

**DEPRESSION**

kann  
jeden treffen

Unter dem Dach der Stiftung werden die Aktivitäten des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes Depression, Suizidalität und des Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V. gebündelt und weiterentwickelt.



# Epidemiologie in Deutschland



- Rund 5% der Bevölkerung leiden gegenwärtig unter einer depressiven Erkrankung
- Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Erkrankung betrifft alle Gesellschafts- und Altersgruppen

**Ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression.**

z. B. negative Lebens-erfahrungen,  
Kindheit,  
Persönlichkeit

genetische Faktoren  
(Hinweise durch Zwillings-  
und Adoptionsstudien)

akute Belastungen,  
Verluste Stress,  
Beförderung,  
Beziehungskrisen

depressive Sympto-  
matik im Erleben und  
Verhalten

Dysfunktionen der Neurotransmitter  
Serotonin / Noradrenalin

**Erkrankungsrisiko um das *Dreifache* erhöht, wenn ein Elternteil oder Geschwister depressiv erkrankt ist.**

## **Zwillingsuntersuchungen**

**Eineiige Zwillinge: Konkordanz = 35-42%**

**Zweieiige Zwillinge: Konkordanz = 15-20%**

A)

- Depressive Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- erhöhte Ermüdbarkeit

B)

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte suizidale Handlungen
- Schlafstörungen
- Appetitminderung

leicht: mindestens 2 Symptome aus A und 2 aus B

mittelgradig: mindestens 2 Symptome aus A und 3 aus B

schwer: alle 3 aus A und mindestens 4 aus B

bei schweren Episoden oft Wahn (z.B. Versündigungswahn, Verarmungswahn) oder depressiver Stupor

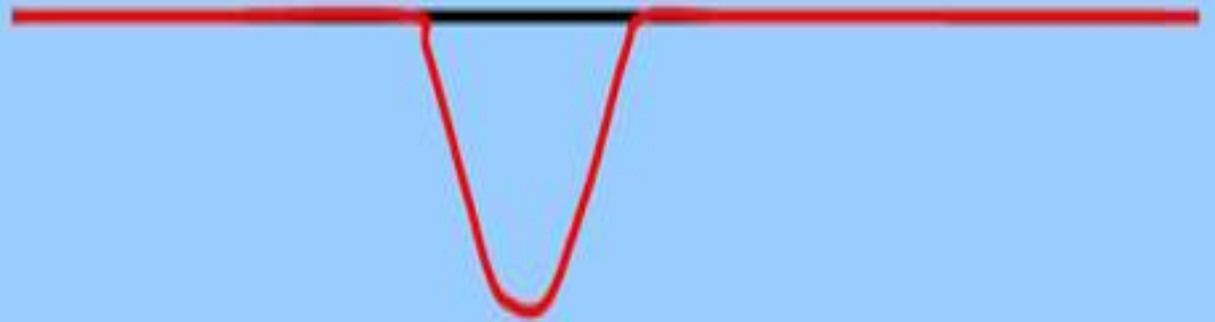
Die Veränderungen sind **nicht nur eine nachvollziehbare vorübergehende Reaktion** auf eine äußere Belastung (z.B. Verlustsituation)

Die Beschwerden bestehen über **Wochen und Monate**, ohne dass es zu einer „Anpassung“ an die Situation kommt

Der äußere Anlass allein erklärt nicht die depressive Symptomatik (**häufig reichen „kleine“ Auslöser und es finden sich keine traumatische Ereignisse**)



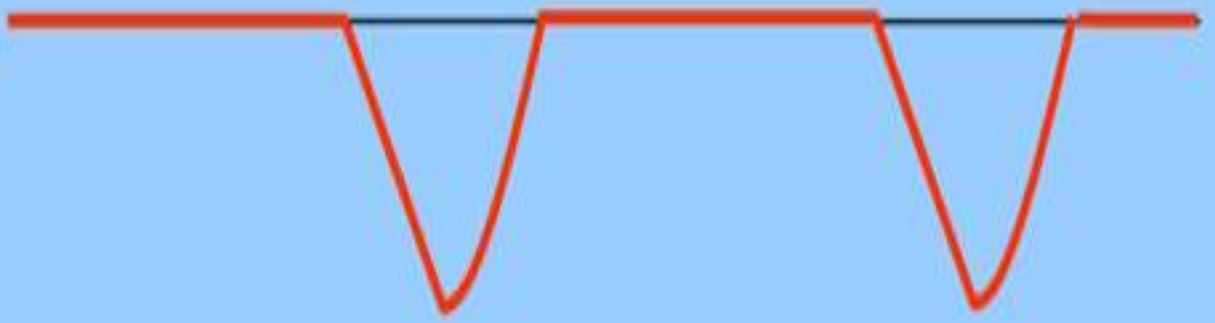
a) depressive Episode,  
vollständige Remission



b) depressive Episode,  
unvollständige Remission



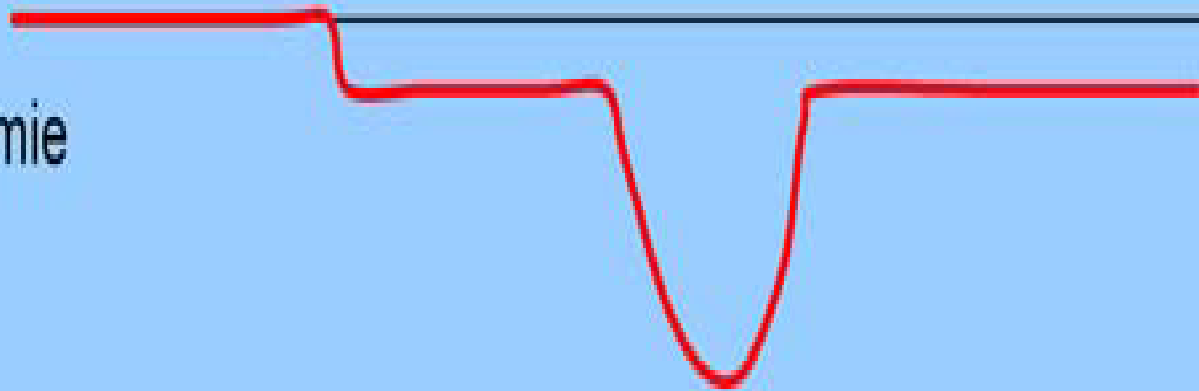
c) rezidivierende Depression



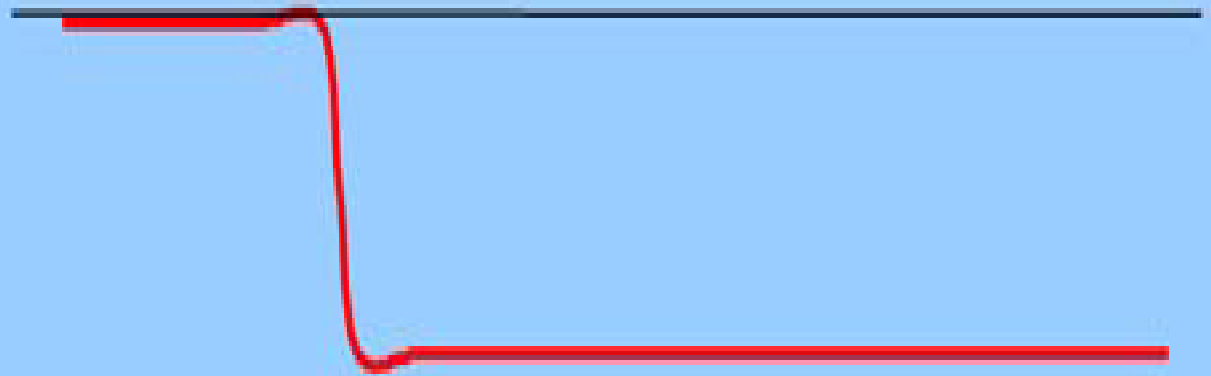
d) Dysthymie



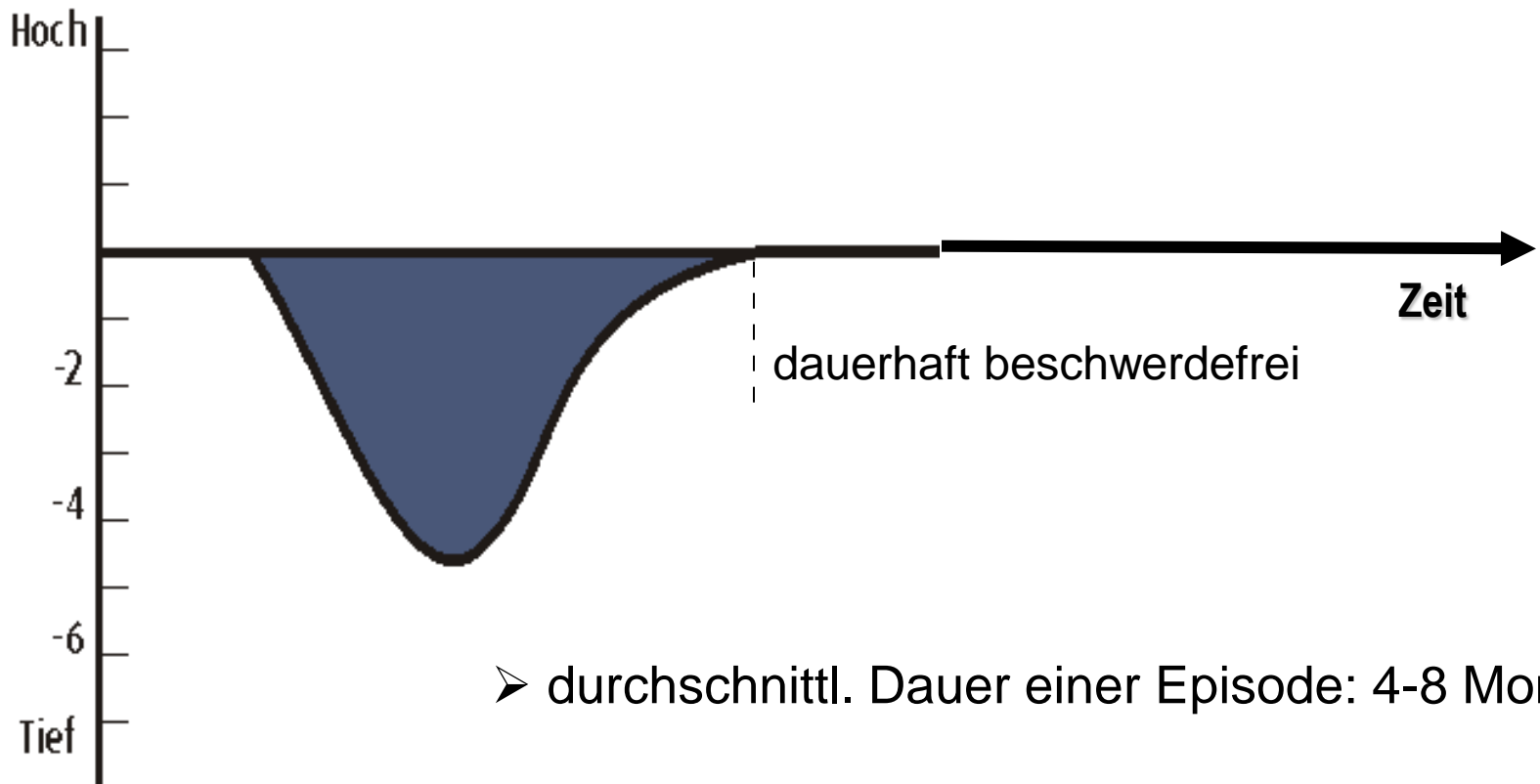
e) depressive Episode  
mit vorangegangener Dysthymie



e) chronifizierte (> 2 Jahre)  
depressive Episode



# Depressive Episode, monophasisch (unipolare Depression; ICD-10: F32)

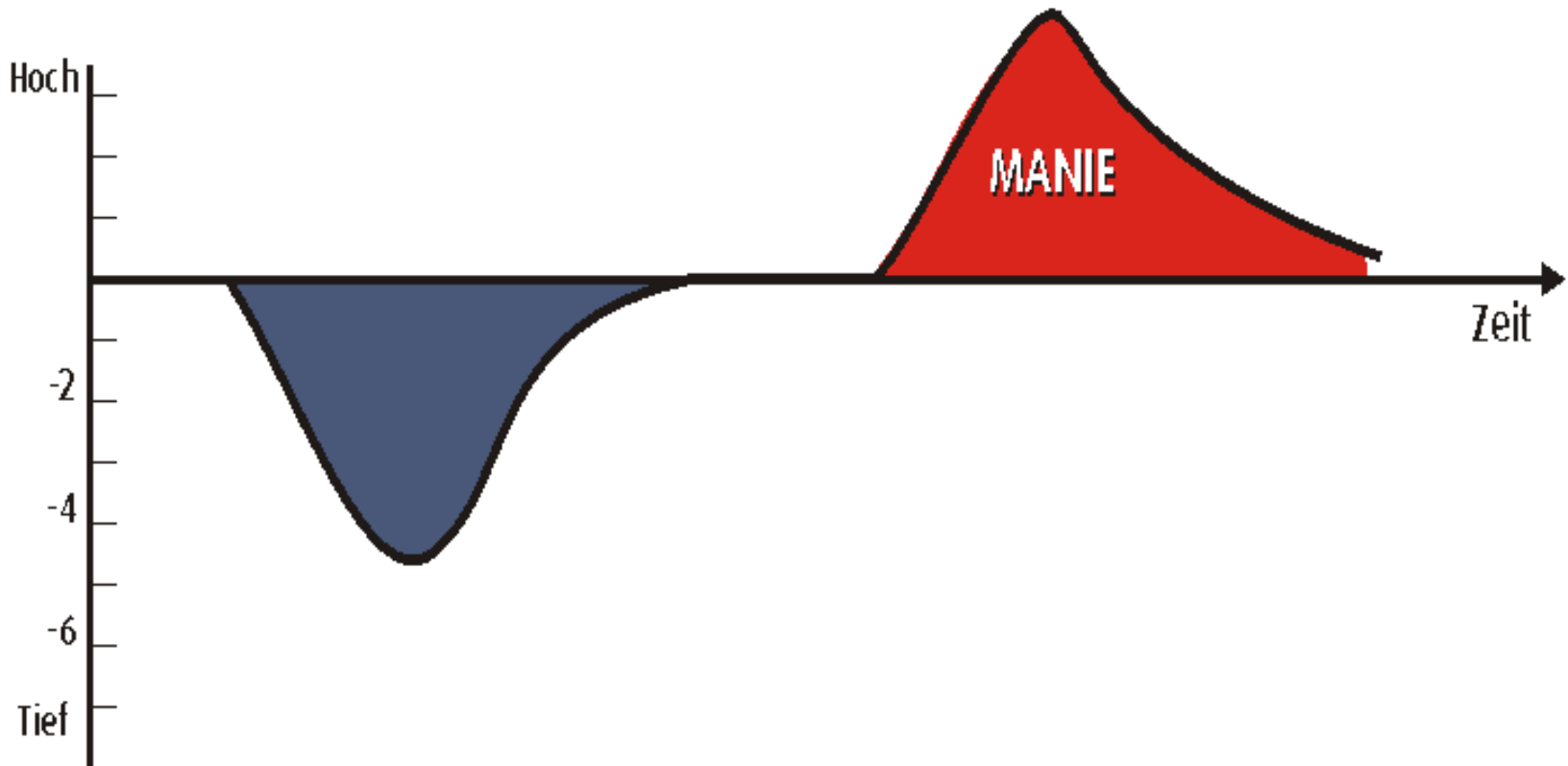


- durchschnittl. Dauer einer Episode: 4-8 Monate
- Wiedererkrankungsrate > 50 %



## **Bipolare affektive Störung** (Manisch Depressive Erkrankung; ICD-10: F 31)

Neben depressiven Phasen treten Zustände von übermäßiger Aktivität, gehobener Stimmung und allgemeiner Angetriebenheit, manchmal auch Gereiztheit auf.



## **Depressionen treten häufiger auf bei**

früheren depressiven Episoden;

depressiven und manisch-depressiven Erkrankungen in der Familie;

Suizidversuchen in der Familie;

belastenden Begleiterkrankungen;

Alkohol-, Tabletten- oder Drogenabhängigkeit;

belastenden Ereignissen im persönlichen Umfeld wie der Tod eines Angehörigen, Trennung oder Verlust, Beziehungskrise, Leistungsdruck, Überforderung;

Vereinsamung und mangelnder sozialer Unterstützung

Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit;

Schlafstörungen (Ein- und / oder Durchschlafstörungen);

Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Verdauungsprobleme wie Verstopfung (Obstipation) oder Durchfall (so genannte Diarrhöe);

Kopfschmerz oder andere Schmerzen (zum Beispiel Rücken);

Druckgefühl in Hals und Brust, Beengtheit im Hals (so genanntes „Globusgefühl“);

Störungen von Herz und Kreislauf (Herzrhythmusstörungen, Herzrasen), Atemnot;

Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen;

Muskelverspannungen, plötzlich einschießende Schmerzen;

Verlust des sexuellen Interesses, Aussetzung der Monatsblutung, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen;

Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen.

**Angst- und Panikstörungen**

**Missbrauch von Alkohol oder  
Drogen**

**Essstörungen (Magersucht,  
Bulimie)**

**Persönlichkeitsstörungen**



# Folgen einer Depression im Alter

---

- Suizidalität
- Rückzug, Immobilität
- Bettlägerigkeit
- ungenügende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- erhöhte Sterblichkeit an körperlichen Begleiterkrankungen

## Depression und Suizidalität

10-15 %	mit rezidivierender Depression versterben durch Suizid
20-60 %	weisen einen Suizidversuch auf
40-70 %	leiden an Suizidideen
bei 90 %	der Suizidenten psychiatrische Erkrankung im Vorfeld, am häufigsten Depression (40-70 %)

**Wenn eine Depression vorliegt, dann sollte die Suizidalität immer aktiv exploriert werden!**

# Akute Suizidalität: Risikogruppen

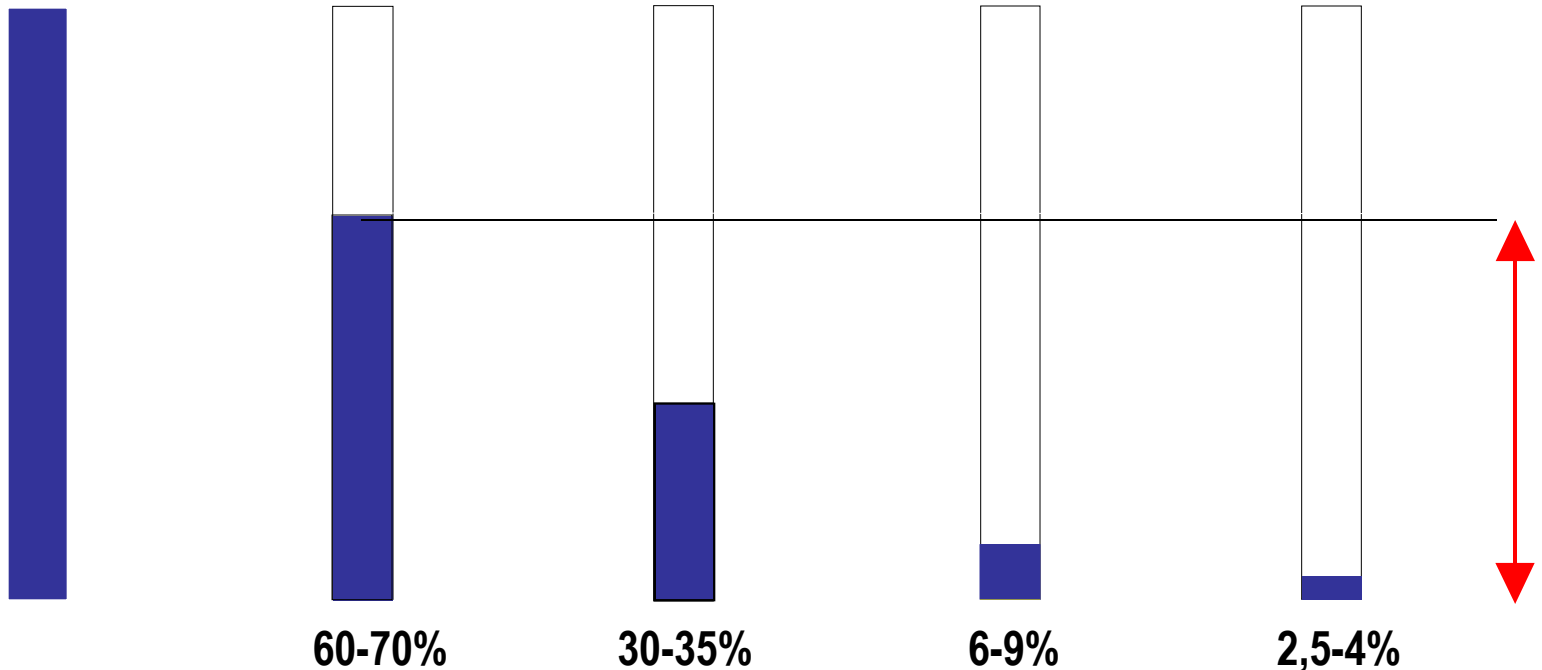
- für Suizid: ältere, alleinstehende Männer
- für Suizidversuch: jüngere Frauen
- in über 90%: Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen
  - Depression
  - Suchterkrankungen
  - Psychosen (z.B. Schizophrenie)
- Menschen in akuten Krisen (z.B. bei sozialer Isolation, Arbeitslosigkeit, Schulden, Scheidung, Traumatisierung, Inhaftierung)
- Menschen mit Suiziden und/oder Suizidversuchen in der Familie
- Menschen mit Suizidversuch in der Vorgeschichte
- Menschen nach Entlassung aus psychiatrischen Kliniken

Mangelnde Unterstützung durch  
Angehörige oder Freunde. Keine  
Einbindung in feste Strukturen, soziale  
Isolierung  
Chronische körperliche Erkrankungen

Hohe narzisstische Kränkbarkeit  
starke Verleugnungstendenz und  
mangelndes Hilfesuchverhalten  
(„mir geht es gut; ich brauche keine  
Hilfe..“)

# Diagnostisches und therapeutisches Defizit

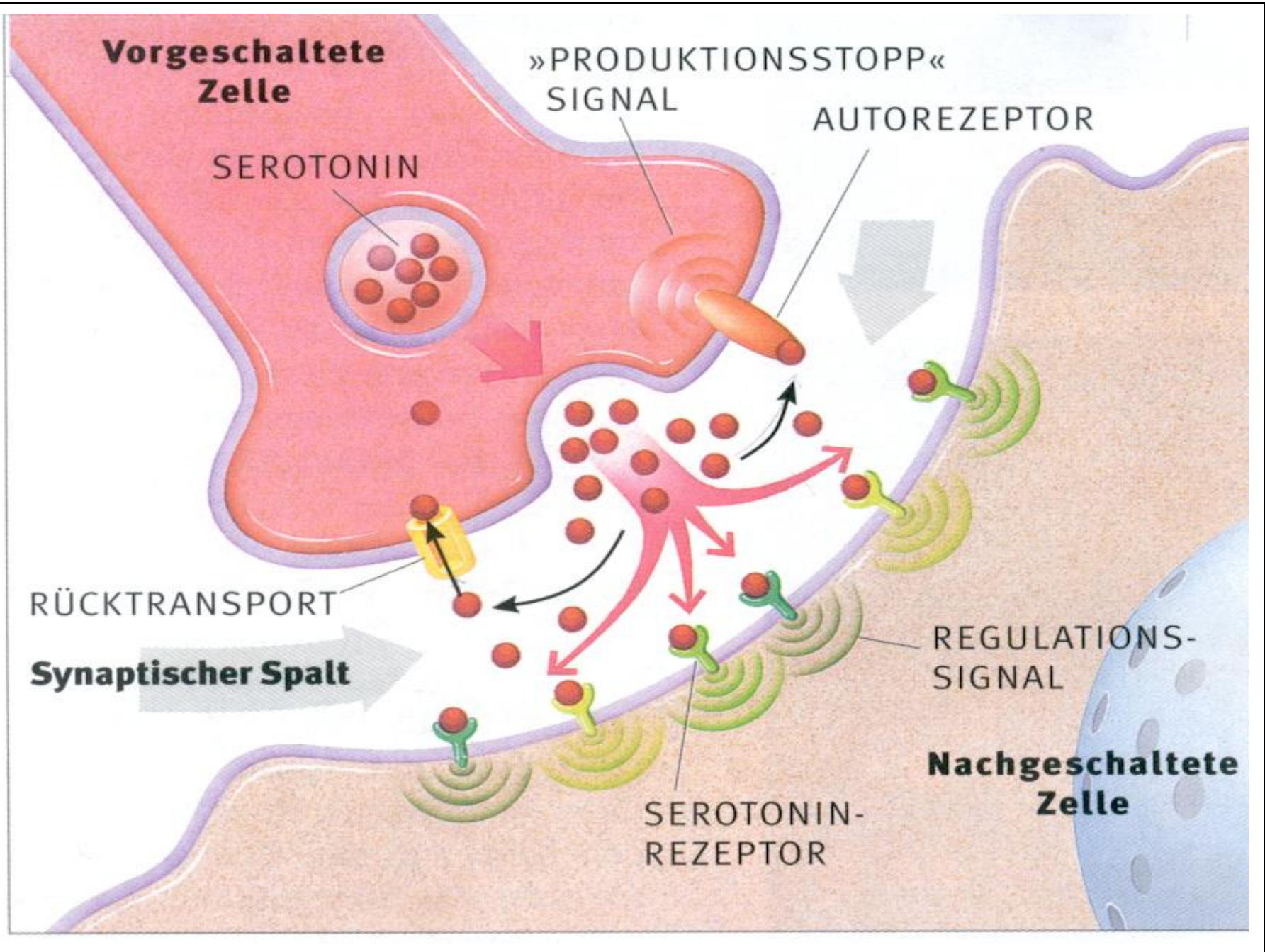
behandlungs- bedürftige Depressionen	in haus- ärztlicher Behandlung	als Depression diagnostiziert	suffizient behandelt	nach 3 Mo. compliant
ca. 4 Mio.	2,4 - 2,8 Mio	1,2 - 1,4 Mio.	240 - 360 Tausend	100- 160 Tausend



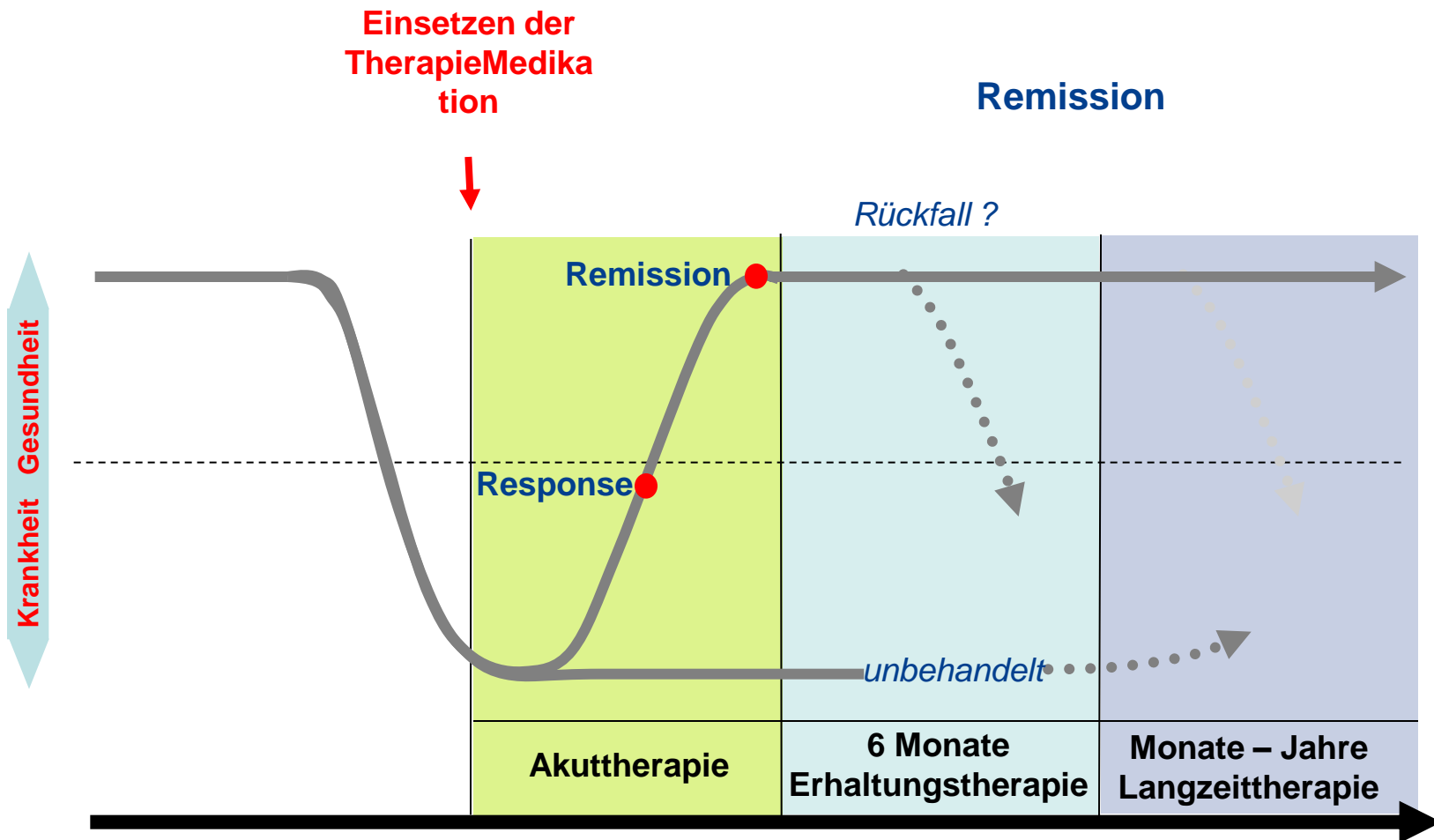
↑ ↓ Optimierungsspielraum durch Fortbildung und Kooperation mit Hausärzten

# Die Behandlung der Depression

- Medikamentöse Behandlung (v.a. Antidepressiva)
- Psychotherapie (Wirksamkeit v. Verhaltenstherapie und Interpersoneller Therapie am besten belegt)
  - Stabiles soziales Umfeld / Eingliederungshilfe
- Psychoedukation und Einbindung Angehöriger
  - Tagesstruktur
- Lichttherapie Wirkung nur bei saisonaler Depression belegt
- Wachtherapie meist nur im Rahmen stationärer Therapie mögl.
- EKT bei schwerer therapieresistenter Depression



# Behandlung bei unipolarer Depression





# Psychotherapie

Richtlinienpsychotherapie:

Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Psychoanalyse

**Aufbau angenehmer Aktivitäten**

**Abbau von Belastungen**

**Tagesstrukturierung**

**Korrektur fehlerhafter Überzeugungen**

**Verbesserung des Sozial- und Kommunikationsverhaltens**

**Problemlösetraining**

# Wachtherapie

---

- Wachbleiben von Mitternacht bis in den Abend des nächsten Tages
- 60 % der depressiven Patienten erleben deutliche Besserung der Depression am nächsten Tag
- Effekt meist nicht anhaltend
- Stabilisierung des Effektes durch Wachtherapieserien oder Schlafphasenvorverlagerung

PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie

# Unipolare Depression

Barrierefreie Internetversion

Version 1.0 vom 24.08.2011

Diese PatientenLeitlinie ist die Patientenversion der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“. Zum Nachweis der wissenschaftlichen Belege gelten die dort angeführten Quellen.

[www.depression-versorgungsleitlinien.de](http://www.depression-versorgungsleitlinien.de)

Foto: Rainer Sturm / pixelio.de

