

Sonja Härring

MORBUS PARKINSON

aus ganzheitlicher Sicht

ÜBERBLICK

für

Lebens- und Sozialberater/innen

Ernährungsberater/innen-TCM

smovey®COACHES – Fitnesstrainer/innen

© 2019 Autor/Rechteinhaber: Sonja Härring

Herausgeber: Sonja Härring

Autor: Sonja Härring

Umschlaggestaltung: Sonja Härring Titelbild:pexel.com (lizenzfrei)

Bilder: Sonja Härring

Verlag: Buchschmiede von Dataform Media GmbH

ISBN: 978-3-99093-719-8 (Paperback)

ISBN: 978-3-99093-720-4 (e-Book)

Printed in Austria

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages und des Autors unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Wichtiger Hinweis für Benutzer

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse. Ganz besonders für die Behandlung und medikamentöse Therapie. Bei allen in diesem Werk erwähnten Dosierungen oder Applikationen, bei Rezepten und Übungsanleitungen, bei Empfehlungen und Tipps dürfen Sie darauf vertrauen: Autoren, Herausgeber und Verlag haben große Sorgfalt darauf verwandt, dass die Angaben dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen. Übungen und Übungsreihen haben sich in der Praxis bewährt.

Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden.

Eine Haftung des Autors, des Verlags oder seiner Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	9
2.	Was ist das Parkinson Syndrom (MP/PS oder IPS)?	10
2.1.	Ursachen des Parkinson Syndrome	11
2.2.	Klassifikation der Parkinson Syndrome	13
2.3.	Krankheitsstadien	14
2.3.1.	Hoehn-Yahr-Skala	14
2.4.	Kardinal Symptome beim IPS (Idiopathisches Parkinson-Syndrom/Morbus Parkinson) und Beschwerden	15
2.5.	Motorische Spätsymptome	16
2.6.	Akzessorische Symptome	16
2.6.1.	Vegetative Veränderungen	16
2.6.2.	Kognitive Veränderungen	17
2.6.3.	Psychische Veränderungen	18
3.	Vergleiche der psychischen Symptome nach ICD10	19
3.1.	Diagnostische Kriterien der depressiven Episode (ICD-10:F3)	20
3.1.1.	Depression	21
3.2.	Diagnostische Kriterien des somatischen Syndroms (ICD-10:F3)	22
3.3.	Diagnostische Kriterien des dementiellen Syndroms (ICD-10:F00- F03)	23
3.4.	Symptome der medikamenteninduzierten Psychose beim IPS	24
3.4.1.	Angststörungen	24
3.4.2.	Alpträume, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Verwirrheitszustände (Delir)	25
4.	Lebens- und Sozialberatung	
	Ziel der Lebens- und Sozialberatung	26
4.1.	Problemstellungen nach Symptome	26
4.1.1.	Motorische Spätsymptome	26
4.1.1.1.	Gangstörungen und „Freezing“	26
4.1.1.2.	Posturale Instabilität	27
4.1.1.3.	Akinese	28
4.1.1.4.	Sprech- und Stimmstörungen – verminderte Mimik	29
4.1.2.	Akzessorische Symptome	31
4.1.2.1.	Vegetative Veränderungen	31
4.1.2.1.1.	Dysphagie und Hypersalivation	31
4.1.2.1.2.	Schmerzen und Gefühls/Sensibilitätsstörungen	32
4.1.2.1.3.	Blasenstörungen	33
4.1.2.1.4.	Schlafstörungen	34

4.1.2.1.5.	Sexualfunktionsstörungen	35
4.2.	Kognitiv-behaviorale Belastungsreaktionen der MP-Betroffenen	37
4.2.1.	Regression	37
4.2.2.	Emotional-behaviorale Probleme	37
4.2.3.	Kognitive Bewältigungsstile	37
4.3.	Kognitiv-behaviorale Belastungsreaktionen der Angehörigen usw	38
4.3.1.	Überidentifikation/-aktivierung	38
4.3.2.	Gesundheitsstörungen	38
4.3.3.	Soziale Isolation	38
4.3.4.	Aggression/Aggressionsverschiebung	38
4.3.5.	Kognitive Bewältigungsstile	39
4.3.6.	Konfliktpotential in alltäglichen Situationen	39
4.3.7.	Probleme der zwischenmenschlichen Kommunikation und Interaktion	39
4.4.	Intervention zur Stressbewältigung/Krankheitsbewältigung	40
4.4.1.	Information	40
4.4.2.	Selbstbeobachtung	41
4.4.3.	Entspannungsverfahren	41
4.4.4.	Kognitive Methode	41
4.4.5.	Aktivitätsplanung/Aktivitätsförderung	44
4.4.6.	Kommunikation	47
4.4.6.1.	krankheitsbezogene Kommunikation	47
4.4.6.2.	Kommunikation mit Partner/Angehörigen/nahstehenden Personen/Betreuung/anderen MP-Betroffenen	47
4.4.6.3.	Gefühlsausdruck – verbal und nonverbal	49
4.4.7.	Selbstanweisungen	50
5.	Exkurs - Überblick über die medikamentöse Behandlung	50
6.	Bewegung	52
6.1.	Bewegungsarten	53
6.2.	Trainingsvarianten – Wer mit Wem	54
6.3.	Positive Auswirkungen des Trainings	54
6.4.	Trainingsablauf	55
6.5.	Schwierigkeiten die beim Training auftreten können und Gegenmaßnahmen	55
6.5.1.	Schwindel und Benommenheit	55
6.5.2.	Krämpfe und Muskelschmerzen	55
6.5.3.	Zunahme der Sturzneigung	55
6.5.4.	Zunahme des Tremors	55

6.5.5.	Reduktion der Beweglichkeit durch Nachlassen der Medikamentenwirkung	56
6.5.6.	Regulierung der Körpertemperatur – Hitzetoleranz nimmt ab	56
6.5.7.	Training beenden und Arzt kontaktieren	56
6.6.	ÜBUNGEN mit/ohne Pezziball - mit/ohne smovey®	56
6.6.1.	Dehnungsübungen	56
6.6.2.	Kräftigungsübungen – Ganzkörper/Beine/Rücken/Rumpf/Bauch	63
6.6.3.	Gleichgewichtsübungen	81
6.6.4.	Übungen im Sitzen	83
6.6.5.	smovey®PARTNERÜBUNGEN	85
6.6.6.	Cueing bei motorischen Blockaden (Freezing)	87
6.6.7.	Körperlagewechsel und Sturzprophylaxe	88
7.	smovey® -EINSATZ bei allen neurologischen Erkrankungen mit Bewegungsstörungen – Morbus Parkinson usw.	90
7.1.	Was sind smovey®?	90
7.2.	smovey®TRAINING	91
7.3.	Über den Erfinder der smovey®	93
8.	Ernährung	94
8.1.	Ernährungsempfehlungen aus westlicher Sicht	94
8.2.	Ernährungsempfehlungen aus Sicht der TCM	97
8.3.	Allgemeine Ernährungsempfehlungen	101
8.4.	Ernährungsempfehlungen mit Bezug auf einige vegetative Störungen	101
9.	Zusammenfassung	103
10.	Anhang/Anlagen	104
11.	Literaturverzeichnis/Quellen- und Bildnachweise	110

1. EINLEITUNG

Bei Überlegungen in welcher Richtung ich mich in Zukunft als Lebens- und Sozialberaterin positionieren möchte, ist die Idee entstanden, meine bereits absolvierten Ausbildungen als Dipl. Gesundheitsförderin und Dipl. TCM-Ernährungsberaterin und als smovey®COACH einzubinden und mich auf körperliches und mentales Training bzw. auf die Beratung von Parkinson-Betroffenen und deren Angehörigen zu spezialisieren.

Impulsgebend waren folgende zwei Faktoren.

Zum einen mein ganz persönliches Thema mit der Erkrankung meiner Mutter an Lewy Body Demenz (= Auftreten der Symptome der Demenz vor oder gleichzeitig mit den Symptomen des Morbus Parkinson).

Als Angehörige ist uns die schleichende Veränderung ihres Verhaltens sowohl emotional als auch körperlich nicht sofort aufgefallen bzw. haben die Verschleierungsstrategien meiner Mutter leider zu gut funktioniert. In ihrem Fall war es mir und meinem Vater auch nach Erhalt der Diagnose nicht mehr möglich über psychische Unterstützung, Bewegung und Ernährung den Lebenskomfort zu erhöhen. Seit ca. 13 Jahren wird meine Mutter unter Mithilfe von 24 Std. Betreuerinnen zu Hause versorgt.

Die zweite Erfahrung war ein smovey®TRAINING mit einem Herrn, der kurz zuvor erfahren hat, dass er an Parkinson erkrankt ist und viel über sich und die Situation in der er und seine Frau sich nunmehr befinden, erzählt hat. Da war mir klar, dass es bei dieser Art von Training nicht nur um den körperlichen Aspekt, sondern auch ganz intensiv um Emotionen wie Ängste, mangelnde Zuversicht usw. geht und Berater und Trainer, die mit an Parkinson Erkrankten arbeiten über diese Krankheit und die Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Angehörige gut informiert sein sollten.

Daher habe ich mir nachfolgende Frage gestellt:

Kann man durch eine Kombination aus Lebens- und Sozialberatung und gleichzeitigem Training mit/ohne smovey® und bewusster Ernährung die Lebensqualität von Parkinson Betroffenen und deren Umfeld verbessern?

Meine These dazu:

JA, durch diese – fließend ineinander übergehende – Kombination unter Einbeziehung aller Beteiligten, kann die Lebensqualität von allen positiv beeinflusst und verbessert werden.

Dieses Buch richtet sich an alle die bereits Lebens-und Sozialberater/innen, Gesundheits-/Fitness–Trainer/innen, Ernährungsberater/innen-TCM und smovey®COACHES sind, jene die sich bereits in Ausbildung befinden oder jene die es noch werden wollen.

Aber natürlich auch an alle Betroffenen, Angehörigen, Freunde und Betreuer/innen, die sich über die Krankheit und Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität informieren möchten.

Anwendung der Methoden darf nur mit den notwendigen Ausbildungen angeboten werden.

2. WAS IST DAS PARKINSON SYNDROM (MP oder PS)?

- diese Erkrankung ist landläufig auch unter dem Begriff „Schüttellähmung“ bekannt und
- diese Art der Bewegungsstörung wurde von Dr. James Parkinson erstmals 1817 beschrieben.
- PS gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Nervensystems
- Männer und Frauen können gleichermaßen betroffen sein
- Durchschnittsalter bei Diagnose ca. 60 Jahre – es können aber auch schon Erkrankungen um das 40 Lebensjahr herum auftreten
- PS ist nicht ansteckend
- Erkrankung hat keinen Zusammenhang mit Lebensstandard, Bildungsstand, usw.

2.1. URSACHEN DES PARKINSON SYNDROMS

konnten noch nicht bis ins letzte Detail geklärt werden.

Sicher ist jedoch, dass der Auslöser ein Absterben von Nervenzellen in der substantia nigra (nach Samuel Thomas von Soemmerring auch Soemmerring-Ganglion), welche sich in einer Region im Mittelhirn befindet. Ein Grund für das Absterben ist bis dato nicht bekannt.

Die Zellen der substantia nigra sind durch Nervenfortsätze mit anderen Gehirnregionen verbunden und setzen den Botenstoff Dopamin frei. Dopamin ist ein sog. Neurotransmitter und unterstützt durch Übertragung von Signalen von einer Nervenzelle zu anderen die Kommunikation der Nervenzellen und dient im Gehirn zur Feinabstimmung der Muskelbewegungen d. h. das Zusammenspiel von An- und Entspannung der Muskeln wird durch das Dopamin reguliert.

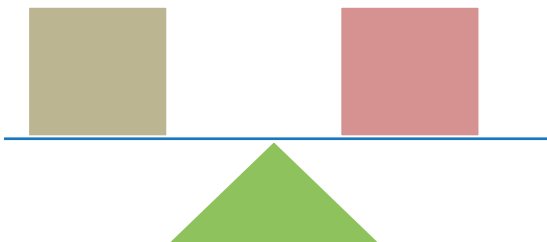
Wenn der Dopamin Gehalt um 70-80 % abgesunken ist, treten Parkinson-Symptome auf.

Verteilung der Botenstoffe bei Morbus Parkinson



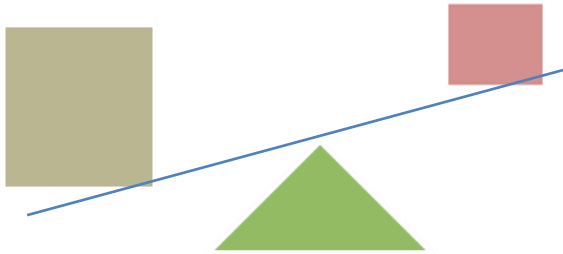
Acetylcholin

Dopamin



Gesunde Person

Acetylcholin & Dopamin sind im Gleichgewicht



Parkinson Betroffene
Dopamin Mangel führt zu Ungleichgewicht an Acetylcholin und Dopamin



Dopamin
Gleichgewicht

Dopamin
Mangel

2.2. KLASSEIFIKATION DER PARKINSON-SYNDROME

- IPS – Idiopathisches Parkinson-Syndrom oder MP-Morbus Parkinson
- erbliche Formen – genetische Formen des Parkinson Syndroms
- Erkrankung im Rahmen anderer neurodegenerativer Erkrankungen – Atypisches Parkinson-Syndrom
 - MSA – Multisystematrophie
 - DLK – Demenz vom Lewy Körper Typ – Lewy Body Demenz
 - PSP – Progressive supranukleare Blickparese
 - CBD – Kortikobasale Degeneration

Symptomatische (sekundäre) Parkinson-Syndrome ausgelöst durch

- Hirntraum/Hirntumor
- Medikamente (z. B. Antipsychotika)
- Giftstoffe (z. B. Kohlenmonoxid, Mangan)
- Entzündungen
- Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenunterfunktion)

2.3. Die KRANKHEITSSTADIEN (Schweregrad der Krankheit)

wurden nach den beiden amerikanischen Parkinson Experten Hoehn und Yahr benannt und in der sogenannten HOEHN-YAHR-Skala zusammengefasst.

In dieser Skala wurden nur die motorischen Beeinträchtigungen, nicht aber nicht-motorische Symptome (z. B. Demenz, vegetative Beeinträchtigungen usw.) berücksichtigt

2.3.1. HOEHN-YAHR-SKALA

Stadium 0	keine Anzeichen der Erkrankung
Stadium 1	einseitige Erkrankung
Stadium 1.5	einseitige Erkrankung und Beteiligung der Körperachse
Stadium 2	beidseitige Erkrankung ohne Gleichgewichtsstörung
Stadium 2.5	leichte beidseitige Erkrankung mit Ausgleich beim Zugtest (=Arzt prüft die Standunsicherheit, indem er den Patienten an den Schultern zieht, während dieser ihm den Rücken zukehrt)
Stadium 3	leichte bis mäßige beidseitige Erkrankung mit leichter Haltungsinstabilität - Patient ist aber körperlich noch unabhängig
Stadium 4	starke Behinderung – der Patient kann aber noch ohne Hilfe stehen oder laufen
Stadium 5	der Patient ist ohne fremde Hilfe an den Rollstuhl gefesselt oder bettlägerig

2.4. KARDINAL-SYMPTOME beim IPS (Idiopathisches Parkinson Syndrom/Morbus Parkinson) und BESCHWERDEN

- ❖ Hypokinese/Akinese = Verlangsamung der Bewegungen/Bewegungsarmut
Ausführung der Bewegungen nur mehr verlangsamt bzw. ganz unvorhergesehen funktionieren Arm- und Beinbewegungen nicht mehr spontan
Beschwerden:
 - psychologische Belastung da Spontanität verloren geht
- ❖ Rigor = Muskelsteifigkeit
- ❖ Tremor = Zittern
- ❖ Posturale Instabilität = gestörte Haltungsstabilität

Bei IPS (Idiopathische Parkinson-Syndrom) erfolgt Unterteilung nach der jeweils vorherrschenden Symptomatik

- akinetisch-rigider Typ = mit eingeschränkter Beweglichkeit
- Tremor-dominanter Typ = mit vorherrschendem Zittern
- Äquivalenz Typ = mit etwa gleich ausgeprägter Bewegungsstörung und Zittern

2.5. MOTORISCHE SPÄTSYMPTOME beim IPS/MP

- ❖ Propulsionen = Sturzneigung – überwiegend nach vorne, seitlich oder nach hinten kommt seltener vor – führt generell zu Unsicherheit des MP-Betroffenen
- ❖ sog. Freezing - „Einfrieren“ = plötzliche Bewegungsblockade beim
 - Beginn einer Bewegung
 - Richtungswechsel
 - Durchqueren von Barrieren/räumlichen Engpässen z.B. Türrahmen herbeigeführt durch psychische Auslöser wie Aufregung, Anspannung oder Erwartungshaltungen, Stress

- ❖ Paradoxe Kinesie = plötzliches, überschießende Wiederherstellung der Beweglichkeit mit rascher Rückbildung des Symptoms – ausgelöst durch massiven Stress
- ❖ Hyperkinese = Überbeweglichkeit der Arme, Beine und Schultern (tänzelnde Bewegungsanomalie) in schweren Fällen auch Kopf und Rumpf
- ❖ „on-off“ Phänomene = Patient hat mehrmals täglich eine fast absolute Bewegungsunfähigkeit („off“) und einige Stunden Phasen mit guter Beweglichkeit („on“) – was darauf zurückzuführen ist, dass die Dopamin-Präparate nicht mehr eine gleichmäßige Gabe von Dopamin zur Verfügung stellen können
- ❖ Patient nimmt diese „off“ Phase oft schon im Vorfeld durch Veränderung des Allgemeinbefindens, der kognitiven Fähigkeiten und depressive Veränderungen/Panikattacken wahr
- ❖ Dysarthrophonie = neurogene Sprechstörung die Motorik und Koordination betrifft – Artikulation, Stimmbildung und Sprechatmung - Sprechweise wirkt verwaschen und undeutlich

2.6. AKZESSORISCHE SYMPTOME

2.6.1. VEGETATIVE VERÄNDERUNGEN

- ❖ Hyposmie = Riechstörung – wird nicht sofort wahrgenommen
- ❖ vermehrte, unwillkürliche Speichelproduktion – ausgelöst durch Verminderung der Fähigkeit des Abschluckens (Schluckstörung Dysphagie) - wirkt sehr belastend auf MP-Betroffene
- ❖ vermehrte Talgproduktion – welche im Gesicht auf Brustbein und Unterarmen auftreten kann
- ❖ Temperaturregulationsstörungen – zeigt sich durch vermehrtes Schwitzen oder Frieren
- ❖ Orthostatische Hypotension = Blutdruckabfall im Stehen - führt zu vermehrter Sturzneigung
- ❖ Urogenitale Störungen = Blasenstörungen
 - erhöhter Harndrang
 - Inkontinenz
 - Blasenentleerungsstörung (Restharn)

- ❖ Gastrointestinale Störungen – Magenentleerungs- und Verdauungsprobleme – Verlangsamung/Hemmung der Peristaltik
 - Frühsymptome: Obstipation (Verstopfung) und Völlegefühl
 - Spätsymptome: Obstipation, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust (erhöhter Energiebedarf bei Rigor und Tremor Betroffenen)
- ❖ Schlafstörungen
 - Insomnie (Ein- und Durchschlafstörungen) ausgelöst durch
 - Alpträume
 - Schweißausbrüche
 - motorische Unruhezustände
 - Schlaffragmentierung = Störung von Atmung und Unfähigkeit der MP-Betroffenen die Lageposition selbständig zu verändern
 - REM-Schlaf-Verhaltensstörung (RBD)
 - Verlust der Tonusminderung der Muskulatur – Folge ist unruhiger Schlaf mit teilweise heftigen Schlagbewegungen
 - Restless-Legs-Syndrom (RLS) / Periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS)
 - Pathologische Tagesmüdigkeit
Gefahr von Einschlafattacken beim Autofahren
- ❖ sexuelle Störungen
 - Erregungs-, Appetenz (Bedürfnis/Trieb)- und/oder Orgasmusstörungen
 - Steigerung der Appetenz durch Medikamente ist möglich

2.6.2. KOGNITIVE VERÄNDERUNGEN

- ❖ verlängerte Reaktionszeiten
- ❖ Abbau exekutiver Funktionen (= geistige Funktion eines Menschen das eigene Verhalten unter Berücksichtigung der Umweltbedingungen zu steuern)
- ❖ zu den exekutiven Funktionen zählen:
 - Zielsetzung
 - strategische Planung zur Zielerreichung (inkl. Einplanen von eventuellen Hindernissen)

- Prioritäten setzen
- Selbstkontrolle (Impulse u. Emotionen)
- Arbeitsgedächtnis
- Aufmerksamkeit bewusst steuern
- Handlungen bewusst und zielgerichtet beginnen, koordinieren und sequenzieren
- motorische Umsetzung, Beobachtung und Selbstkorrektur
- ❖ sprechverlängerte Reaktionszeiten/Sprechschwierigkeiten
- ❖ Kurzzeitgedächtnisverluste
- ❖ Demenz

Bei den kognitiven Störungen ist zu beachten, dass Morbus Parkinson Betroffenen auf den ersten Eindruck hin beeinträchtigt erscheinen als sie wirklich sind.

Die Defizite ergeben sich bei der Lösung von Aufgaben die

- mit Zeitdruck
- mit starken feinmotorischen Fähigkeiten
- mit starker selbständiger
 - Strukturierungsfähigkeit
 - Organisationsfähigkeit

verbunden sind.

2.6.3. PSYCHISCHE VERÄNDERUNGEN

Zusätzlich zu den körperlichen Einschränkungen sind die Betroffenen auch psychisch stark belastet, was sich in

- depressiver Grundstimmung mit Apathie (Antriebslosigkeit)
- verringerter Entschlusskraft
- eventueller Wesensveränderung

manchmal schon vor Auftreten der körperlichen Symptome zeigt.

Nach längerem Krankheitsverlauf kommt es häufig zu

- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (Demenz)
- langsameren Denkprozessen
- Verringerung der Assoziationsfähigkeit

Durch die Verabreichung von Morbus Parkinson Medikamenten kann es zu Psychosen kommen – erste Symptome dafür sind

- unruhiger Schlaf
- lebhafte Träume
- Illusionen (=Verkennung der Umwelt)
- Halluzinationen

Weiterführende Symptome sind

- Verwirrheitszustände
- Wahnvorstellungen

Über die folgenden Symptome ist unbedingt der behandelnde Arzt oder Neurologe zu informieren

1. psychische Störungen
2. Depression
3. Angst
4. emotionale Beschwerden
5. Depressivität
6. Ängstlichkeit
7. soziale Unsicherheit

Studien haben ergeben, dass ungefähr die Hälfte der MP-Betroffenen an einer leichten Depression oder Dysthymie (langanhaltende psychische Verstimmung) leiden und die andere Hälfte an einer mittelschweren oder schweren Depression die behandelt werden muss (Cummings, 1992). Depressionen beim IPS beeinträchtigen die Lebensqualität wesentlich.

3. VERGLEICHE DER PSYCHISCHEN SYMPTOME NACH ICD10

VERGLEICH DER DEPRESSIVEN SYMPTOME BEI IPS ZU AFFEKTIVEN STÖRUNGEN *) (nach Lemke, 2002)

*) Der Begriff affektive Störung bezeichnet eine Gruppe von psychischen Störungen, bei denen es über einen längeren Zeitraum hinweg zu Abweichungen von Stimmung und Antrieb gegenüber einem (unscharf abgegrenzten) Normalbereich kommt. ICD10-Code: F30-F39

häufiger	seltener
Dysphorie	Schuldgefühle
Gereiztheit	Bestrafungsgefühle
Irritabilität	Versagensgefühle
Traurigkeit	inhaltliche Denkstörungen (Wahn)
Pessimismus	Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen)
Suizidgedanken	Suizidhandlungen

Weitere Einordnungsmethoden bieten die Diagnosekriterien des ICD-10 (F3) wie folgt – wenn der Lebens- und Sozialberater im Zuge seiner Beratung diese Symptome erkennen kann bzw. diesbezügliche Informationen vom Klienten erhält, ist eine Weiterempfehlung an einen Psychologen/Psychiater in jedem Fall unumgänglich.

3.1. DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER DEPRESSIVEN EPISODE (ICD-10:F3)

- i. mindestens 2 Wochen anhaltend
- ii. mindestens 5 der folgenden Symptome
 1. niedergeschlagene Stimmung die meiste Zeit des Tages
 2. Ambivalenz
 3. Interessen-/Lustlosigkeit, reduzierter Antrieb
 4. gesteigerte Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit
 5. Gefühl der Wertlosigkeit/unangemessene Schuldgefühle
 6. Appetitreduktion (Gewichtsverlust von mind. 5 %)
 7. psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (subjektiv, objektiv)
 8. Konzentrationsstörungen
 9. Suizidgedanken