

## Newsletter – November 2006

### Rezidivierende kurze Depression (RKD)

Die unbekannte Depression. Engl. Recurrent Brief Depression – RBD

Kurze, wenige (durchschnittlich zwei bis vier) Tage andauernde, rezidivierende depressive Episoden, die plötzlich - spontan oder durch leichte psychosoziale Stressoren ausgelöst - auftreten und danach vollständig verschwinden, sind ein häufiges psychiatrisches Erkrankungsbild, das mit einer deutlichen psychosozialen Beeinträchtigung und erhöhten Selbstmedikations- und Suizidversuchen einhergeht. Da die kurzen depressiven Episoden regelmäßig wiederkehren, entspricht die Gesamtzahl der depressiven Tage fünf bis sechs Wochen im Jahr. Obwohl das Konzept der rezidivierenden kurzen depressiven Störung bereits seit 1984 bekannt ist und kurz dauernde depressive Episoden seit dem 19. Jahrhundert in der psychiatrischen Literatur beschrieben werden, wird die Diagnose der RKD in der klinischen Praxis in Österreich kaum verwendet und damit kann eine Behandlung dieser affektiven Erkrankung selten eingeleitet werden.

Aufgrund der hohen Prävalenz (10 bis 14 Prozent) wurde die Diagnose der RKD 1994 in das Klassifikationssystem ICD-10 der WHO (Weltgesundheitsorganisation) als Diagnose (F38.10) aufgenommen. Es handelt sich bei der RKD um keine „leichtere“ Form einer depressiven Störung. Eine Differenzierung wird lediglich durch das Zeitkriterium der Episodendauer (weniger als 14 Tage) und das Verlaufskriterium (etwa monatliches Auftreten) getroffen, wobei zusätzlich eine Unabhängigkeit vom Menstruationszyklus und eine Beobachtungsdauer von einem Jahr nach ICD-10 gefordert werden. Der Erkrankungsbeginn liegt im jungen Erwachsenenalter. Ab dem 25. Lebensjahr steigt bei Frauen die Wahrscheinlichkeit, an einer depressiven Episode (Erkrankungsdauer 10 bis 20 Wochen pro Jahr) zu erkranken, wobei die Wahrscheinlichkeit, an einer RKD zu erkranken, deutlich sinkt.

Bei der wiederkehrenden kurzen depressiven Episode (RKD) handelt es sich nicht nur um Schwankungen auf dem Barometer der Launen, wie sie jeder von uns kennt. Sondern das Leiden der RKD-Betroffenen ist gekennzeichnet durch alle Kernsymptome der Depression, die mild bis schwer ausgeprägt sein können: gedrückte Stimmung und Antriebslosigkeit, bleierne Müdigkeit und mangelndes Interesse an jedweder Tätigkeit. Die Konzentration lässt nach, Schuldgefühle nageln, der Selbstwert sinkt auf ein Minimum, es kommt zu Schlafstörungen und Appetitmangel. Zudem sind die kurzen depressiven Episoden häufig mit Todesgedanken verbunden, aber auch mit Suizidgedanken, Suizidplänen, Suizidversuchen sowie Suiziden. Auch die sozialen Folgen der Erkrankung wie Trennung vom Partner oder Arbeitsplatzverlust können beträchtlich sein. Oft schreiben RKD-Patienten die depressive Symptomatik irrtümlich ihrer Persönlichkeitsstruktur, ihren körperlichen oder sozialen Problemen/Belastungen zu. Bei einigen RKD-Betroffenen kommt es zu ein bis zwei Tagen dauernden hypomanen Nachschwankungen, so genannten rezidivierenden kurzen hypomanen Episoden. Für diese Fälle ist eine Zurechnung zum Spektrum bipolarer

Erkrankungen zu rechtfertigen. Es handelt sich bei der RKD nicht um lebenslange Diagnosen - das Krankheitsbild kann sich durchaus verändern. Bei etwa 40 Prozent der Patienten mit einer RKD tritt im Verlauf des Lebens eine Major Depression (= schwere depressive Episode) auf. Der umgekehrte Fall, der Wechsel einer Major Depression zur RKD, kommt selten vor. Auch kann eine RKD in eine kombinierte Depression übergehen, die mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 3,5 Prozent vorkommt und bei Frauen fünfmal häufiger auftritt als bei Männern.

Die klinische Diagnostik der RKD ist mit denselben Problemen konfrontiert wie die Diagnose anderer kurz dauernder Syndrome (z.B. Panikattacken, epileptische Anfälle, Migräne), nämlich dass der behandelnde Arzt mehrheitlich nicht Zeuge dieser Syndrome wird, da diese zum Untersuchungszeitpunkt meist schon wieder zurückgebildet sind. Daher ist das Führen eines „Stimmungs-Tagebuchs“, welches zusätzlich Menstruationsbeginn und -dauer vermerkt und zumindest über einen Zeitraum von drei Monaten bearbeitet werden soll, aus folgenden Gründen unentbehrlich: Das Tagebuch liefert prospektiv Informationen über Verlauf der Erkrankung unter der Therapie (Häufigkeit, Schwere und Dauer der depressiven Episoden), die Rhythmik der depressiven Episoden, über mögliche Auslöser vor den depressiven Episoden und zuletzt liefert es eine exakte Basis zur Abgrenzung von einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS). Zudem sollten auch differentialdiagnostisch andere psychiatrische Störungen mit kurzzeitig andauernder Symptomatik ausgeschlossen werden. Dazu gehören die zylothyme Störung oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen und bipolare Störungen. Häufig ist die RKD jedoch keine isolierte Erkrankung, sondern ist mit anderen psychiatrischen Störungen wie Herbst-Winter-Depression, „rezidivierenden kurzen Hypomanie“, Panikstörungen, sozialen Phobien und einer Kurzform der generalisierten Angststörung, der so genannten „rezidivierenden kurzen Angststörung“ verbunden.

Etwa zwei Drittel aller RKD-Patienten suchen im Laufe ihres Lebens professionelle Hilfe auf, etwa ein Viertel beim Hausarzt, ein Viertel beim Psychologen und die Hälfte der Patienten beim Facharzt für Psychiatrie/Neurologie. Den RKD-Patienten wird kaum eine Medikation angeboten. Die Verschreibungsrate von psychotropen Substanzen in Allgemeinpraxen im Rahmen einer internationalen Studie war bei der RKD mit 19 Prozent am niedrigsten und um fast das Dreifache niedriger als bei Agoraphobie. Dieser Umstand könnte auch die höhere Selbstmedikationsrate mit Alkohol und Drogen bei RKD- als Major Depression-Patienten erklären. Der Umstand, dass 22 Prozent aller RKD-Patienten im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternehmen werden, verdeutlicht die Notwendigkeit der Einleitung einer effizienten fachärztlichen sowie klinisch-psychologischen Therapie, wie sie am Institut für Psychosomatik/EMCO-Privatklinik unter der Leitung von Prim. Dr. Olaf Rossiwall stationär und/oder ambulant, angeboten wird.

## **Ausblick/Veranstaltungen November/Dezember 2006**

- **Newsletter – Dezember 2006**  
„Still, still, still, weil's Kindlein schlafen will...“ – Entspannungsmethoden
- **30. November 2006, 19:30 Uhr:** Podiumsdiskussion mit Prim. Dr. Olaf Rossiwall zum Thema Mobbing, Veranstaltungshaus St. Virgil, Salzburg.
- **Privatärztliche Schmerzambulanz** – Leitung Prim. Dr. Olaf Rossiwall
- **Inkontinenz-Therapie mittels Biofeedback**
- **Jeden Donnerstag 18:00 bis 19:30 Uhr Trainingsprogramm „Schmerz lass nach“ - mentale Schmerztherapie, Inst. Psychosomatik EMCO-Privatklinik**

**Kontakt:** Institut für Psychosomatik, EMCO-Privatklinik;  
Martin-Hell-Straße7-11; 5422 Bad Dürnberg  
**Leitung: Prim. Dr. Olaf Rossiwall**  
MMag<sup>a</sup>. Annemarie Pleininger; Tel: 0676/6396902  
e-mail: [office@diepsychologin.info](mailto:office@diepsychologin.info)  
[www.emco-klinik.at](http://www.emco-klinik.at)