimmenden Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen

- **Flankierende Maßnahmen**
 - Schriftliche Informationshilfen
 - Selbstkontrolle fördern
 - Bezugspersonen einschalten
 - Selbstständigkeit und Eigenverantwortung anregen
 - Kompromissfähigkeiten zeigen



Hintergrundinformationen ³

Rezidivierende Depression

~ Mehrheit der Patienten erleidet Rezidive

~ 40% der Rezidive im ersten Jahr

~ 85% der Patienten erleiden ein Rezidiv in 15 Jahren

Depression =
chronische Erkrankung

3. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 1000 – 1006.

Hintergrundinformationen ⁴

RezidivRezidive – was wissen wir?

~ Häufigkeit steigt mit der Anzahl der bisherigen Rezidive

~ Zeitraum zwischen den Rezidiven nimmt mit der Anzahl ab

~ Schweregrad nimmt mit der Anzahl der Rezidive zu

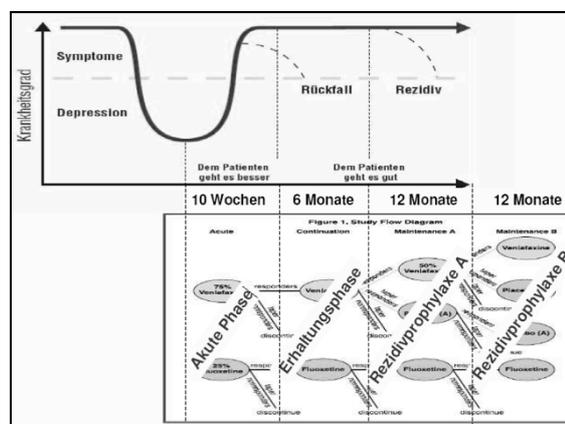
Rezidive sind häufig

4. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 229 – 233.

Langzeittherapie

- Bei Auftritt eines Rezidivs ½ Jahr nach Zeitpunkt der Remission
- Ab 2 oder 3 Krankheitsphasen innerhalb von 5 Jahren

LANGZEITMEDIKATION



Wesentliche Anforderungen an die VerschreiberInnen	
	<ul style="list-style-type: none"> • Motivationsarbeit • Abwehrstrategien seitens der Patienten aushalten • Überzeugungsmarathon • Bewusstseinsbildung • Aufklärung (nur 1/3 der Information wird gehört) • Kampf gegen Unwissenheit „worst case“ Szenarien • Redundanz („tibetanische Gebetsmühle“) <p style="text-align: center;">> Entertainment pur <</p>

Das Ziel muss für die Patienten sein	
	<ul style="list-style-type: none"> • erkennbar • erreichbar • und erstrebenswert.

3 Säulen Behandlung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopharmakologisch • Psychologisch, psychotherapeutisch • (chron. Depressio – Entwicklungsstörung wie 4-6-jährige), „Achtsamkeitstraining“, Behandlung der Gedanken – neg. Einstellung zu sich und der Umwelt) • Soziale Maßnahmen

News bzw. Bestätigung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Ursachen der Depressio / „it ‘s cold outside“ • Die Symptome sind „verschleiert“, durch Psychojargon „versteckt“ • „Das Gehirn ist auch ein Organ“ • Complianceförderung (Empathie, psychoedukative Maßnahmen, Information, Vernetzung) • Remission/Langzeittherapie <p style="text-align: center;">< GUTES GELINGEN! ></p>