

Neurotische Erkrankungen - Depression



NEUROSE

NERV

KRANKHEIT

NEUROSE

leichtgradige

PSYCHOSE

schwergradige

seelische Störungen

Neurose:

Verhaltensstörung von längerer Dauer

Entsteht erst im Lauf der Entwicklung

Organische Ursachen müssen ausgeschlossen werden

Der Betroffene ist sich seines Leidens bewusst und fähig,
die Ursachen zu ergründen

Psychose:

Es fehlt der Realitätsbezug und der Betroffene ist sich
seines Leidens nicht oder nur unzureichend
bewusst und daher auch nicht ausreichend
fähig, die Ursachen zu ergründen

William Cullen, 1776:	Rein funktionelle Störung ohne Nachweis einer organischen Läsion (z.B. „Herzneurose“)
Sigmund Freud:	Leichtgradige psychische Störung, durch einen Konflikt verursacht.
DSM V:	Vermeidung des Begriffs Neurose, sondern stattdessen deskriptive Beschreibung der Störungen als Ist-Zustand.
WHO / ICD 10:	Alle F4-Diagnosen unter dem Oberbegriff „Neurotische Störungen“

Entwicklungsgesichtspunkt:

Umweltbedingte Erkrankung, die eine Störung im psychischen und/oder körperlichen und/oder im Bereich der Persönlichkeit bedingen.

Verhaltenstheoretisch:

Neurose wird durch erlernte Fehlanpassung hervorgerufen.



http://s3.amazonaws.com/rapgenius/filepicker%2FGwxneLBhQAONWV99nCZA_Linus-peanuts-239722_366_360.gif

ICD10 F4

F40 Phobische Störungen

F41 Angststörungen

F42 Zwangsstörungen

F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F44 Dissoziative Störungen

F45 Somatoforme Störungen

F48.0 Neurasthenie

F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

Perspektiven auf neurotische Störungen und Erklärung der Symptombildung:

Biologisch:

- Angeborene Reaktionsschemata
z.B. Flight-flight, Fluchreflexe
- Persönlichkeitsdisposition, Temperament
- Schädigungen des ZNS in der Entwicklung
- „natürliche“ Gefahren als Angstauslöser

Psychoanalytisch orientierte Therapien:

- Symptom als Kompromissbildung und Lösungsversuch für **unbewusste Konflikte**
- Abwehr von Angst
- Intrapsychische Stabilisierung als Funktion der Symptomatik

SYMPTOME

Familientherapie/systemische Therapie:

- Symptom als Lösung intersubjektiver
Konfliktkonstellationen
- Aufrechterhalten eines stabilen Zustandes,
des Systems/der Beziehungen

Verhaltenstherapie, CBT:

- Lernprozesse, **bewusste Prozesse**
- Operante Konditionierung
- Lernen am Modell
- „zufällige“ Koppelung

Perspektiven auf neurotische Störungen und Erklärung der Symptombildung:

Biologische Sicht:

- Angeborene Reaktionsschemata
z.B. Flight-fight, Fluchtreflexe
- Persönlichkeitsdisposition, Temperament
- Schädigungen des ZNS in der Entwicklung
- „natürliche“ Gefahren als Angstauslöser

Biologische Therapien:

- : Bisher wenig therapeutische Ansätze
- Medikamentös
- Beeinflussung des Gehirns?

Psychoanalytische Sicht :

- Symptom als Kompromissbildung und Lösungsversuch für **unbewusste Konflikte**
- Abwehr von Angst
- Intrapsychische Stabilisierung als Funktion der Symptomatik

Psychoanalytisch orientierte Therapien:

- Übertragung, Arbeit an der therapeutischen Beziehung
- Aufdeckung und Bearbeitung der unbewussten Konflikte

SYMPTOME

Familientherapeutisch/Systemische Sicht:

- Symptom als Lösung intersubjektiver
- Konfliktkonstellationen
- Aufrechterhalten eines stabilen Zustandes, des Systems/der Beziehungen

Familientherapie/systemische Therapie:

- Analyse der Funktion des Symptoms zur Stabilisierung des Systems
- Veränderung des Systems, Arbeit mit der Familie

Verhaltenstherapeutische Sicht, CBT:

- Lernprozesse, **bewusste Prozesse**
- Operante Konditionierung
- Lernen am Modell
- „zufällige“ Koppelung

Verhaltenstherapie, CBT:

- „Umlernen“
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
Konfrontation, Exposition etc.
- Psychoedukation
- Pädagogische Konzepte

Bewältigung von Angst als zentrale Problematik

- Signalangst

Grundformen der Angst, modifiziert nach Riemann:

- Angst vor Isolation, Einsamkeit ↔ Bedürfnis nach Autonomie, Abgrenzung
- Angst vor Ich-Verlust, Abhängigkeit, Nähe ↔ Bedürfnis nach Beziehung, Bindung
- Angst vor Vergänglichkeit, Unsicherheit, Tod ↔ Bedürfnis nach Ruhe
- Angst vor Festlegung, Endgültigkeit ↔ Bedürfnis nach Stabilität

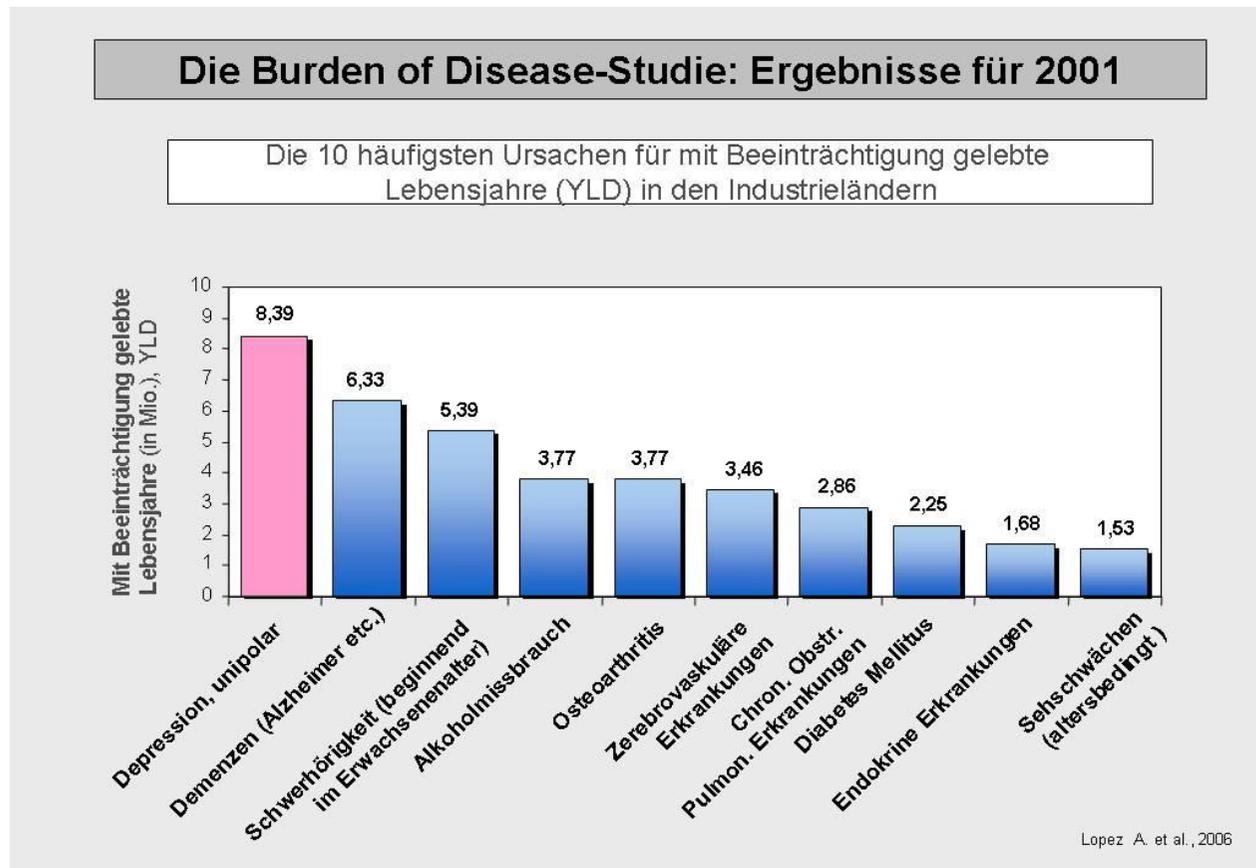
Triebbedürfnisse und Triebängste:

- Angst vor Aggression, Destruktivität
- Angst vor sexuellen Wünschen



http://de.toonpool.com/user/10527/files/spass_1612485.jpg

Häufigkeit:



Übersicht über Krankheiten mit starker Beeinträchtigung (WHO)

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/volkskrankheit-depression.php?r=p>

Häufigkeit:

Depressionen sind häufige Erkrankungen. Derzeit sind ca. 5% der Bevölkerung im Alter von 18-65 Jahren in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt.

Das sind in Deutschland ca. 3,1 Millionen Menschen, wobei zu beachten ist, dass in den Gruppen unter 18 und über 65 Jahren ebenfalls Menschen von depressiven Störungen betroffen sind. Daraus ergibt sich eine geschätzte Anzahl von ca. 4 Millionen Personen, die an einer depressiven Episode leiden.

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/volkskrankheit-depression.php?r=p>

Merkmale:

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Schätzungen zufolge haben 10 bis 15 Prozent aller Erwachsenen in Deutschland bereits eine depressive Episode durchlebt. Rückfälle sind häufig.

Nahezu jeder dritte Bundesbürger im Alter von 18 bis 65 Jahren leidet unter einer psychischen Störung, die meisten von ihnen unter einer [Depression](#). Bis zum Jahre 2020, so prophezeit die WHO, werden [Depressionen](#) weltweit die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit sein. Der Schweizer Psychiater Raymond Battegay schreibt: "Die Depression wohnt als Möglichkeit jedem Menschen inne." Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass schätzungsweise 15 von 100 Menschen im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Auch in Deutschland leiden etwa 10-15 Prozent der Erwachsenen unter einer Depression.

Merkmale:

Depressionen treten häufig im mittleren Alter auf. Am häufigsten erkranken Frauen und Männer im Alter zwischen 25 und 45 Jahren an einer Depression. Hier schlägt sich die Krankheit besonders auf das Arbeitsleben nieder: Leidet ein Arbeitnehmer unter einer Depression, so wird er überaus häufig langfristig krankgeschrieben. Gemessen an den Krankheitstagen von Erwerbstätigen steht die Depression bei den Männern an vierter und bei den Frauen an zweiter Stelle. Zehn Prozent aller Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entfallen auf die Diagnose Depression.

Merkmale:

Frauen sind den Statistiken zufolge etwa doppelt so häufig von einer Depression betroffen als Männer. Experten gehen allerdings davon aus, dass Männer nicht seltener unter den Symptomen einer Depression leiden, sondern dass die Krankheit bei ihnen lediglich seltener diagnostiziert wird. Dies kann daran liegen, dass Frauen offener über ihr Gefühlsleben sprechen und mit ihren Problemen eher einen Arzt aufsuchen.

Merkmale:

Depressionen sind in vielen Ländern häufiger geworden, so auch in Deutschland. Hier stieg die Erkrankungshäufigkeit unter den Erwerbstätigen bei den Männern um 10 Prozent und bei den Frauen um 13 Prozent. Bei jungen Leuten um 25 Jahre besteht heute eine drei- bis viermal höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, als dies bei deren Großeltern in diesem Alter der Fall war.

Depressionen können behandelt werden!

Ursachen:

- Genetische Ursachen (Familiäre Häufung, Zwillingsstudien)
- Biologische Ursachen (Störung der Botenstoffe im Gehirn (zum Beispiel Serotonin, Noradrenalin))
- Hormonelle Ursachen für Depressionen bei Frauen (Hormonschwankungen begünstigen in der zweiten Zyklushälfte die Entstehung des [Prämenstruellen Syndroms](#) mit depressiver Verstimmung, [Wechseljahre](#), Auseinandersetzung mit dem Älterwerden)
- Krisen (Trauer, die Trennung von einem Partner, anhaltender [Stress](#),...)
- Bestimmten Lebensphasen - zum Beispiel im Alter
- Individuelle Persönlichkeitsstruktur
- Erlebnisse aus der Vergangenheit (z.B. sexueller Missbrauch o.ä.)
- andere psychische Erkrankungen
- Mangel an UV-Licht (Winterdepression)
- Drogenmissbrauch
- [Geburt](#) („Babyblues“)

Depression bei Kindern:

Noch vor zwanzig Jahren wurde kontrovers diskutiert, ob depressive Verstimmungen im Kindesalter überhaupt vorkommen

Der deutsche Psychiater Griesinger (1817 - 1868) schrieb bereits 1845, dass „alle Formen der melancholischen Verstimmung bereits bei Kindern vorkommen.“

Schüle (1840 - 1916) berichtete 1878 in differenzierender Weise, „die Anfälle von Depressionen, welche bei Kindern beobachtet werden, haben ihr eigenartiges, vom analogen Zustand beim Erwachsenen verschiedenes Gepräge.“

Bis in die 50er/60er-Jahre fand sich in psychiatrischen oder pädagogischen Lehrbüchern keine bzw. nur wenige Angaben über depressive Störungen bei Kindern.

Generell wurden bis dahin psychische und somit auch depressive Störungen bei Kindern weit weniger als bei Erwachsenen als solche erkannt bzw. akzeptiert. Derartige Störungen wurden vielmehr als Schul- oder Erziehungsprobleme eingestuft und pädagogisch behandelt.

Tatsächlich finden sich Depressionen bei Kindern und Jugendlichen nicht seltener als bei Erwachsenen: Je nach Erhebung finden sich in ambulanten Untersuchungen 2 - 3% und in klinischen Untersuchungen zwischen 5 - 20%.

Die Diagnose Depression wird dennoch selten gestellt.

Auch heute wird noch manchmal die Ansicht vertreten, dass depressive Kinder prinzipiell die gleichen Symptome aufweisen wie Erwachsene:

Persistierende Traurigkeit, Gefühl der inneren Leere, Aktivitätsverlust, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Verlust an Interesse, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Störungen des Appetits, Schwankungen des Körpergewichtes, Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Pessimismus, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Todesgedanken, suizidale Anmutungen und Suizidversuche, Konzentrations- und Merkstörungen, Entscheidungsschwäche, chronische Schmerzzustände, Körpersymptome ohne erklärbare Ursachen, Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle.

Leitsymptome:

Tatsächlich finden sich **altersabhängige Manifestationsformen** sehr unterschiedlicher Phänomenologie.

Bei **Kleinkindern** finden sich überwiegend psychosomatische Merkmale. Wein- und Schreikrämpfe, Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, Appetitstörungen, Jaktationen, motorische Stereotypien, genitale Manipulationen. Ausdrucksarmes Gesicht, mangelnde Phantasie.

Bei **jüngeren Schulkindern**: Sowohl somatische wie auch psychische Symptome, es überwiegen jedoch psychische Merkmale wie Gereiztheit und Unsicherheit, Spielhemmungen und Kontaktstörungen. Psychosomatische Symptome wie z.B. Enuresis, Nägelkauen, genitale Manipulationen und Pavor nocturnus. Schulleistungsstörungen.

Ältere Schulkinder und Jugendliche zeigen vermehrt erwachsenentypische Merkmale wie Grübeln, Minderwertigkeitsgefühle, Bedrücktheit, Stimmungsschwankungen, Selbstisolierungstendenzen, hypochondrische Beschwerden, Schuldgefühle, Suizidimpulse und Suizidversuche. Besonders häufig auch Kopfschmerzen.

Es ist daher unzutreffend, Depressionen bei Kindern, die eine andere Symptomatik als die von Erwachsenen aufweisen, als lavierte Depression zu bezeichnen.

Vielmehr spricht alles dafür, dass die überwiegend psychosomatische Symptomatik der depressiven Klein- und Vorschulkinder die ursprüngliche und noch nicht kulturell überformte Form der Depression darstellt.

Aus transkulturellen Untersuchungen geht hervor, dass depressive Erwachsene nicht-westlicher Kulturen ebenfalls vorwiegend zu hypochondrisch-leibnahen Manifestationen neigen.

Definition:

Depressive Episode (F32.0 - F32.3):

Mindestens 2 Wochen andauernde Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit. Die Symptomatik ist vielfältig, z.T. altersabhängig und wenig situationsgebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein.

Rezidivierende depressive Störungen (F33.0 - F33.3):

Wiederholt depressive Episoden. Die einzelnen Episoden dauern zwischen 3 und 12 Monaten und werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst. Für Kinder und Jugendliche gibt es keine einheitlichen Kriterien bezüglich der Definition der Symptome und des Verlaufs depressiver Störungen.

Anhaltende affektive Störung (F34):

Anhaltende, meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer ist, um als leichte depressive oder hypomanische Episoden gelten zu können. Sie ziehen jedoch beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Intervalle mit normaler Stimmung fehlen oder dauern allenfalls wenige Wochen.

Schweregradeinteilung:

Für das Kindes-Jugendalter gibt es keine einheitliche Schweregradeinteilung, sie erfolgt v.a. nach dem klinischen Bild der Beeinträchtigung.

Die depressiven Episoden werden ebenso wie die rezidivierenden depressiven Störungen jeweils in leicht, mittelgradig und schwer unterteilt.

Leichtgradig: Der Betroffene kann unter Schwierigkeiten seine normalen schulischen und sozialen Aktivitäten fortsetzen.

Mittelgradig: Erhebliche Schwierigkeiten bei sozialen, häuslichen und schulischen Aufgaben.

Schwergradig: Sehr begrenztes Fortführen bzw. völliges Erliegen der allgemeinen Aktivitäten.

Störungsrelevante Rahmenbedingungen:

Familiäre Belastung mit depressiven, affektiven o. bipolaren Störungen

Familiäre Belastung mit Substanzmissbrauch, Angststörungen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen

Migration, chron. Krankheiten, Arbeitslosigkeit, Armut

Interaktions- und Beziehungsstörungen in der Familie: emotionale Deprivation, inkonsistente oder abwertende Erziehung, Schuldzuweisungen, häufig wechselnde Bezugsperson, Trennungstraumata, seelische oder körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch

Plötzliche oder phasenhafte Veränderungen im Verhalten des Kindes

Belastende Ereignisse in Schule oder Kindergarten

Integration in die Gruppe Gleichaltriger

Stationäre oder teilstationäre Therapie kann angezeigt sein:

bei besonderem Schweregrad, psychotischer Symptomatik, akuter Suizidalität

bei besonders schwer ausgeprägter Komorbidität, Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsstörungen, Psychosen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen

bei schwerer körperlicher oder seelischer Misshandlung sowie sexuellem Missbrauch

bei psychischer Störung der Eltern

bei akuter schulischer Krise

nach erfolgloser ambulanter Therapie

Psychotherapie:

Kinder und Jugendliche mit schwer ausgeprägter Symptomatik profitieren weniger von Psychotherapie als diejenigen mit leichter bis mittlerer Symptomatik.

Es finden verhaltenstherapeutische, familientherapeutische und tiefenpsychologische Verfahren Anwendung.

Verhaltenstherapeutisch kommen kognitive Techniken (kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktionstraining, Problemlösetraining, Selbstmanagement), familienbezogene Techniken (Kommunikationstraining, Elterntraining), Verhaltensorientierte Techniken (Aktivitätsaufbau, Selbst- und Fremdverstärkung, soziales Kompetenz- und Problemlösetraining) sowie Emotionsbezogene Techniken (Training der Emotionserkennung, Ärgerkontrolltraining, Entspannungsverfahren) zur Anwendung.

Pharmakotherapie:

ist nur Teil eines Gesamtkonzeptes nach eingehender Diagnostik

Orientierung an klinischem Bild und Schweregrad nicht an
ätiologischen Hypothesen

besonders bei schweren Formen und Suizidgefährdung überlegen

umfassende Aufklärung des Patienten und der Eltern

zeitlich begrenzte aber ausreichend lange bemessene Medikation

schrittweise Eindosierung, schrittweises Ausschleichen

engmaschige Betreuung und Beobachtung bei Suizidgefahr!

Die bisher meist als Mittel der ersten Wahl verordneten trizyklischen Antidepressiva erwiesen sich kaum wirksamer als Placebos und sollten auch wegen der kardialen Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden.

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI, z.B. Fluoxetin, Sertralin) werden empfohlen. Vorsicht ist geboten wegen eines möglichen erhöhten Suizidrisikos unter SSRI (kontroverse Diskussion).

Bei leichten und mittelschweren sind bei sehr guter Verträglichkeit Johanniskrautextrakte wirksam.

Phasenprophylaxe in schweren Fällen mit Lithiumsalzen, Carbamazepin oder Valproat.

Depression und Suizid:

Bei Jugendlichen steht Suizid an der zweiten Stelle der Todesursachen, bei Kindern an der zehnten Stelle.

Jungen töten sich häufiger, bei Mädchen sind Suizidversuche häufiger.

Jungen wenden häufiger „harte“ Tötungsarten an, Mädchen häufiger sog. „weiche“ Methoden.

Viele suizidgefährdete Kinder und Jugendliche kommen aus inkompletten Familien.

Das härteste Familienmerkmal ist ein gehäuftes Vorkommen von Suiziddrohungen / Suizidhandlungen in der Familie.

Suizidanlässe dürfen keinesfalls mit den zugrunde liegenden Ursachen verwechselt werden und sind gerade bei Kindern und Jugendlichen häufig sehr banal, d.h. um den Tropfen, der das Glas zum Überlaufen bringt.

Viel häufiger bestehen existentielle Mängel der Eltern-Kind-Beziehung oder es bestehen manifeste psychische Störungen.

Besonders beachtet werden müssen suizidale Äußerungen männlicher Jugendlicher, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, die über eine hohe intellektuelle Leistungsfähigkeit verfügen, bei denen Drogen- und/oder Alkoholkonsum vorliegt oder bei denen eine Suizidanamnese in der Familie besteht.



http://www.orangesmile.com/common/img_final_large/stuttgart_places.jpg