

Depressive Störungen

Prof. Dr. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy

Psychotherapeutische Praxisstelle

Home > Philosophische Fakultät > Departement für Psychologie

DE **SCHNELLZUGRIFF** 🔍

UNI
FR
UNIVERSITÉ DE FRIBOURG
UNIVERSITÄT FREIBURG

Departement für Psychologie

Home News & Events Departement Studium **Institute und Zentren** Forschung

Home > Institute und Zentren > Psychotherapeutische Praxisstelle > Über uns

Institute und Zentren

- Psychotherapeutische Praxisstelle
- Abklärung
- Psychotherapeutische Beratung und Psychotherapie
- Über uns**
- Kontakt
- Behandlungskosten
- Links
- Medien
- Centre de psychologie de la santé
- Institut für Familienforschung und -beratung



Über uns

Die Psychotherapeutische Praxisstelle ist Teil des Beratungs- und Psychotherapieangebotes des Lehrstuhls **Klinische Psychologie und Psychotherapie** der Universität Freiburg. Die Praxisstelle ist eng mit der Forschung und Lehre des Departements für Psychologie verknüpft und in die Weiterbildung eidgenössisch anerkannter [postgradualer Studiengänge in Psychotherapie](#) involviert.

Leitung

Die Psychotherapeutische Praxisstelle steht unter der Leitung von [Prof. Dr. Simone Munsch](#) (Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie und Psychotherapie) sowie der Co-Leitung von [Dr. rer. nat. Felicitas Forrer](#) und [Dr. phil. Yoan Mihov](#).

- Gast: MSc Leila Hofstettler, Psychotherapeutin in Weiterbildung

Kernsymptome der Depression

■ **Emotionalität**

- Deutlich emotionale Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit (depressive Verstimmung)
- Eingeschränkte Möglichkeit, Freude, Spass, Lust und Interesse zu erleben (Anhedonie)

■ **Verhalten**

- Verminderter Antrieb, weniger Aktivität und eine leichtere Erschöpfbarkeit

■ **Weitere Symptome**

- Verlust des Selbstwerts/ Selbstvertrauens/ Selbstvorwürfe
- Kognitive Probleme (Konzentration, Denkvermögen), schulische Probleme
- Insomnische Symptome, Albträume
- Wiederkehrende Gedanken an Tod und Suizid
- Veränderung im Appetit
- Schmerzen (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen)
- Reden über oder Plan haben, von zu Hause wegzulaufen
- Schreien, Weinen, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Aggressivität,

Depressive Symptome in Abhängigkeit des Alters

	Kleinkindalter (1-3 Jahre)	Vorschulalter (4-6 Jahre)	Schulalter (7-12 Jahre)	Adoleszenz (13-18 Jahre)
Emotionalität	Wirkt traurig, ausdrucksarmes Gesicht, erhöhte Irritabilität, weint viel	Wirkt traurig, Anhänglichkeit, Apathie, Stimmungsschwankungen	Verbaler Bericht über Traurigkeit, suizidale Gedanken, Zukunftsangst, Ängstlichkeit	Lustlosigkeit, Zukunftslosigkeit, Sinn- und Wertlosigkeit, Reizbarkeit, Schuldgefühle, Suizidalität
Verhalten Fähigkeiten	Gestörtes Essverhalten, selbststimulierendes Verhalten, Spielunlust	Eingeschränktes Spielen, Appetitslosigkeit, psychomotorische Hemmungen, auch aggressives Verhalten	Psychomotorische Hemmungen, Schulversagen, Appetitlosigkeit	Verlangsamung der Denk- und Handlungsabläufe, Konzentrationsmangel, Appetitslosigkeit,
Somatische Befunde	Schlafstörungen	Allgemeine Entwicklungsverzögerungen, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Enuresis, Enkopresis	Schlafstörungen, Enuresis, Enkopresis, unklare Schmerzen	Müdigkeit, Druckgefühle in Brust und Magen, Schmerzempfindlichkeit, Schlafstörungen

Säuglingsalter: gereizt, viel Weinen/ Jammern, wenig Interesse an entwicklungsgemässen Aktivitäten, Schlaf- und Essstörungen, Gewichtsverlust

Diagnostik Depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Depression bei Kindern lange nicht als Störung anerkannt
- Häufig nicht erkannt und nicht behandelt: bis zu $\frac{3}{4}$ der Jugendlichen mit Depressiven Störungen erhalten keine Therapie
- Meist erst Therapie nach Eskalation in Schule oder Delikten
- Autoritativer Erziehungsstil erhöht die Chancen auf Behandlung



DSM-5	ICD-10	ICD-11
Major Depression, einzelne Episode	Depressive Episode (F32)	Einzelne depressive Episode (6A70)
Major Depression, rezidivierend	Rezidivierende depressive Störung (F33)	Rezidivierende depressive Störung (6A71)
Persistierende depressive Störung	Anhaltende affektive Störung (F34)	Dysthyme Störung (6A72)
Andere nähere bezeichnete depressive Störung	Sonstige affektive Störung (F38)	Andere spezifische depressive Störungen (6A7Y)
Nicht näher bezeichnete depressive Störung	Nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39)	Unspezifische depressive Störungen (6A7Z)
Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.2)	Anpassungsstörung (6B43)
Anpassungsstörung mit gemischter Angst und depressiver Verstimmung	Angst und Depression gemischt (F41.2)	Gemischte Depressive- und Angststörung (6A73)
Disruptive Affektregulationsstörung	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0)	Sonstiges näher bezeichnetes disruptives Verhalten oder sonstige näher bezeichnete dissoziale Störungen (6C9Y)
Prämenstruelle dysphorische Störung		Prämenstruelle dysphorische Störung (GA34.41)

ICD-11 Entwurfsfassung Deutsch: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=D79F3C26CDFC1DD1B45715A5EF532C57.intranet252

DSM-5: Major Depression

A. Mindestens **5 der folgenden Symptome** bestehen während derselben **2-Wochen** Periode und stellen eine Änderung gegenüber dem vorher bestehendem Funktionsniveau dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude

Beachte: Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt sind

1. Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages an fast allen Tagen, von der betroffenen Person selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig, leer oder hoffnungslos) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe). (**Beachte:** Kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Stimmung sein).

2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Bericht oder von anderen beobachtet).

3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (z.B. mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. (**Beachte:** Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen).

Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)

- Selbstberichtsfragebogen
- 29 Items
- Dauer: ca. 15 Minuten
- 8 bis 16 Jahren
- Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik
- Orientiert an Diagnosekriterien DSM-5
- Hohe Reliabilität und bestätigte konvergente und diskriminante Validität

Antwort

- (2) Habe mich öfter mies gefühlt
- (3) Wenn was vornehme, klappt es meistens
- (2) Mache vieles falsch
- (2) An einigen Dingen Freude
- (2) Manchmal lieb, manchmal böse
- (1) Denke selten, was mir Schlimmes passieren könnte
- (2) Mag mich nicht besonders
- (2) Häufig schuld, wenn was schief geht
- (2) Könnte in letzter Zeit oft weinen
- (1) Rege mich ständig über irgendwas auf
- (2) Mag es häufig nicht, mit anderen zusammen sein
- (2) Fällt schwer, zu entscheiden
- (2) Einiges an Aussehen gefällt mir nicht
- (3) Kein Problem, Schularbeiten zu machen
- (2) In letzten Nächten manchmal schlecht geschlafen
- (2) Fühle mich häufiger erschöpft

DSM-5: Disruptive Affektregulationsstörung

- A. **Schwere wiederkehrende Wutausbrüche**, die sich verbal (z.B. verbales Toben) und/oder im Verhalten (z.B. physische Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen) manifestieren und die in ihrer Dauer und Intensität in Bezug auf die Situation und den Anlass völlig unangemessen sind.
- B. Die Wutausbrüche sind dem jeweiligen **Entwicklungsstand unangemessen**.
- C. Die Wutausbrüche ereignen sich durchschnittlich **dreimal pro Woche** oder öfters.
- D. Die Stimmung zwischen den Ausbrüchen ist an beinahe jedem Tag über die meiste Zeit des Tages anhaltend **reizbar oder ärgerlich** und kann von anderen wahrgenommen werden (z.B. Eltern, Lehrern, Gleichaltrige).
- E. Die Kriterien A bis D sind über einen Zeitraum von **12 oder mehr Monaten** vorhanden. Während dieses Zeitraums gab es keine Episode von drei oder mehr aufeinanderfolgenden Monaten, in der die Kriterien A bis D nicht voll erfüllt waren.
- F. Die Kriterien A bis D sind in **mindestens zwei von drei Lebensbereichen** vorhanden (z.B. im häuslichen Umfeld, in der Schule, unter Gleichaltrigen) und dabei in mindestens einer dieser Umgebung schwergradig ausgeprägt.
- G. Die Diagnose sollte nicht erstmalig vor dem 6. Lebensjahr und **nicht nach dem 18. Lebensjahr** gestellt werden.
- H. Das Alter der Erstmanifestation (Krankengeschichte oder Beobachtung) der Kriterien A bis E **liegt vor dem 10. Lebensjahr**.
- I. Es gab **nie eine abgegrenzte Zeitspanne von mehr als 1 Tag**, in der – mit Ausnahme des Zeitkriteriums – alle Symptomkriterien einer **manischen oder hypomanen Episode** erfüllt waren.

DSM-5: Disruptive Affektregulationsstörung

Beachte: Eine dem Entwicklungsstand angemessene gehobene Stimmung, z.B. im Zusammenhang mit dem Auftreten oder der Erwartung eines **hochgradig positiven Ereignisses**, sollte nicht als manisches oder hypomanes Symptom gewertet werden.

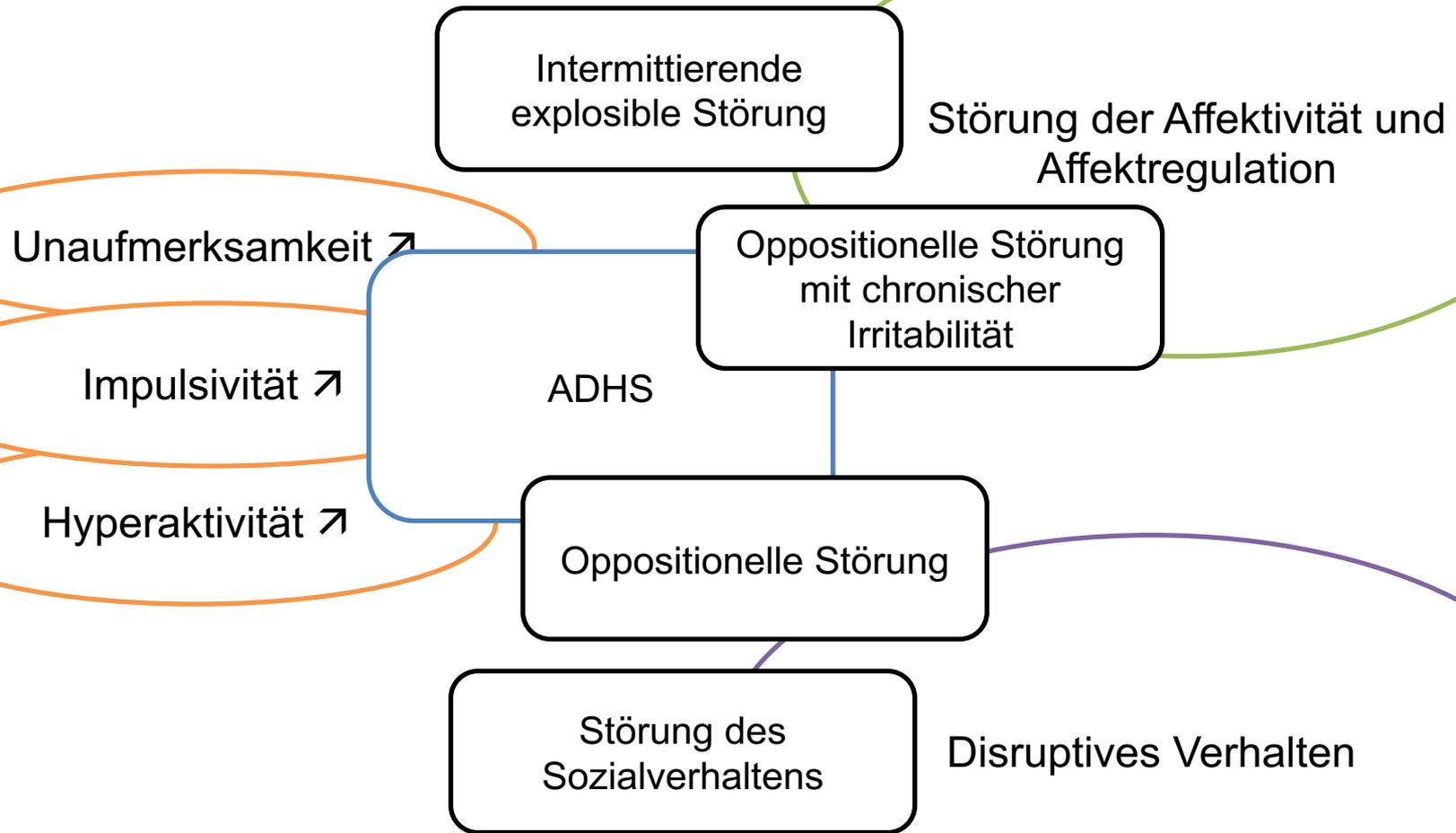
J. Die genannten Verhaltensweisen treten **nicht ausschließlich während einer Episode einer Major Depression auf und können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden** (z.B. Autismus-Spektrum-Störung, Posttraumatische Belastungsstörung, Störung mit Trennungsangst, Persistierende Depressive Störung [Dysthymie]).

Beachte: Die Diagnose **kann nicht zusammen mit folgenden Diagnosen vergeben werden:** Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten, Intermittierend Explosible Störung, bipolare Störung. Möglich ist hingegen die **gleichzeitige Vergabe der Diagnose mit folgenden anderen Störungen:** z.B. Major Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Störung des Sozialverhaltens, Substanzkonsumstörung.

Personen, welche sowohl die Kriterien für die Disruptive Affektregulationsstörung als auch die für die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten erfüllen, sollten nur die Diagnose der Disruptiven Affektregulationsstörung erhalten. Sofern die Person jemals eine manische oder hypomane Episode erlebt hat, sollte die Diagnose der Disruptiven Affektregulationsstörung nicht vergeben werden.

K. Die Symptome **sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz** oder eines **medizinischen oder neurologischen Krankheitsfaktors**.

ADHS – Störung der Affektregulation – Disruptives Verhalten



Epidemiologie I

- **Major Depression**
 - 1-Jahres-Prävalenz von 7% über alle Altersbereiche hinweg (inklusive Erwachsene)
 - depressive *Symptome* sind weit verbreitet: ca. 20%
 - Altersabhängigkeit: 2% im Kindergartenalter, 9% in Pubertät, >20% ab 18. Lebensjahr
 - Prävalenz bei Jugendlichen in den letzten 10 Jahren zunehmend (z.B. OBSAN, 2023)
- **Geschlechtereffekt:** bis zur Pubertät gilt bezüglich Prävalenz: Mädchen = Jungen, ab Pubertät sind Mädchen häufiger betroffen
- Adoleszente erhalten häufig eine nicht auf die altersentsprechende Symptomatik angepasste Behandlung

Epidemiologie II

- **Verlauf**
 - Meist chronisch rezidivierender Verlauf (40-90% mind. eine weitere Episode)
 - Persistenz: Das Risiko, im Erwachsenenalter an einer depressiven Episode zu erkranken, liegt bei Jugendlichen mit depressiver Störung bei ca. 50%

- **Disruptive Affektregulationsstörung**
 - Beginn liegt zwischen 6. und 10. Lebensjahr, Diagnose kann retrospektiv bis zum 18. Lebensjahr gestellt werden
 - 1-Jahres-Prävalenz: 2-5% (m>f), höheres Risiko für depressive Störung und Angststörungen

Häufige Komorbiditäten von Major Depression

- Angststörungen
- Substanzmissbrauch
- Externalisierende Störungen (oppositionelles Trotzverhalten, ADHS, Störung des Sozialverhalten)
- Essstörungen
- Insomnische Störungen
- Suizidalität
- Lernstörungen
- etc.



Risikofaktoren I

■ **Biologische Faktoren**

- Alter
- Weibliches Geschlecht (ab Adoleszenz)
- Hormonelle Veränderungen in der Pubertät
- Anomalien im Hirnstoffwechsel: Mangel-, Ungleichgewichtshypothesen; Serotonin u. weitere Neurotransmitter
- Dysfunktionale Stressreaktivität
- Kortikale Auffälligkeiten: Amygdalahypersensitivität etc.

■ **Kognitiv-emotionale Faktoren**

- Wahrnehmungsbias, kognitive Verzerrungen, kognitive Triade
- Ungünstige Emotionsregulation: Grübelneigung
- Mangelnde Problemlösefähigkeit

Risikofaktoren II

- **Familiäre Faktoren/ Eltern-Kind Interaktion**

- Trennung und Verlusterlebnisse
- Psychische Krankheit der Eltern
- Belastungen: Armut, Ehestreitigkeiten, Missbrauch etc.

- **Soziale Kontakte**

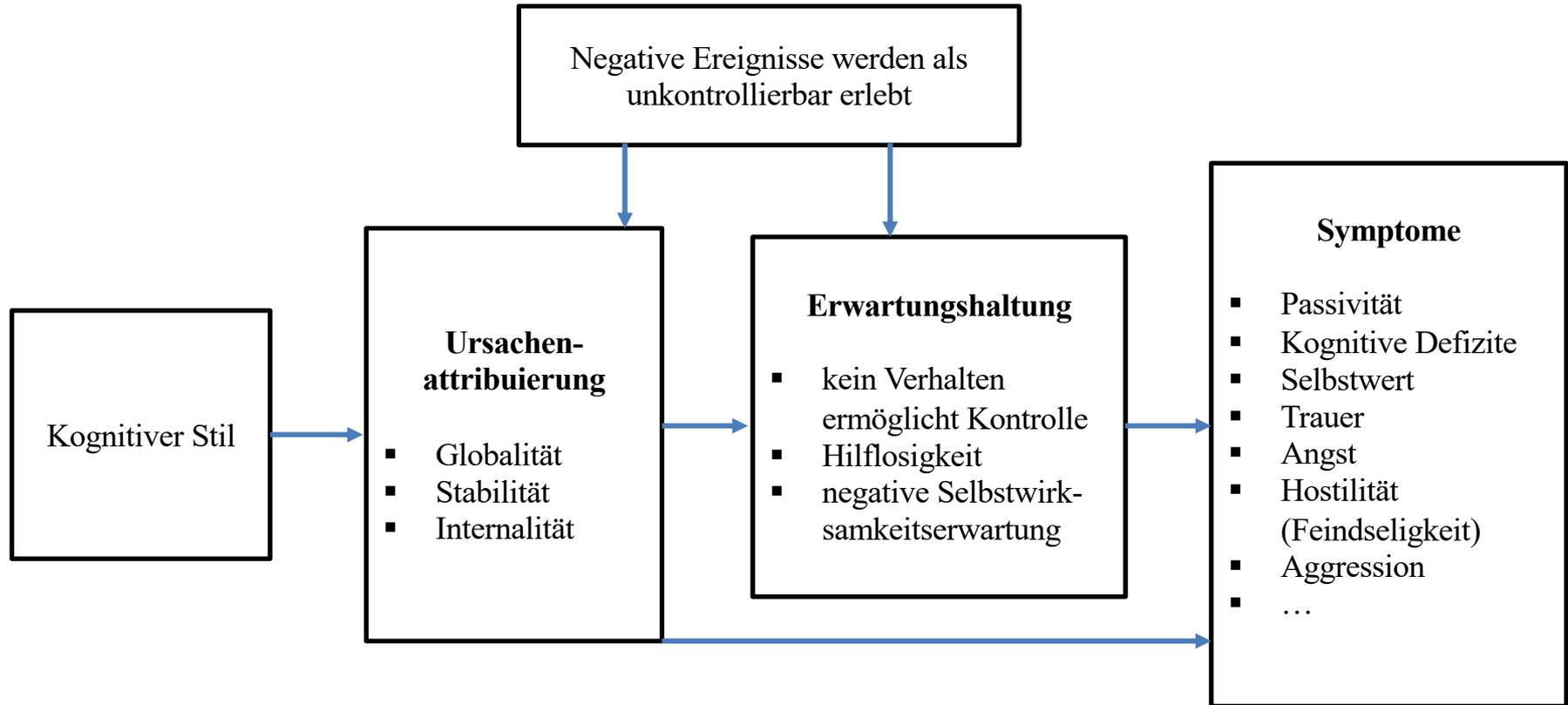
- Geringe soziale Kompetenzen
- Wenig Kontakte zu Gleichaltrigen
- Belastende Erfahrungen im Freundeskreis

- **Kritische Lebensereignisse und Stress**

- Belastungen in Familie oder Freundeskreis
- Krankheit, schulischer Druck, Überforderung, Misserfolg, Umzüge etc.

Resilienzfaktoren: gutes Selbstwertgefühl, positive Beziehungen zu Gleichaltrigen und Eltern, „one significant other“

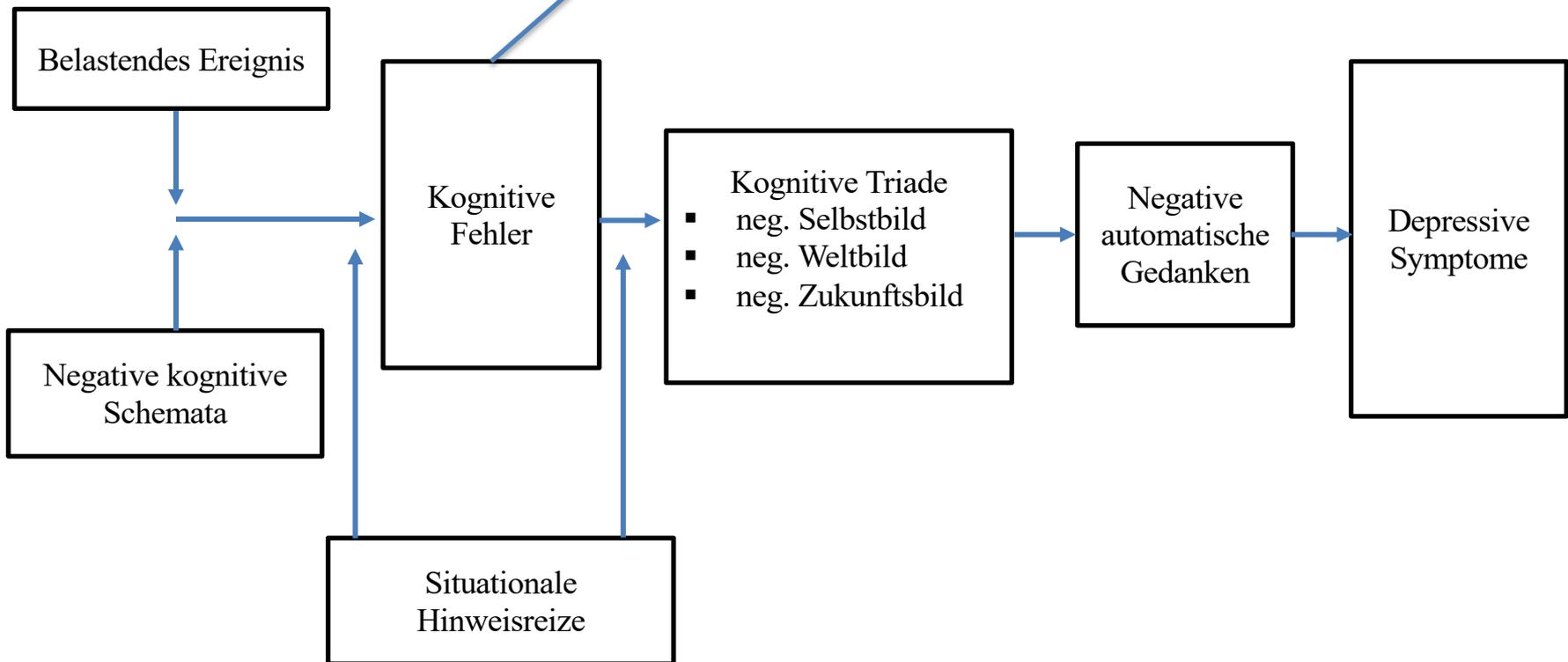
Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman



➤ Verinnerlichte Überzeugung, Geschehnissen unbeeinflussbar ausgesetzt zu sein

Kognitives Modell der Depression nach Beck

= negative Erfahrungen und Mängel maximieren,
positive Erfahrungen minimieren; Übergeneralisieren,
Schwarz-weiß Denken, willkürliche Schlussfolgerung



Aus Pössel, 2018

Verstärkerverlust-Modell (Lewinsohn, 1974)

■ Positive Aktivität aufbauen

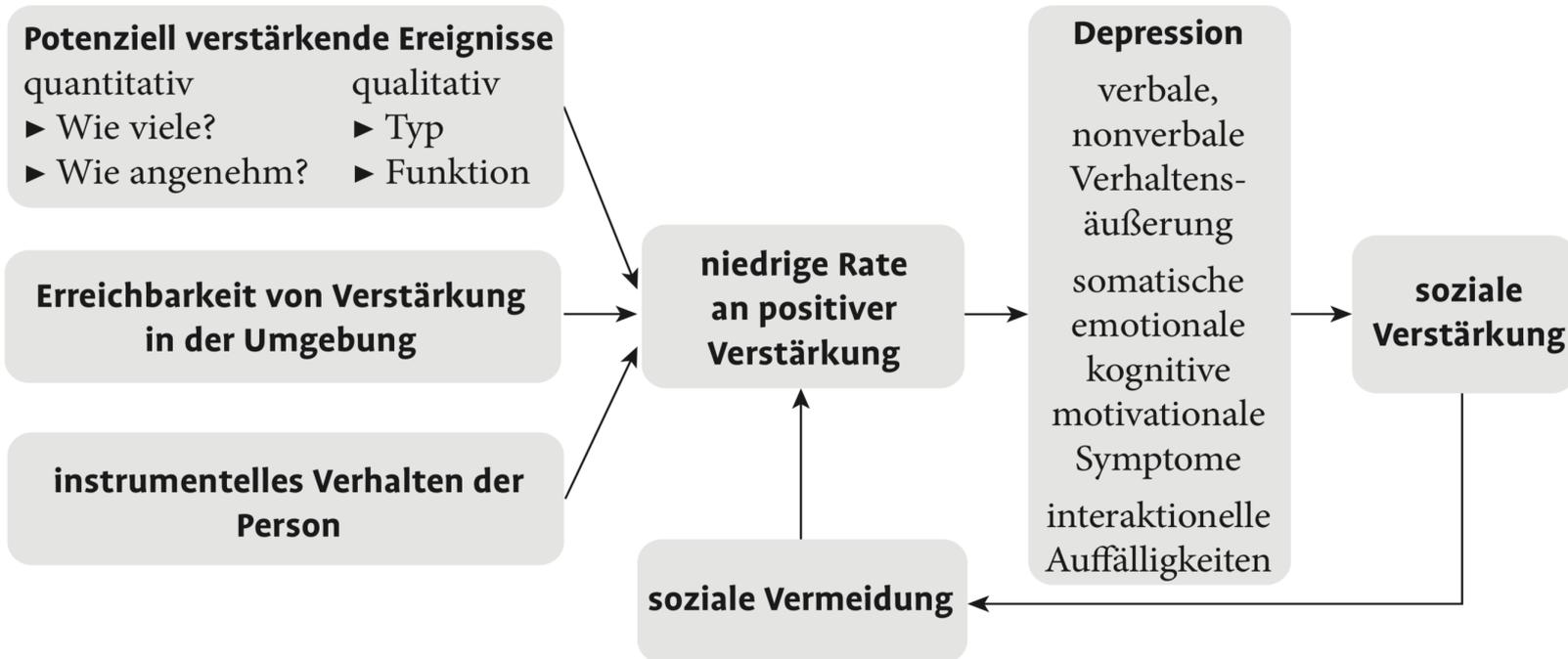


Abbildung 1.1 Verstärkungstheoretisches Modell nach Lewinsohn (1974), adaptiert nach Hautzinger (2003)

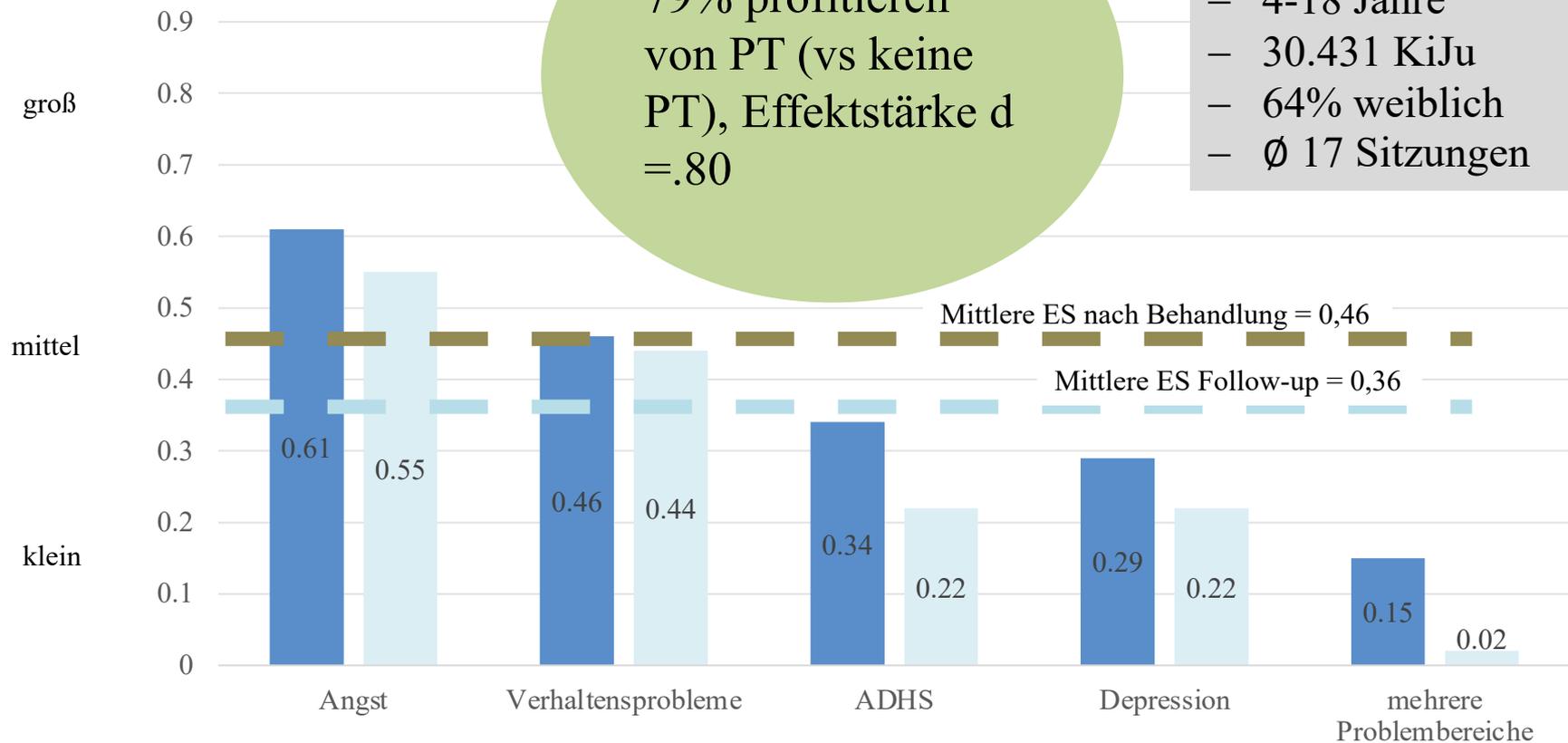
“What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy...”

Mittlere Between-Effektstärke

Erwachsene

79% profitieren von PT (vs keine PT), Effektstärke $d = .80$

- 447 RCT-Studien
- 4-18 Jahre
- 30.431 KiJu
- 64% weiblich
- Ø 17 Sitzungen



Weisz et al. (2017). American Psychologist, 72,, 79–117. doi:10.1037/a0040360.

Wampold et al. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Bern: Hogrefe.

Prädiktoren der Behandlungswirksamkeit

■ Negative Prädiktoren

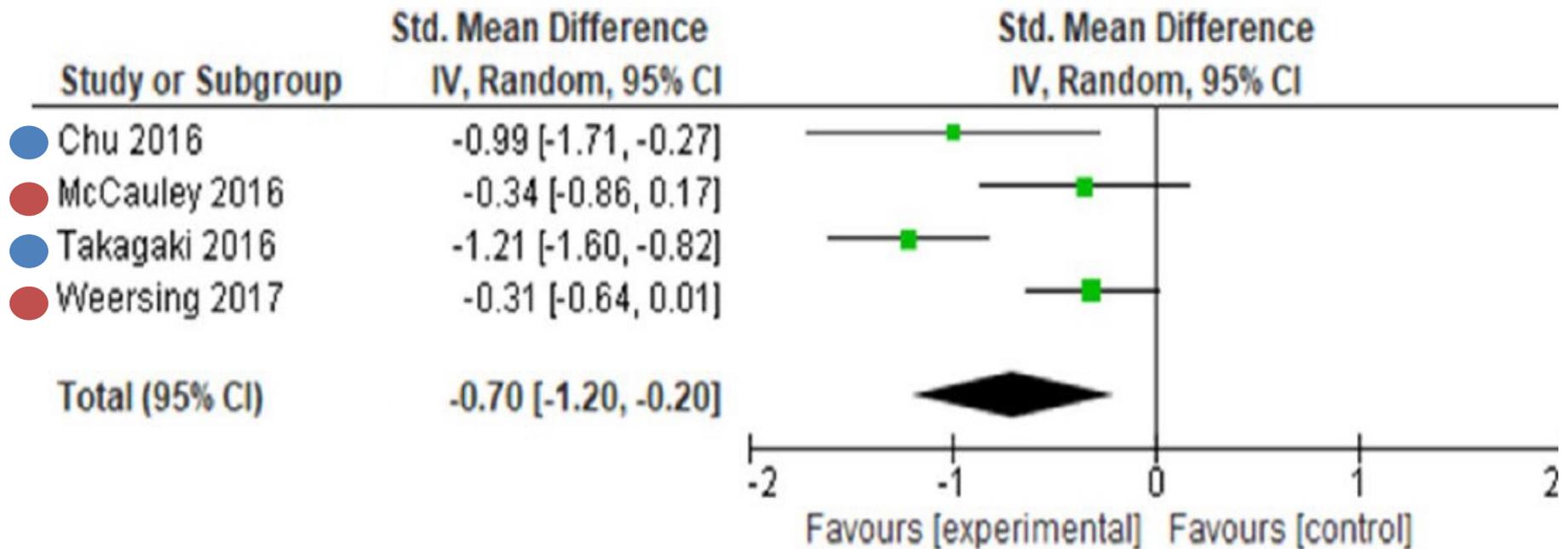
- Komorbide insomnische Probleme (assoziiert mit schlechterer Ansprechbarkeit auf Psychotherapie und Psychopharmakotherapie)
- Wenig protektive Faktoren

■ Positive Prädiktoren

- Behandlung, die Aktivierung favorisiert
- Behandlung, die soziales Problemlösetraining und soziales Fertigkeitentraining beinhaltet
- Behandlung, die > als 9 Sitzungen beinhaltet

Meta-Analyse Behavioral Activation

(4 RCTs, n=398, 8-19 Jahre, aV: Depressions-Scores)



- Vergleich mit Warteliste
- Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe

Schlussfolgerungen zur Indikation von AD aus Metaanalysen

Open access

Research

BMJ Open Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis

Klaus Munkholm, Asger Sand Paludan-Müller, Kim Boesen



Journal of Affective Disorders
Volume 305, 15 May 2022, Pages 55-64



Review Article

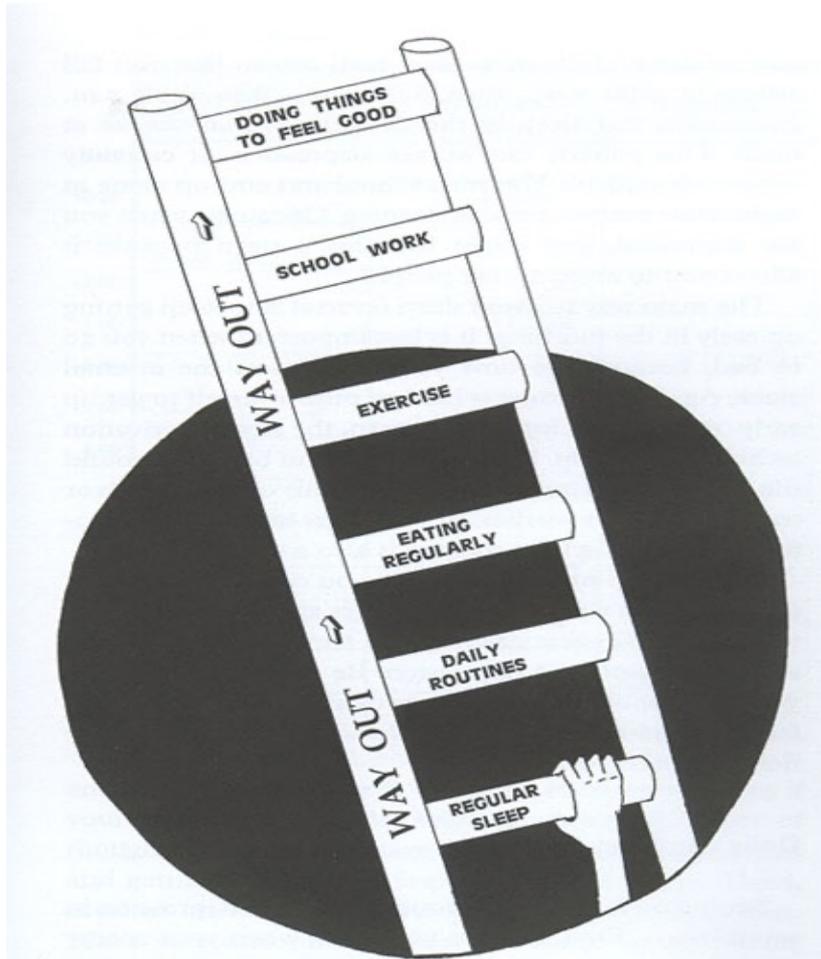
Antidepressants in children and adolescents with major depressive disorder and the influence of placebo response: A meta-analysis

Anna Feeney  , Rebecca S. Hock, Maurizio Fava, Jesús M. Hernández Ortiz, Nadia Iovieno, George I. Papakostas

Summary

- **Munkholm et al. (2019):** Widerspruch zwischen Resultaten und Leitlinien, da wenig Hinweis auf Benefit der AD-Medikation bei erwachsenen Pat. mit depressiven Störungen
- **Feeney et al. (2022):** Positive Effekte von AD im Vergleich zu Placebo sind bei Kindern und Jugendlichen noch kleiner

Der Weg aus dem schwarzen Loch



- **Grundprinzipien der Behandlung**
 - Aktivierung
 - Problemlösefertigkeiten
 - Ressourcenaktivierung
 - Emotionsregulation
 - Kognitive Umstrukturierung
 - Verbesserung des Selbstwerts

Aktivierung / Positive Aktivitäten

**Damit bist Du fast am Ende der zweiten von sechs INTER-E Sitzungen angelangt -
Herzlichen Glückwunsch!**

Positive Aktivitäten sind kurzfristig eine hilfreiche Strategie im Umgang mit unangenehmen Emotionen. Mit ihnen kann nämlich relativ schnell eine Verbesserung des emotionalen Befindens erreicht werden. Durch die Ablenkung von zwischenmenschlichen Problemen (z. B. Streit) bzw. die Konzentration auf die aktuell angenehme Situation, werden weniger unangenehme und dafür mehr angenehme Emotionen erlebt. Was wählst Du?

- Einen Podcast anhören
- In einem Buch, Magazin oder Blog lesen
- Einen Spaziergang an der frischen Luft machen
- Den Kleiderschrank ausmisten
- Eine neue (Spotify-)Playlist erstellen
- Eine Freundin / einen Freund anrufen
- Ein kreatives DIY-Projekt planen (z. B. fotografieren, zeichnen, basteln, nähen)
- Einen Tee / Kaffee trinken
- Auf einem Instrument spielen
- Sport machen (z. B. Fahrradfahren, Badminton oder Volleyball spielen ...)
- Eine Gaming-Session
- Einen Self-Care-Day planen (z. B. ein Bad nehmen, einen Friseurtermin vereinbaren)
- Ein neues Rezept ausprobieren
- Jemandem eine Freude machen (z. B. eine Nachricht oder Postkarte schreiben)

i-BEAT 

Binge Eating Adolescent And Young Adults Treatment

Ein Forschungs- und Internet-basiertes Behandlungsprogramm
für Jugendliche und Junge Erwachsene mit Essstörungen
Universität Freiburg, Schweiz ▶ i-BEAT@unifr.ch

© Prof. Dr. Simone Munsch
Department für Klinische
Psychologie und Psychotherapie
Universität Freiburg, Schweiz

Selbstfürsorge mittels kognitiver Umstrukturierung

In der vierten INTER-E Sitzung hat Leonie erfahren, dass es wichtig ist, den selbstabwertenden Gedanken mehrere selbstunterstützende Gedanken entgegenzusetzen.

Wie Du im Bild erkennen kannst, wird Leonies **selbstabwertender Gedanke** durch jeden **selbstunterstützenden Gedanken** etwas **schwächer**!

