Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Depression

Europäischer Depressionstag

1. Oktober 2016

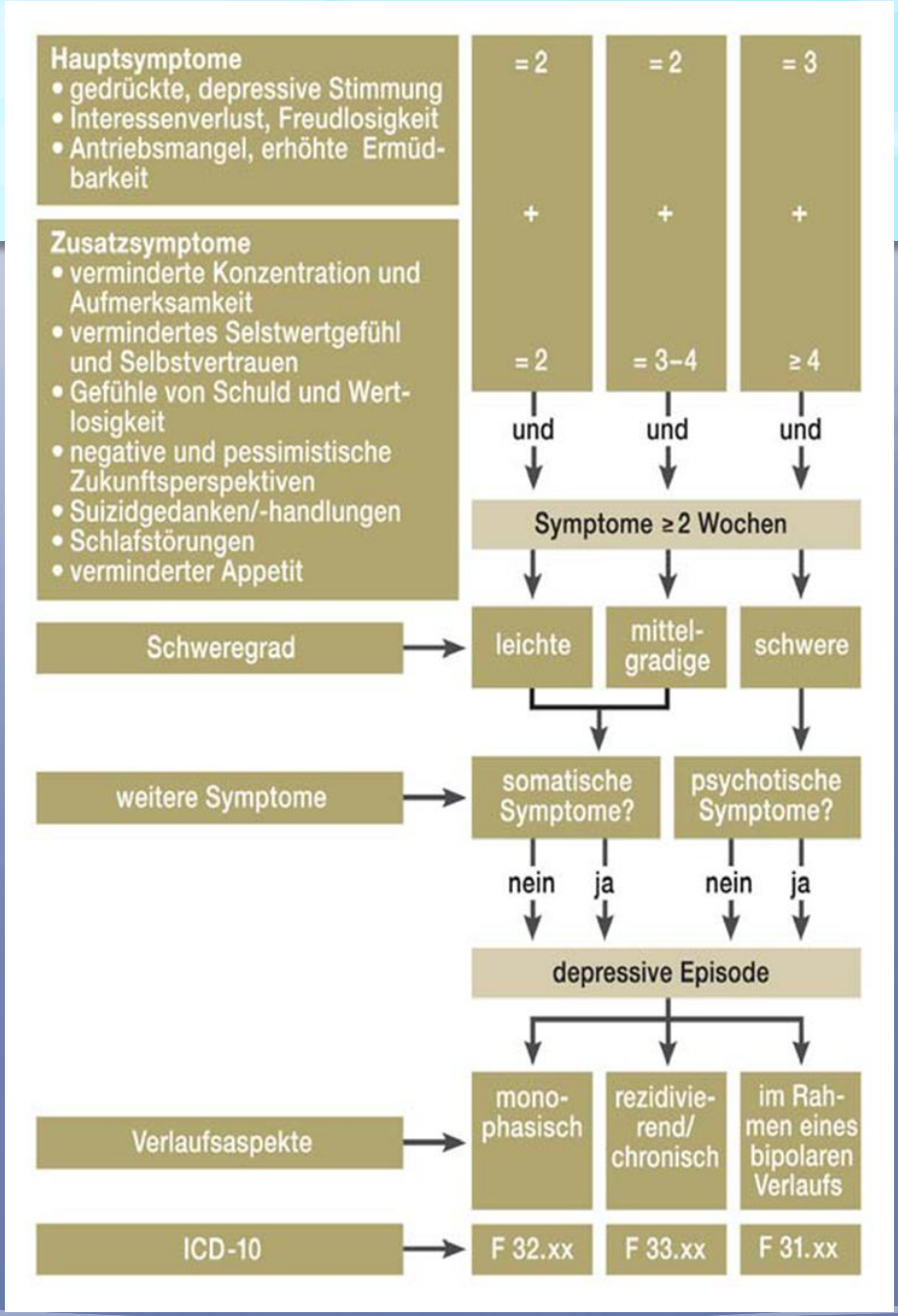
Dr. Volker Kielstein, FA für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie und Suchtmedizin

MVZ und Tagesklinik
an der Sternbrücke Magdeburg
Psychiatrie, Psychotherapie, Suchtmedizin

- Depressionen gehören zu den 5 häufigsten Krankheiten in der Hausarztpraxis

- Während des gesamten Lebens erkranken

25 %	der Frauen
12,3 %	der Männer



Diagnose depressiver Episoden nach ICD – 10 Kriterien

„ Zwei-Fragen-Test“

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?

2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

- 50% der depressiven Patienten erkranken erstmalig vor dem 31. Lebensjahr

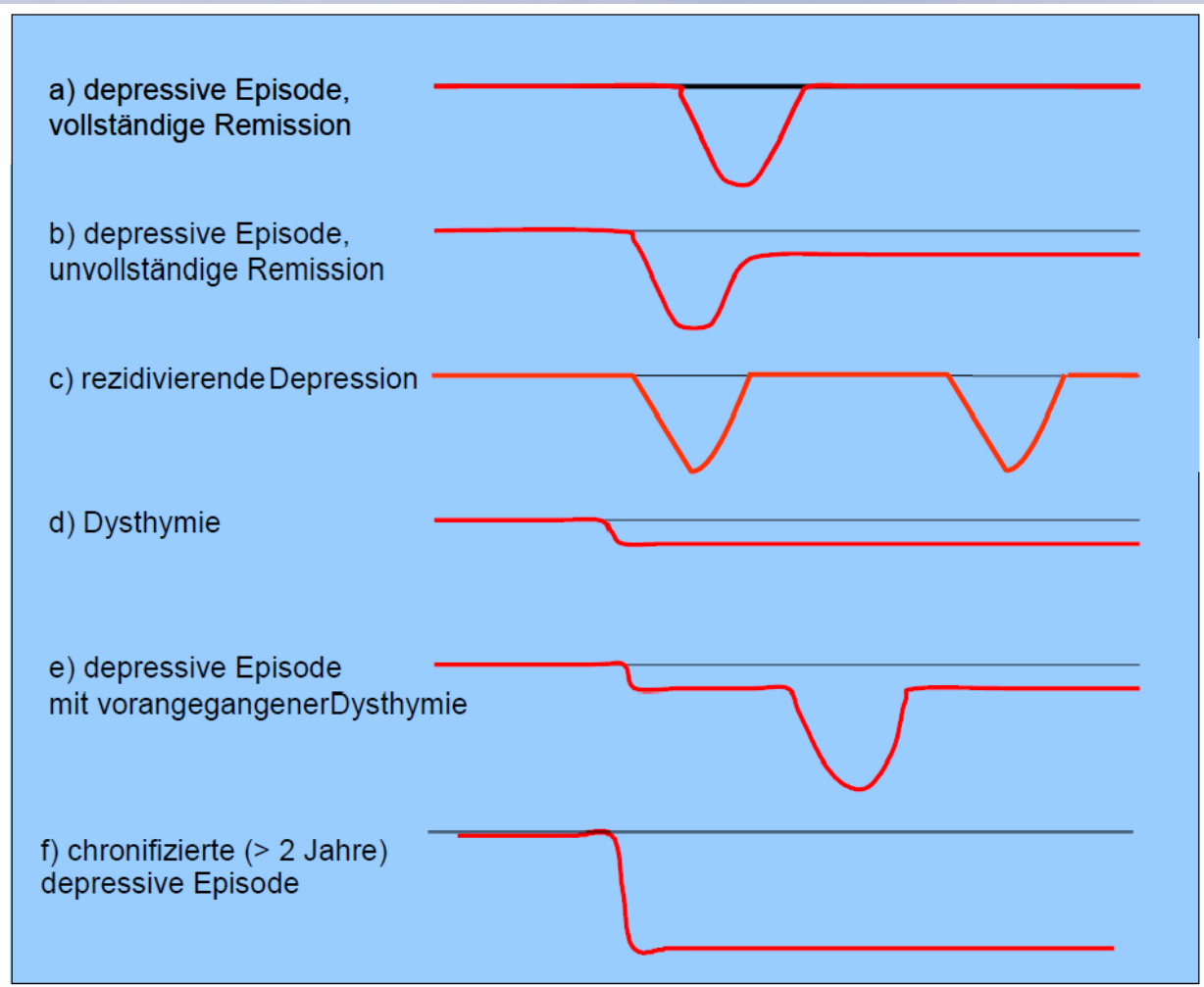
- Im höheren Lebensalter oft im Zusammenhang mit

  - Körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen
  - Sozialen Faktoren wie Verwitwung, Vereinsamung, gesellschaftlichem Statusverlust, Armut
  - Steigende Suizidrate

30-60 % der Suchtkranken sind auch depressiv, Sucht als Folge der Depression?

Depression häufig Folge der Suchterkrankung.

Verläufe unipolarer depressiver Störungen



Biopsychosoziales Krankheitsmodell

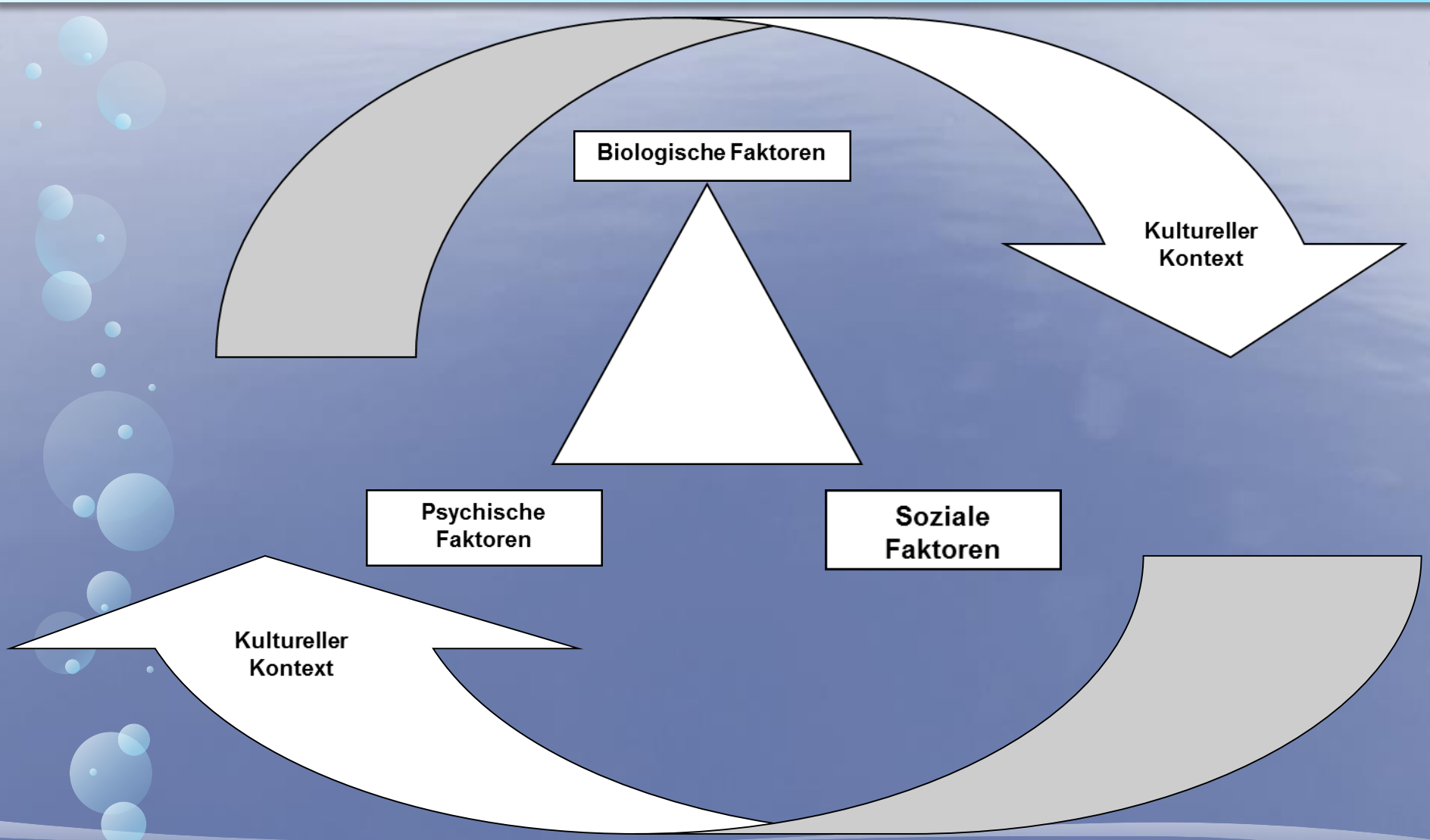
Definiert 1977 durch den amerikanischen Medizintheoretiker (Georg L. Engel)

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten sind

biologische,
psychologische,
soziale
und kulturelle

Faktoren zu berücksichtigen.

Biopsychosoziale Modell



Beispiel: Depression

Biologisch:

„depressive Reaktionsbereitschaft des Gehirns“ durch Krankheit

schwere Allgemeinerkrankung, Alkoholfolgen, organisch bedingte Hirnfunktionsstörung,

genetische Faktoren

Angehörige 1. Grades höheres Risiko

eineiige Zwillinge 50% Übereinstimmung

Psychisch 1:

- Körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung (Burnout)
- Aufopferung für andere,
- Geringer Input an Energie,
- Unfähigkeit grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen,
- Nicht sättigende Ersatzbefriedigungen („gelangweilte Millionärsgattin“, etwas proletarischer: „Teil der Spaßgesellschaft“),
- Boreout
- Mangelhafte Fähigkeit oder Möglichkeit, seine eigenen Ressourcen umzusetzen, sich selbst in der Welt zu realisieren.

Psychisch 2 (etwas „tiefer“):

- Schwierigkeiten, negative Gefühle zu akzeptieren und zu äußern:

  Enttäuschung, Wut, Trauer… („armer Schlucker“)

- Aggressive Hemmung

  im Sinne von „aggredi“ = herangehen aber auch von angreifen, sich wehren, böse werden. Aggression führt über Auseinandersetzung oft zu Annäherung.

- Neigung zu Schuldgefühlen:

  Die Aggression, die ich nicht loswerde, wendet sich gegen mich in Form von Schuldgefühlen und manchmal von Furcht vor schlimmen Krankheiten.

Psychisch 3:

- **Ständige Aktivität und Anspannung:**

  unzureichende Fähigkeit, locker zu lassen, Verantwortung abzugeben, sich zu erholen

- **Schwierigkeiten Nähe- und Distanzregulation:**

  „Je mehr wir zusammen sind, desto besser.“- Bedürfnisse nach Abstand werden nicht zugelassen

Sozial:

- Mangel an Unterstützung und Stimulation in der Herkunftsfamilie,
- Fehlen von „Modellen“ (Lernen am Modell),
- Zerbrechen von Beziehungsstrukturen, soziale Isolation,
- Fremdkontrolle statt Selbstkontrolle
- fehlende Anerkennung von Leistung,
- erzwungener Abbruch beruflicher Entwicklung (Lokführer → Schaffner → arbeitslos),
- unsinnige „Trainingsmaßnahmen“ (Hilfsköchin im Computerkurs),
- „unanständige“ Arbeitsaufgaben
- familiär: „Problemträger vom Dienst“

Ungleiche Machtverhältnisse „Bossing“

Kulturell:

- Antriebsmangel als Kernsymptom der Depression ist in unserem Kulturkreis hoch stigmatisiert.
- Es gibt Kulturen, in denen man depressiv sein darf (Memoiren des Herzogs von Lauzun).

Probleme bei der Einordnung und Behandlung von depressiven Störungen und anderen psychischen Erkrankungen

1. Biologische Faktoren:

- überbewertet, alleinige biologische Verursachung ist eher selten
- Folge: einseitige Behandlung mit Medikamenten, teilweise jahrelang, Medikamentennebenwirkungen (Gewichtszunahme, Diabetes, kognitive Beeinträchtigungen, Libidoverlust!), „psychiatrische Eskalation“

2. Auslösende Faktoren:

Lebensgeschichtliche, intrapsychische und interpersonelle Probleme, einseitige Lebensorientierung (Leistung, mangelhafte Anstrengungsbereitschaft), Arbeitskonflikte werden zu wenig berücksichtigt.

Oft helfen eine Reihe von klärenden Gesprächen, Medikamente dann nur vorübergehend oder gar nicht.

3. Alkohol und andere Suchtmittel verursachen Depressionen.

Oft medikamentöse oder psycho-therapeutische Behandlung bei weiterem Suchtmittelgebrauch („Wiederbelebung bei geschlossenem Sargdeckel“).

60,0 % aller Patienten
mit einer depressiven Störung
haben noch andere **begleitende psychische Störungen**

Behandlung von depressiven Störungen

- Genaue Erfassung der biographischen, auch beruflichen Entwicklung, der Art, wie jemand mit Gefühlen und Konflikten umgeht,
- einige problemzentrierte Gespräche in größeren Abständen i. S. von systemischer Therapie (Korrekturen im kybernetischen System bio – psycho – sozial),
- interpersonelle und intrapsychisch orientierte Psychotherapie und / oder medikamentöse Therapie,
- ambulant, tagesklinisch, stationär – oft längerfristige ambulante Weiterbehandlung (Setting: Gruppe und/oder einzeln).

Behandlungsphasen

Akuttherapie

Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie

Erhaltungstherapie

Psychotherapie 8-12 Monate und/oder Pharmakotherapie 4-9 Monate

Rezidivprophylaxe

bei zwei oder mehr depressive Episoden in der jüngsten Vergangenheit mindestens 2 Jahre Fortsetzung der Pharmakotherapie

Oh, nein! Es ist wahr!
Mein Psychiater ist ja noch
depressiver als ich!