



Kompetenznetz Depression

Presseinformation

**Kompetenznetz
„Depression, Suizidalität“**

**Ein bundesweites Projekt
zur Optimierung von
Therapie und Forschung**

„Forschung und Versorgung müssen zum Wohl der Patienten besser vernetzt werden.“
Zitat Bundesministerin für Bildung und Forschung, Edelgard Bulmahn

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Gesprächspartner	4
Das Netzwerk	5
Kurzfassung	6
Struktur	7
Allgemeine Informationen	9
Zentrale Ziele	12
Schwerpunkte und Projekte	13
Krankheitsbild Depression	17
Symptome der Depression	19
Suizid und Medien	21
Module	22
Gesundheitspolitische Brisanz • Wie entsteht eine Depression • Einschneidende Lebensereignisse • Geschlecht und Depression • Altersdepression • Depression in Kindheit und Jugend • Arbeitslosigkeit und Depression • Stress und Depression • Veranlagung und Depression • Biochemie der Depression • Wetter und Depression • Psychotherapie oder Pharmakotherapie • Die Depressionsspirale/Kognitive Verhaltenstherapie • Antidepressiva • Elektrokrampftherapie und andere Therapien • Internet und Depression	
Quellennachweis	48
GABO Prozessmanagement	50
Impressum	51

Ihre Gesprächspartner sind...

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Sprecher und Koordinator des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“

Leiter der Abteilung für klinische Neurophysiologie der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Oberarzt der Depressionsstation und der Spezialambulanz „Rückfallverhütung affektiver Erkrankungen“.

Maïke Zander

Astrid Pichler

Pressesprecher des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“

Das Netzwerk

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) schrieb im Herbst 1997 den Wettbewerb „Kompetenznetzwerke für die Medizin“ aus. Ziel war, die Bildung überregionaler Netzwerke für spezifische Krankheiten anzuregen. Die Kooperation und der Wissenstransfer zwischen den Forschungseinrichtungen einerseits und den verschiedenen Versorgungsebenen andererseits sollen auf diese Weise verbessert werden.

Nach drei Begutachtungen durch eine internationale Jury gehört das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ zu den Gewinnern dieses BMBF-Wettbewerbes.

Sprecher und Koordinator

Prof. Dr. Ulrich Hegerl,
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Antragsteller

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller,
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Dr. Florian Holsboer
Max-Planck-Institut für Psychiatrie München

Prof. Dr. Ulrich Hegerl,
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Korrespondenzadresse / V.i.S.d.P.

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, Nußbaumstraße 7,
80336 München, Telefon: 089 - 5160-5541, Fax: 089 - 5160-5542

Pressereferenten

Maike Zander, Astrid Pichler
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, Nußbaumstraße 7,
80336 München, Telefon: 089 - 5160-5553 bzw. -5554, Fax: 089 - 5160-5557
eMail: maike.zander@psy.med.uni-muenchen.de
eMail: astrid.pichler@psy.med.uni-muenchen.de

Unsere Internet-Adresse: <http://www.kompetenznetz-depression.de>

Kompetenz im Kampf gegen Depressionen

Nachdem die WHO die herausragende medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen in den entwickelten Ländern mit überraschender Deutlichkeit belegt hat, wurden auf nationaler Ebene umfassende Aktionsprogramme zur Bekämpfung dieser Erkrankung gefordert. Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ nimmt nun entsprechend dieser WHO-Forderung den Kampf gegen die Volkskrankheit „Depression“ auf. Prof. Dr. Ulrich Hegerl von der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München gab im Juli 1999 nach der konstituierenden Mitgliederversammlung den Startschuss für das Projekt.

In Deutschland leiden ca. 4 Millionen Menschen an einer depressiven Störung, doch viele Betroffene können ihre Symptome wie Interessenverlust, Freudlosigkeit und Schlafstörungen nicht richtig einordnen. Da häufig körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, wird die Erkrankung oft von Hausärzten nicht erkannt, zum Teil fehlt auch das Wissen über die optimale Behandlung. Diese Defizite im Erkennen und Behandeln von Depressionen tragen mit zu den erschreckend hohen Suizidraten bei (ca. 12.000 Suizide pro Jahr).

Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ will die Krankheit, ihre Formen, Symptome und Behandlungsmethoden bei den Betroffenen und in der Öffentlichkeit bekannter machen und in enger Zusammenarbeit mit Hausärzten diagnostische und therapeutische Defizite beheben. Darüber hinaus soll das Kompetenznetzwerk dazu beitragen, die anwendungsorientierte Forschung zu verbessern und z.B. Fragen aus dem ambulanten und hausärztlichen Bereich intensiver als bisher aufzugreifen.

Mit diesem Konzept konnten die Antragsteller des Kompetenznetzes auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) überzeugen und unter 160 Vorschlägen als einer der neun Gewinner aus dem Wettbewerb „Kompetenznetzwerke“ hervorgehen. Es handelt sich hierbei um ein europaweit einmaliges, ehrgeiziges Projekt, das bereits in der Phase der **Antragstellung** beträchtliche Bewegung in die medizinische Forschungslandschaft in Deutschland gebracht hat. Das Projekt läuft über fünf Jahre. Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ wird durch das BMBF für diesen Zeitraum mit 25 Millionen DM gefördert und ist damit das größte Projekt zu dieser Thematik in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens.

Struktur

Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ vernetzt führende Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken Deutschlands mit Bezirks- und Landeskrankenhäusern, psychosomatischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und Praxisnetzen. Zum Kompetenznetzwerk gehören außerdem die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Zentren für medizinische Biometrie, Statistik und Didaktik, Krankenkassen, Vertreter der pharmazeutischen Industrie, kassenärztliche Vereinigungen, Kriseninterventionseinrichtungen und Selbsthilfegruppen:

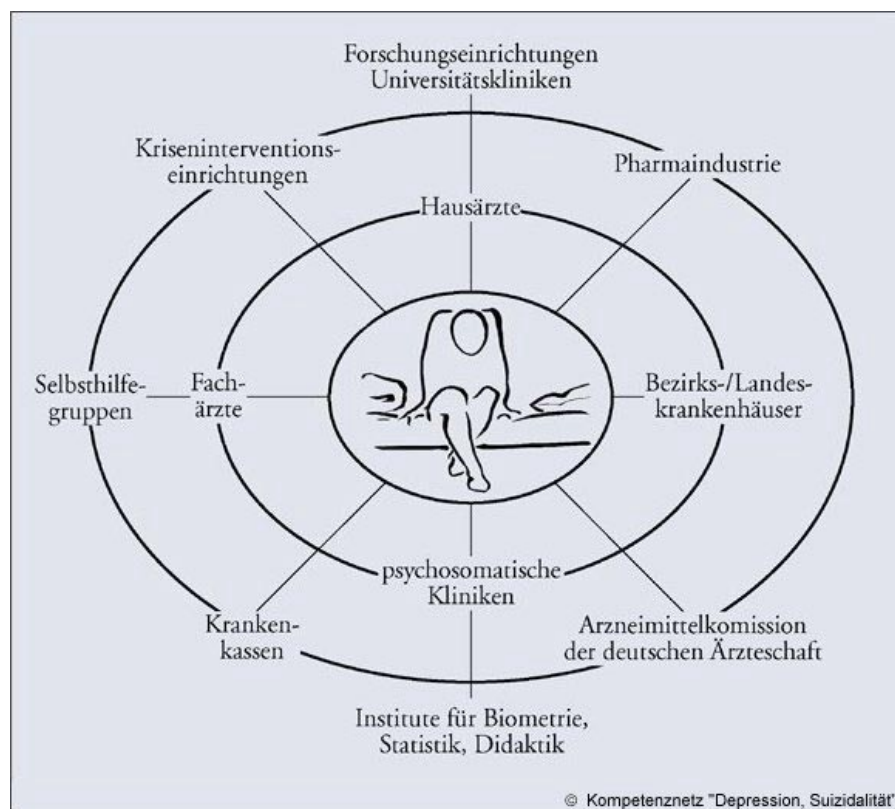
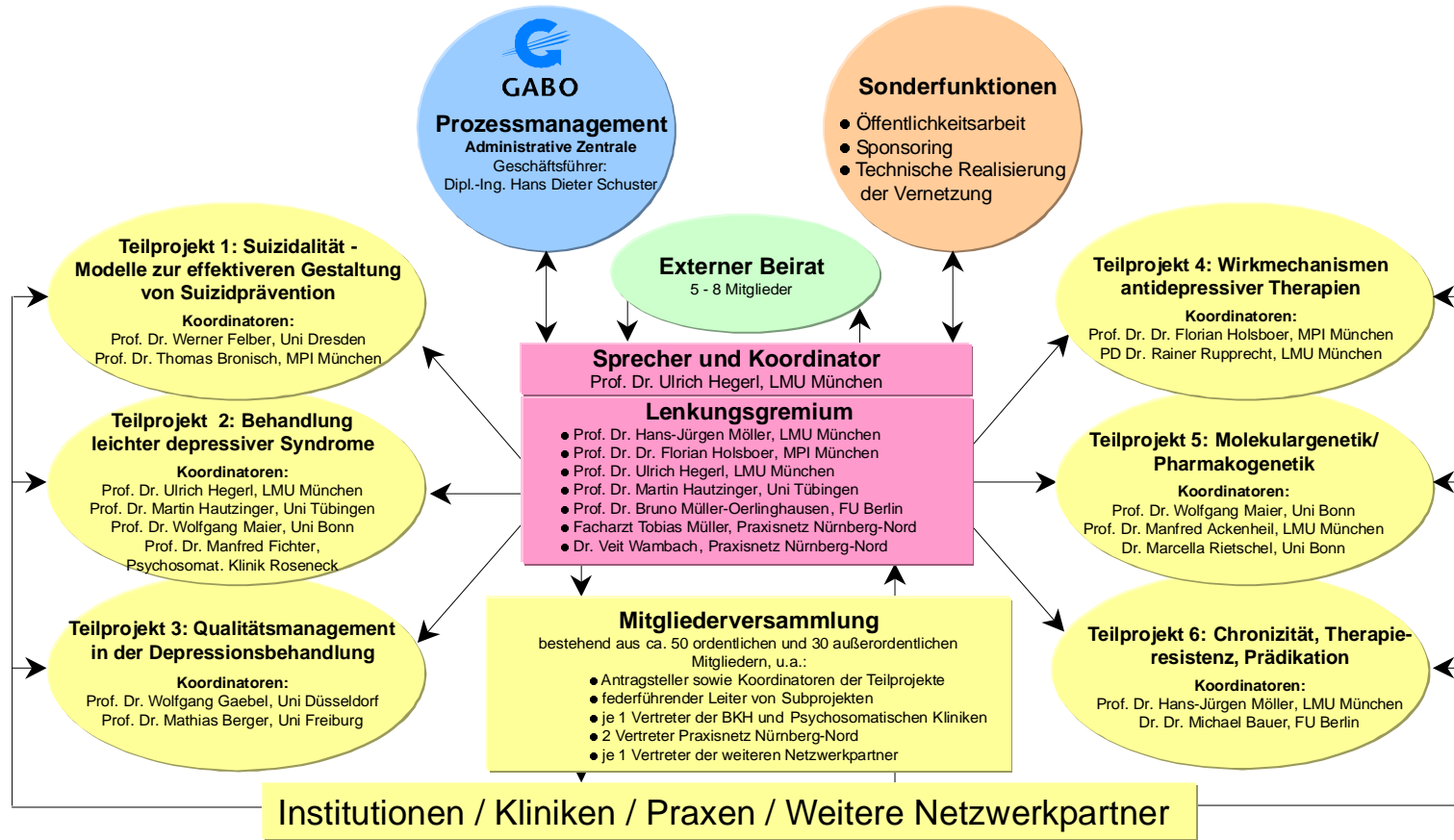


Abb. 1: Struktur des Kompetenznetzes

Eine wesentliche Anforderung an die Kompetenznetzwerke ist, für ein angemessenes Organisations- und Steuerungskonzept zu sorgen. Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ entspricht dieser Vorgabe durch eine stringente Organisationsstruktur sowie durch die Einbindung der Firma GABO (Gesellschaft für Ablauforganisation, Informationsverarbeitung und Kommunikationsorganisation mbH & Co. KG).

Die Graphik auf der folgenden Seite zeigt die konkrete Organisationsstruktur des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“.

Abb. 2: Organisationsstruktur



Depression und Suizidalität: Allgemeine Informationen

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen

- Depressionen sind gekennzeichnet durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Schwunglosigkeit, Schlafstörungen und oft durch multiple körperliche Beschwerden.
- Derzeit erfüllen ca. **5% der Bevölkerung** die Kriterien einer depressiven Störung.
- Der Verlauf ist häufig episodenhaft und unbehandelt meist rezidivierend oder chronisch.
- Depressionen führen auf Grund von Suizidalität und anderen sekundären Depressionsfolgen zu erhöhter Sterblichkeit. In der Gruppe von Patienten mit schweren depressiven Störungen liegt die Lebenszeit-Suizidalität bei erschreckenden 15%. Bis zu 56% der Patienten mit depressiven Störungen begehen in ihrem Leben einen Suizidversuch. Umgekehrt besteht bei der Mehrheit der Patienten, die Suizide begehen, ein depressives Syndrom. **Depression und Suizidalität sind also sich überlappende Bereiche.**
- Depressionen beeinträchtigen wie keine andere Erkrankung in fundamentaler Weise die Lebensqualität der Betroffenen. So unterstreichen beispielsweise neuere Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Weltbank mit überraschender Deutlichkeit die **herausragende medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen.**

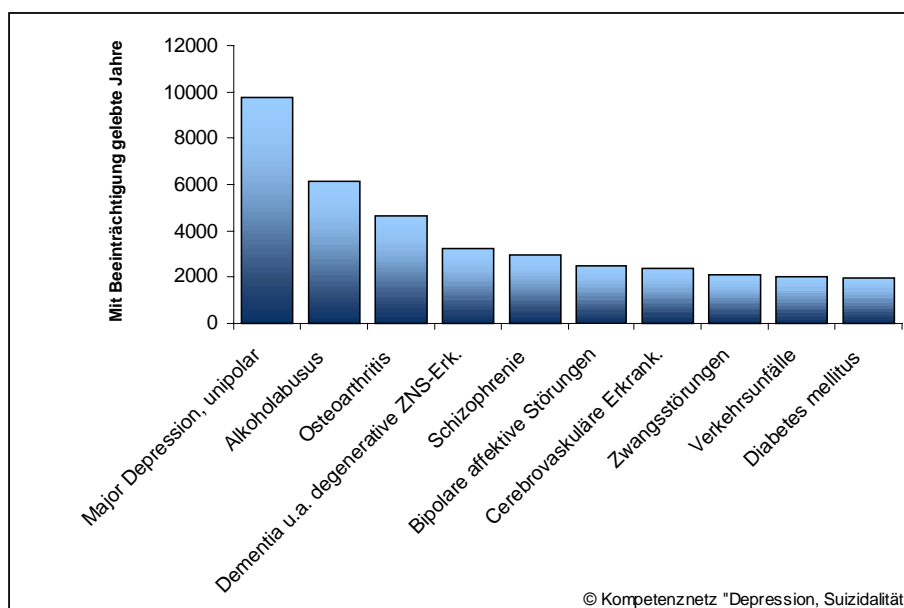


Abb. 3: Weltweite Belastung durch Krankheiten (Murray/Lopez 1997, WHO-Studie)

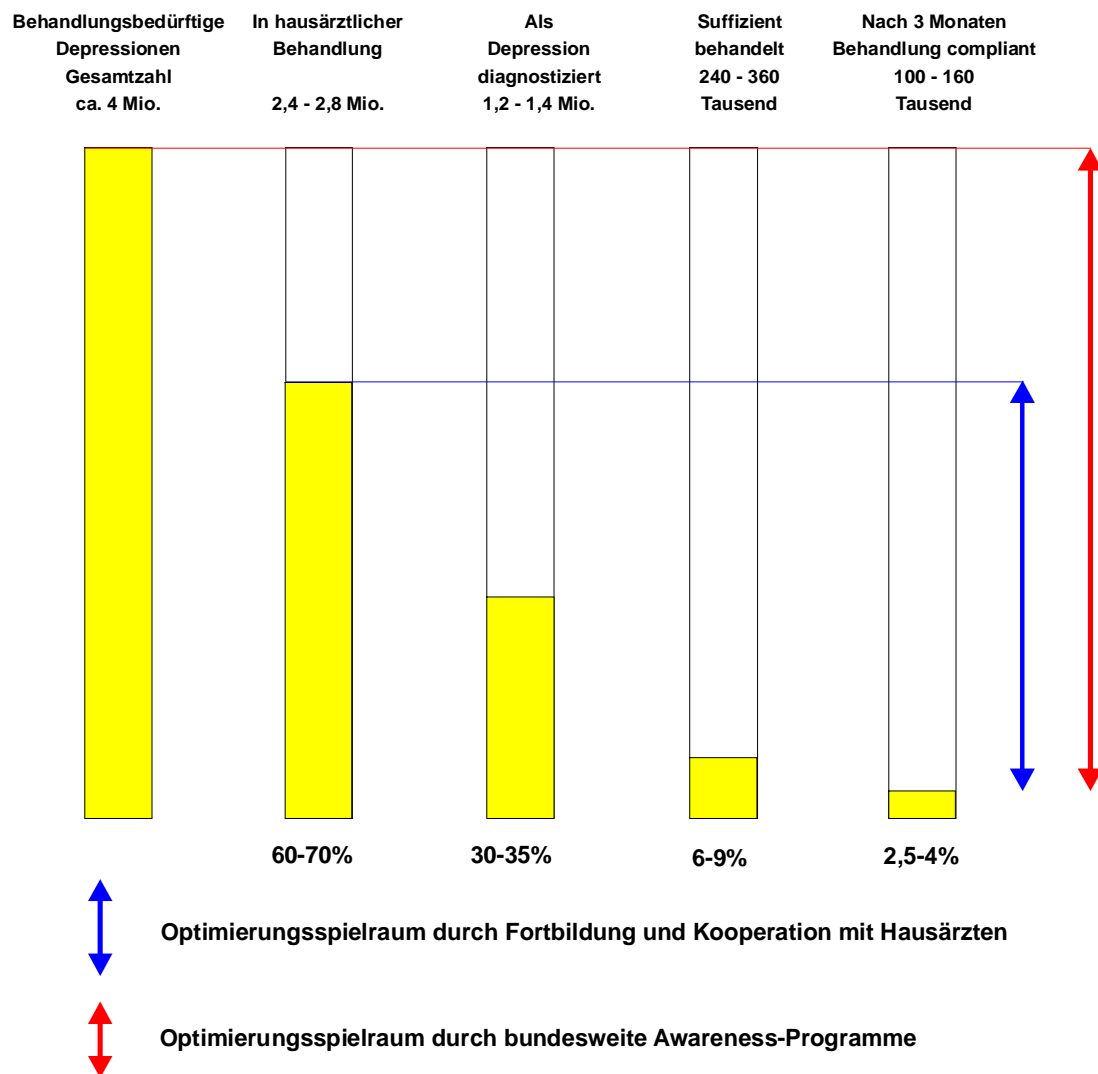
Gemessen an dem zentralen Indikator YLD (years lived with disability), ein u.a. nach der Schwere der Beeinträchtigung gewichtetes Maß für die Erkrankungsjahre in einer Bevölkerungsgruppe, kommt in den entwickelten Ländern den unipolaren Depressionen die größte Bedeutung zu - mit weitem Abstand vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Diese in ihrer Deutlichkeit für viele überraschenden Ergebnisse waren für die WHO Anlass, Aktionsprogramme auf nationaler Ebene zur Bekämpfung depressiver Erkrankungen zu fordern.

Suizidalität – häufig unterschätzt

In Deutschland nehmen sich pro Jahr ca. **12.000 Menschen** das Leben, wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicher erheblich höher liegt. Die Zahl der Suizide übersteigt demnach die der jährlichen Verkehrstoten deutlich. In der Altersgruppe der 15-35jährigen steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen. Dabei liegt die Zahl ernsthafter Suizidversuche um das 10-15fache höher als die der vollzogenen Suizide.

Für die Behandlung depressiver Erkrankungen stehen wirksame Verfahren zur Verfügung, die jedoch nur sehr ungenügend genutzt werden.

Durch pharmakotherapeutische Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) kann der Mehrheit der depressiven Patienten geholfen werden. **Wirksame Behandlungen werden jedoch sehr häufig nicht eingesetzt**, da Depressionen übersehen und in ihrer Schwere unterschätzt werden. Die Größe des sich hieraus ergebenden Optimierungsspielraums wird in der folgenden Abbildung deutlich:



© Kompetenznetz "Depression, Suizidalität"

Abb. 4: Optimierungsspielraum in den Bereichen Diagnose und Behandlung

Die Abbildung weist als Ebene für Optimierungsmaßnahmen die hausärztliche Versorgung aus, da die Mehrheit (ca. zwei Drittel) der depressiven Patienten sich an den Hausarzt wendet und hier die größten Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich Diagnose und Behandlung der depressiven Erkrankung bestehen.

Zentrale Ziele des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“

Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ stellt in seiner Struktur und seinen Zielen einen qualitativ neuen Ansatz dar.

Das Kompetenznetz bindet die niedergelassenen, insbesondere hausärztlich tätigen Ärzte sowie andere wichtige, an der Versorgung depressiver Patienten beteiligte Partner ein und will damit der Fragmentierung im Gesundheitssystem entgegenwirken und neue Kommunikationsstrukturen verankern. Über die geplanten Forschungsprojekte hinaus ist eine dauerhafte Verbesserung der Kooperation der verschiedenen Versorgungsebenen hinsichtlich Fragen der Forschung und Versorgung ein zentrales Anliegen. Neue Techniken der Kommunikation wie das Internet will das Kompetenznetz intensiv nutzen.

Verbesserung des diagnostischen Defizits

Die wirkungsvollsten Verbesserungsansätze ergeben sich durch eine enge Kooperation mit hausärztlich tätigen Ärzten. In diesem Versorgungsbereich finden sich einerseits die meisten depressiven Patienten, andererseits werden aber bei mehr als 50% der Patienten die depressive Erkrankung und damit oft auch die drohende Suizidalität nicht erkannt.

Verbesserung des therapeutischen Defizits

Mehr als 80% der depressiven Erkrankungen sind heute erfolgreich behandelbar. Bei mehr als 50% der richtig diagnostizierten Patienten werden aber von hausärztlicher Seite insuffiziente Behandlungsstrategien angewandt (Medikation zu kurz, zu niedrig, individuell nicht angepasst oder mit Substanzen ohne antidepressiven Wirksamkeitsnachweis). Daher sind gerade in diesem Bereich dringend Maßnahmen erforderlich, die eine Behandlung nach klinisch bewährten Behandlungsleitlinien fördern.

Verbesserung des Forschungsdefizits

Drängende Forschungsfragen im ambulanten und hausärztlichen Bereich griff die universitäre Forschung bisher nur ungenügend auf. So sind z.B. Patienten mit leichteren depressiven Syndromen, die häufig in Kombination mit Ängsten und multiplen körperlichen Beschwerden auftreten, in der hausärztlichen Praxis sehr häufig. Doch die Frage nach der richtigen Behandlung hat die Forschung bisher nicht ausreichend beantwortet. Weitere wichtige Forschungsfragen betreffen die Behandlung chronischer und therapieresistenter schwerer Depressionen oder die Klärung der Pathogenese der Depression und Suizidalität.

Geplante Schwerpunkte und Projekte des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“

Die Netzwerkteilnehmer planen und realisieren insgesamt **sechs Teilprojekte**, die ihrerseits wieder aus mehreren Subprojekten bestehen.

Im folgenden werden exemplarisch zwei zentrale Projekte kurz skizziert, die den Netzwerkcharakter und die Einbindung der Hausärzte in besonderer Weise umsetzen.

1. Suizidpräventives Awareness-Programm

Gezielte Fortbildung der Hausärzte zu Diagnose und Therapie der Depression kann die Suizidrate deutlich senken. Das zeigt die bekannte Gotland-Studie. Aufbauend auf den Erfahrungen dieser schwedischen Studie soll in Nürnberg ein intensives Awareness-Programm zum Thema „Depression, Suizidalität“ stattfinden. Ziel ist, in messbarer Weise die Zahl der Suizide und Suizidversuche zu senken. Neben Fortbildungen sind in Kooperation mit hausärztlich tätigen Kollegen weitere Maßnahmen geplant:

- Ein Informationsvideo für Patienten und deren Angehörige soll angefertigt und den Hausärzten zur Verfügung gestellt werden. Die Hausärzte können das Video den Patienten leihweise mit nach Hause geben. Das Video soll sachliche Information über Symptome, Ursachen und die Behandlung depressiver Erkrankungen vermitteln.
- Niedergelassenen Kollegen in Nürnberg wird über eine Hotline unkompliziert Beratung zur Diagnose und Therapie depressiver Störungen angeboten.
- Die Durchführung von Qualitätszirkeln für Hausärzte in Nürnberg wird unterstützt.
- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit in Nürnberg soll das Wissen über Depression in der Allgemeinbevölkerung erhöhen sowie eine Enttabuisierung erreichen.
- Die Einrichtung von Notrufnummern und die Aushändigung einer Green Card an Patienten nach einem Suizidversuch soll den Zugang gefährdeter Patienten zur Behandlung rasch und unkompliziert gestalten.

Um die Wirksamkeit dieses Awareness-Programms nachweisen zu können, wird der Verlauf der Suizidraten und Suizidversuchsraten in Nürnberg in den nächsten Jahren erfasst und mit den entsprechenden Zahlen des gesamten Bundesgebiets und anderer Städte verglichen.

Nürnberger Bündnis gegen Depression:

Internet-Adresse: www.buendnis-depression.de

eMail: Depressionsnetz@web.de

2. Behandlung leichter und subdiagnostischer Depressionen

Patienten mit leichten depressiven Syndromen, die häufig mit Angst und multiplen körperlichen Beschwerden einher gehen, sind in der hausärztlichen Praxis sehr häufig. Da diese Patienten in Universitätskliniken eher selten gesehen werden, ist das Wissen über die richtige Behandlung dieser Patienten unbefriedigend. In Kooperation mit Hausärzten in Nürnberg soll deshalb die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden untersucht werden: Die Behandlung mit Antidepressiva und mit Verhaltenstherapie wird gegenüber Plazebobedingungen verglichen. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Therapieerwartung, die Therapiepräferenz (Verhaltenstherapie versus Psychopharmakotherapie) und das Krankheitsmodell (biologisches versus psychologisches Krankheitsmodell) für den Therapieerfolg bedeutsam sind. Es ist denkbar, dass Patienten, die sich eher etwas von Psychotherapie versprechen, schlechter auf Psychopharmaka ansprechen - und umgekehrt. Falls derartige Faktoren den Therapieerfolg entscheidend mitbestimmen, müssten sie zukünftig verstärkt in die Therapieplanung eingehen.

Die einzelnen Teilprojekte im Überblick...



Teilprojekt 1: Suizidalität – Modelle zur effektiveren Gestaltung von Suizidprävention

Der Schwerpunkt liegt in der Durchführung und Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. Ein wichtiges Subprojekt ist das **Awareness-Programm** zu Depression und Suizidalität in Nürnberg (siehe oben).

Im Rahmen eines anderen Subprojektes soll erstmals der postulierte suizidpräventive Effekt einer frühzeitigen Lithiummedikation nachgewiesen werden. Weitere Projekte befassen sich mit biologischen Aspekten der Suizidalität oder dem Zusammenhang zwischen Strukturveränderungen der stationären Versorgung in den neuen Bundesländern und dem Auftreten stationärer Suizidhandlungen.



Teilprojekt 2: Behandlung leichter depressiver Syndrome

In einer kontrollierten Studie soll untersucht werden, ob Antidepressiva, kognitive Verhaltenstherapie oder eine Kombinationsbehandlung bei Patienten mit leichten und subdiagnostischen depressiven Störungen wirksam sind (siehe oben). Bei diesem Teilprojekt ist die aktive Beteiligung niedergelassener Ärzte und des Praxisnetzes Nürnberg Nord ein wesentlicher Bestandteil.

Andere Subprojekte beschäftigen sich mit der Therapie der rezidivierenden kurzen depressiven Störung und der Frage, wie sich chronische Krankheitsverläufe bei Personen mit Depressionen und somatoformen Störungen verhindern lassen.



Teilprojekt 3: Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung

In diesem Teilprojekt soll die Versorgungsqualität depressiver Patienten evaluiert und verbessert werden. Die Maßnahmen beinhalten u.a. Entwicklung von Leitlinien, Fort- und Weiterbildungsmaterialien, deren Etablierung bei hausärztlich tätigen Ärzten, Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Bereich sowie Evaluation des therapeutischen Drug-Monitorings im ambulanten Bereich.



Teilprojekt 4: Wirkmechanismen antidepressiver Therapien

Wie wirken antidepressive Medikamente biologisch? Diese Frage stellen sich die Forscher des Teilprojekts und gehen ihr u.a. mit molekularbiologischen Methoden nach. Die Suche nach den Wirkmechanismen antidepressiver Therapien soll neue Interventionspunkte für antidepressive Behandlungen aufspüren und einen gezielteren Einsatz solcher Behandlungen erreichen. Zwei Punkte sind besonders vielversprechend: die Signaltransduktion in der Zelle bei verschiedenen antidepressiven Therapieverfahren und die ursächliche Rolle einer gestörten Stresshormonregulation beim Entstehen einer Depression. Die Ergebnisse, die im Rahmen dieser und anderer Projekte gewonnen werden, sollen der pharmazeutischen Industrie Anregungen für die Entwicklung neuartiger Klassen von Antidepressiva liefern.



Teilprojekt 5: Molekulargenetik / Pharmakogenetik

Die Forscher suchen zum einen nach genetischen Anlagen, die für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hinsichtlich affektiver Erkrankungen verantwortlich sind. Zum anderen wollen sie genetische Faktoren aufspüren, die den medikamentösen Behandlungsverlauf beeinflussen. Dazu müssen die Wissenschaftler die für molekulargenetische und pharmakogenetische Untersuchungen erforderliche große Anzahl an Patienten und deren Familien untersuchen und die Daten mit einheitlichen Instrumenten erheben. Das Kompetenznetz schafft die Voraussetzungen dafür.



Teilprojekt 6: Chronizität, Therapieresistenz, Prädiktion

Warum verläuft eine Depression manchmal chronisch? Warum schlägt manchmal keine Therapie an? Die Bedingungen von Chronizität und Therapieresistenz sind Gegenstand dieses Teilprojekts. Ob und wie sie mit verschiedenen, auch experimentellen Ansätzen wie z.B. der transkraniellen Magnetstimulation überwunden werden können, das wird untersucht. Eine zentrale Rolle spielt hierbei eine Verlaufsstudie mit depressiven Patienten, zu denen der Kontakt in den beteiligten universitären Zentren und Bezirkskrankenhäusern hergestellt wird. Verschiedene Interventionen werden im Rahmen des Projekts geprüft, wie zum Beispiel die transkranielle Magnetstimulation und psychopharmakologische Ansätze.

Niedergeschlagenheit als Alltagsphänomen

Die Stimmung der meisten Menschen wechselt. Sie reagieren alltäglich auf freudige und traurige Ereignisse mit den entsprechenden Gefühlen. Heiterkeit und Traurigkeit lösen sich dabei in raschem Wechsel ab.

„Depressionen werden oft unterschätzt und irgendwo zwischen Schnupfen und Einbildung angesiedelt. In Wirklichkeit aber handelt es sich um eine lebensgefährliche Krankheit, die wie keine andere in fundamentaler Weise die Lebensqualität der betroffenen Menschen beeinträchtigt.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Bei starken oder gehäuften positiven bzw. negativen Erlebnissen kann eine Stimmung auch über einige Stunden, ja sogar Tage anhalten, bis wieder eine neue Befindlichkeit einsetzt. So ist die Traurigkeit nach dem Tod eines geliebten Menschen eine verständliche Reaktion. In der „Trauerarbeit“ bewältigen die Zurückgebliebenen die Trennung, um sich dann wieder dem Leben zuzuwenden. In diesem Sinne gehört der Wechsel von gedrückten Stimmungen, Ausgeglichenheit und gehobenen Stimmungen zum Gefühlsspektrum eines jeden Menschen.

Der Begriff Depression kommt vom lateinischen „**deprimere**“ und bedeutet soviel wie herunter- oder niederdrücken. Die gedrückte Stimmung ist primär keine Krankheit, sondern steht wie das Schmerz-Empfinden als anthropologische Möglichkeit in einem Zusammenhang zur Lebensbewältigung. So wie der

Schmerz ein wichtiges Frühwarnsystem vor Verletzungen ist, dient die Niedergeschlagenheit nach Misserfolgen, Verlusten und Trennungen der Um- und Neuorientierung der Betroffenen sowie der Suche nach alternativen Entfaltungsmöglichkeiten. Niedergeschlagenheit ist so gesehen ein vorübergehender Rückzug, ein Aufschub oder eine Art „Zwangspause“, in der man sich erholen und nachdenken kann.

Depression als Krankheit

Im Unterschied dazu ist die „Depression“ als psychische Krankheit ein affektiv unauslenkbarer und wochenlangender Rückzug, der keinerlei Neuorientierung mehr zulässt. Der ursprüngliche Sinn der gedrückten Stimmung als Anstoß zur Neuorientierung verkehrt sich ins Gegenteil. Statt Nachzudenken verfällt man ins Grübeln. Statt sich zu erholen, ermüdet man durch ständige Zweifel an sich selbst und der Welt. Depression als Krankheit ist ein meist lebensgefährlicher Zustand. Unbegründete Schuldgefühle quälen den Patienten, wahnhafte Überzeugungen unheilbar erkrankt zu sein oder sich und die Familie durch eigenes Verschulden in tiefstes Unglück gestürzt zu haben können sich einstellen, meist verbunden mit Suizidideen oder sogar Suizidabsichten. Die depressive Erkrankung läuft meist phasenhaft ab, wobei diese Phasen über mehrere Monate, bei einigen Patienten auch 1-2 Jahre anhalten können.

Weil aber die Übergänge fließend sind und jeder Mensch bereits Erfahrungen mit normaler Niedergeschlagenheit hat, ist es oft schwer, die Depression als eigenständiges Krankheitsbild zu erkennen. Dies gilt für Betroffene wie für Ärzte. Noch immer werden über 50% der depressiven Erkrankungen nicht diagnostiziert bzw. unzureichend behandelt.

„Wenn wir uns den Knöchel verstauchen oder der Blutdruck erhöht ist, so können wir das objektiv, wie von außen als Erkrankung erkennen, weil unser Erleben und Denken hiervon nicht unmittelbar betroffen wird.

Bei der Depression aber kommt es zu Störungen in Gehirnbereichen, die unmittelbar das Denken und Fühlen beeinflussen.

Gegenüber diesen Veränderungen des eigenen Erlebens können wir dann nur schwer eine objektive Haltung einnehmen.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Symptome der Depression

Wenn der Wechsel der Stimmungen im Fluss der Ereignisse völlig ausbleibt und eine Stimmungslage dauerhaft (über 2 Wochen) die gesamte Wahrnehmung und Interaktion mit der Welt überschattet, liegt eine „affektive Störung“ vor. Depressiv erkrankten Menschen wird praktisch jede Handlung von einer alles beherrschenden Stimmung diktiert.

Bei den betroffenen Menschen können wir sowohl physiologische Veränderungen als auch Veränderungen des Verhaltens und Erlebens beobachten. Die Depression erfasst alle drei Bereiche.

Verändertes Erleben: Der Patient berichtet über verändertes Erleben. Es dominieren Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, inneren Leere, Schuld und Angst, Verzweiflung und Trauer, aber auch der Unfähigkeit überhaupt noch Gefühle empfinden zu können („Ich bin wie versteinert“). Negative Denkmuster sind dominierend. Depressiv Erkrankte entwickeln in vielen Fällen eine pessimistische Einstellung gegenüber sich selbst, den eigenen Fähigkeiten, dem eigenen Aussehen und der Zukunft, verbunden mit starker Grübelneigung. Permanente Selbstkritik, Konzentrationsprobleme und Suizidgedanken sind häufig. Manche Patienten entwickeln auch Wahnvorstellungen, z.B. die Überzeugung unheilbar erkrankt zu sein, oder sich und die Familie finanziell ruiniert zu haben.

„Der psychisch Kranke wird in unserer Gesellschaft noch immer anders gesehen als der körperlich Kranke. Symptome einer psychischen Erkrankung sind für viele schwer verständlich, werden abgelehnt, als schuldhaft interpretiert oder sogar als gefährlich angesehen.“

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller

Verändertes Verhalten: Die Patienten vermeiden soziale Kontakte, stellen Hobbys ein, können ihre Arbeit nicht mehr bewältigen und ziehen sich ins Bett zurück. Die Mimik und Gestik ist bei vielen Patienten wie erstarrt, die Stimme leise und monoton. Einige Patienten laufen rastlos, verzweifelt und wie getrieben hin und her (agitierte Depression).

„Die Depression ist wie ein bleierner Mantel, der sich über Körper und Geist legt.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Physiologische Beschwerden: Schlaflosigkeit mit Früherwachen, Appetitstörung mit Gewichtsverlust, Libidoverlust, schnelle Ermüdung und multiple körperliche Beschwerden gehören zu den vielfältigen somatischen Begleiterscheinungen einer depressiven Störung.

Diagnose der Depression

Da die Symptome der Depression aber in unterschiedlicher Zusammensetzung, Dauer, Intensität und Periodik auftreten, ist es für den Arzt nicht immer leicht, eine „Depression“ als behandlungsbedürftige Krankheit sofort zu diagnostizieren. Zudem klagen die Patienten meist nicht über depressive Verstimmung, sondern über körperliche Beschwerden. Oft verlangen depressive Patienten beim Hausarzt z.B. nur nach Kopfwahl- oder Schlafmitteln. Nach einer Studie der Universität Mainz befürchten außerdem 80% depressiv erkrankter Menschen durch das Bekannwerden einer psychischen Krankheit nachteilige Folgen für ihr Berufs- und Privatleben. Über die Hälfte aller Depressionen bleiben daher trotz Arztbesuch unerkannt. Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ will deshalb geeignete Diagnoseverfahren etablieren und insbesondere die Hausärzte in Qualitätszirkeln u.a. mit Hilfe neuer Medien (Lehrvideos) für das Krankheitsbild Depression besonders sensibilisieren.

„Die meisten Patienten würden eine Diagnose ‚Migräne‘ einer Diagnose ‚Depression‘ vorziehen.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

„Die allermeisten Menschen mit depressiven Störungen wenden sich zuerst an den niedergelassenen Hausarzt und nicht an den Facharzt (Psychiater). Es ist daher von größter Wichtigkeit, gerade den Blick der Hausärzte für diese oft versteckte Krankheit zu schärfen.“

Dr. Veit Wambach

Ein sowohl international als auch in Deutschland gebräuchliches Klassifikationssystem ist die sogenannte ICD 10 (International Classification of Disorders). Dabei werden systematisch in Abhängigkeit von Anzahl, Dauer und Schwere des Auftretens der Symptome verschiedene Arten der depressiven Erkrankungen unterschieden, so zum Beispiel die:

- depressive Episode im Rahmen einer unipolaren Depression. Diese wird in eine leichte, mittlere und schwere Form unterteilt.
- depressive Episode im Rahmen der bipolaren affektiven Störung. Bei Patienten mit dieser Erkrankung treten neben depressiven Episoden auch Manien mit gesteigertem Antrieb und gehobener Stimmung auf.
- Dysthymie. Hierbei handelt es sich um eine meist im jungen Erwachsenenalter beginnende eher chronisch verlaufende Depression.

Die depressiven Episoden können Wochen, Monate und unbehandelt manchmal auch 1-2 Jahre anhalten. Gerade bei lang dauernden Phasen besteht die große Gefahr, dass sich ein fatalistischer Gewöhnungsprozess bei den Angehörigen und auch dem Patienten selbst einstellt und die Beschwerden nicht als Ausdruck einer Erkrankung sondern der Persönlichkeit oder der Lebensumstände des Patienten angesehen werden.

Die Behandlung des Themas Suizidalität erfordert seitens der Medien höchste Sensibilität und Verantwortlichkeit sowie die Einhaltung bestimmter Richtlinien. Es ist klar belegt, dass durch die Thematisierung von Suiziden und Suizidversuchen in der Öffentlichkeit viele Patienten dazu veranlasst werden können, ihren Suizidgedanken nachzugeben (Werther-Syndrom). Die Mitarbeiter des Kompetenznetzes stehen für diesbezügliche Beratung jederzeit zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an:

Maike Zander Tel. 089/51 60-5553

Astrid Pichler Tel. 089/51 60-5554

Modulsystem

In den folgenden Modulen werden eine Reihe von Themen kurz angerissen, die erfahrungsgemäß auch für eine breite Öffentlichkeit von Interesse sind. Zu diesen Modulen können über das Kompetenznetz weiterführende Informationen und Experten vermittelt werden. Bitte wenden Sie sich an

Maike Zander, Telefon: 089/51 60-5553

Astrid Pichler, Telefon: 089/51 60-5554

Fax: 089/51 60-5557

eMail: maike.zander@psy.med.uni-muenchen.de

eMail: astrid.pichler@psy.med.uni-muenchen.de

Gesundheitspolitische Brisanz

10% der Bundesbürger erkranken einmal oder mehrmals im Leben an einer schweren depressiven Episode. 15% aller depressiv Erkrankten nehmen sich im weiteren Verlauf das Leben. Unter allen Krankheiten, die ein suizidales Risiko mit sich bringen, steht die Depression mit Abstand an der Spitze.

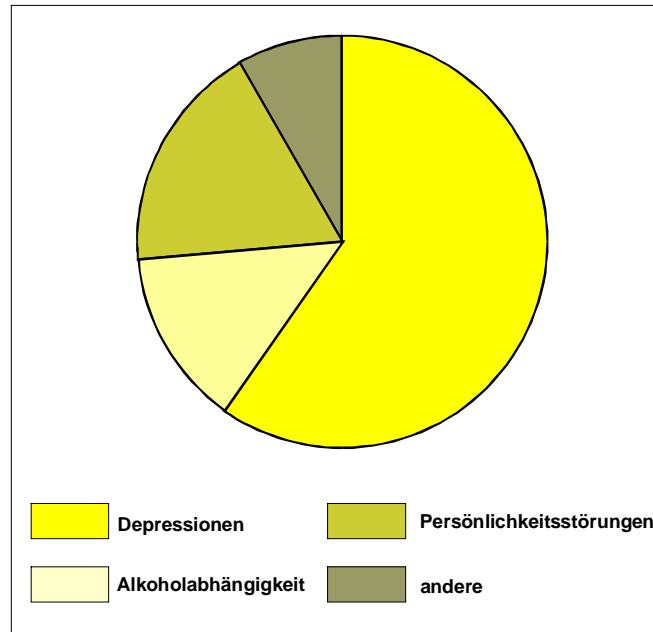


Abb. 5: Suizidursachen (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998)

Während die Zahl der Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang in den letzten Jahren durch eine kontinuierliche Aufklärungskampagne und durch verkehrsregulierende Maßnahmen der Bundesregierung stetig gesenkt werden konnte, sind die Suizidzahlen in Deutschland fast unverändert hoch geblieben.

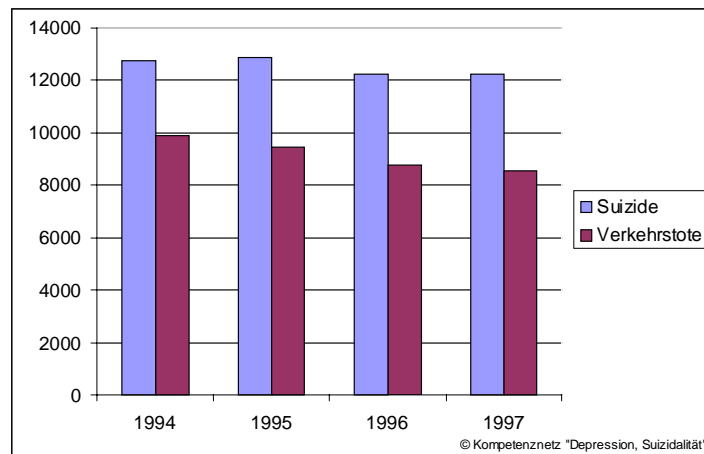


Abb. 6: Vergleich der Anzahl von Suiziden und Verkehrstoten in Deutschland 1994-1997

Diese Tatsache ist inakzeptabel, da über 80% aller Depressionen therapierbar wären. Insbesondere die Entwicklung neuer antidepressiver Medikamente in Kombination mit abgestimmten psychotherapeutischen Maßnahmen ermöglichen grundsätzlich einen großen Behandlungserfolg.

Deshalb ist die Verbesserung der Diagnostik und die konsequente Behandlung depressiv Erkrankter ein gesundheitspolitisches Ziel mit höchster Priorität. Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ wird daher speziell in diesem Bereich Schwerpunkte setzen.

Depressionen führen zunehmend zu Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsausfällen. Allein im Jahr 1993 wurden beispielsweise in Deutschland 11 Millionen Ausfalltage durch depressive Erkrankungen registriert. 1995 wurde 18.629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt.

Wie entsteht eine Depression?

Eine Depression hat selten eine einzige Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zur Erkrankung. Die genetische Veranlagung spielt eine Rolle. Ebenso könnten bestimmte Persönlichkeitsfaktoren (also bestimmte Persönlichkeitsstörungen) von Bedeutung sein. Akute psychosoziale Belastungen, wie der Verlust oder Tod einer Bezugsperson, treten vermehrt vor dem Beginn einer Depression auf. Das zeigen epidemiologische Studien. Auch körperliche Erkrankungen, z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, können eine Depression mit verursachen. Von Belang sind außerdem soziale Faktoren, die eine Anpassung an neue Umstände erfordern wie zum Beispiel Heirat, Arbeitslosigkeit und Berentung.

Die verschiedenen Faktoren führen zu neurobiologischen Veränderungen im Hirnstoffwechsel, die dann bei manchen Personen in eine Depression münden können.

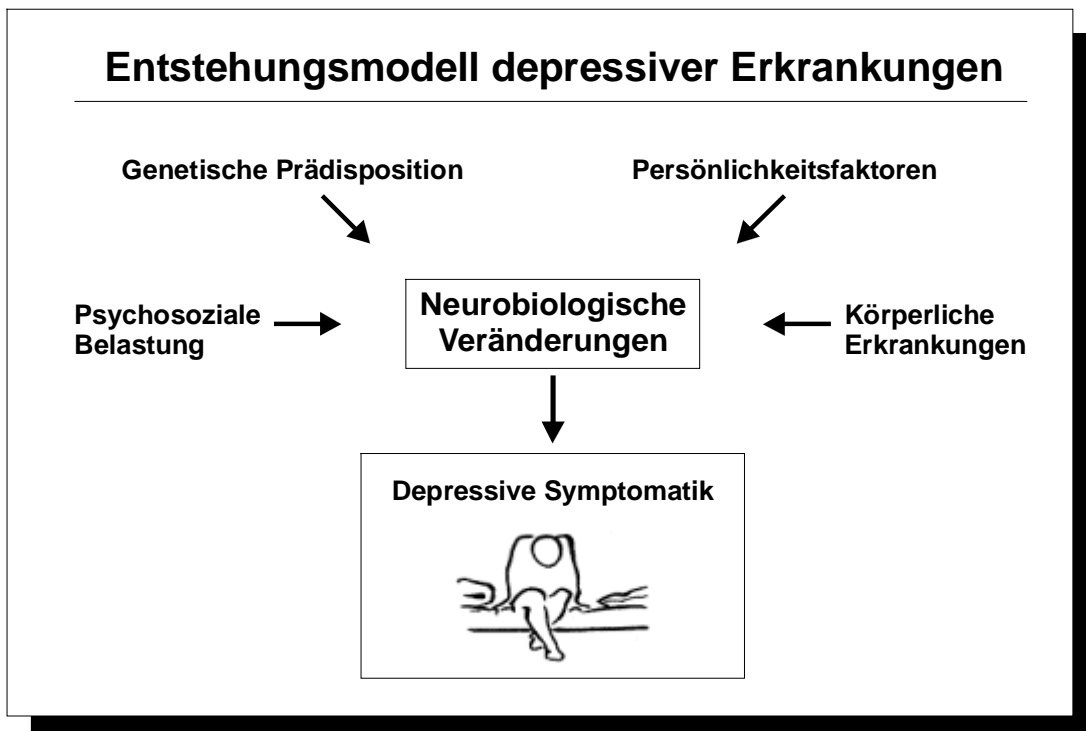


Abb. 7: Entstehungsmodell depressiver Erkrankungen

Einschneidende Lebensereignisse

Zwei Drittel der depressiven Patienten hatten vor ihrer Erkrankung ein belastendes oder zumindest einschneidendes Lebensereignis. Nach einem solchen Ereignis ist

„Unter den Auslösern kommt besonders den Konflikten in zwischenmenschlichen Beziehungen eine große Bedeutung zu. Hier muss der Arzt ein besonderes Augenmerk auf die Situation in der Familie, in der Partnerschaft und am Arbeitsplatz richten. Gerade unter dem erhöhten ökonomischen Druck der 90er Jahre häufen sich auch Mobbing-Situationen.“

Tobias Müller, Psychiater

das Depressionsrisiko etwa ein halbes Jahr lang erhöht. Ein belastendes Ereignis muss aber nicht zwangsweise zum Ausbruch einer Depression führen. Denn alle Menschen müssen in ihrem Leben Verluste und Trennungen erleiden, aber nicht jeder erkrankt. Insofern haben Ereignisse dieser Art in erster Linie eine auslösende Bedeutung. Einschneidende Lebensereignisse können zum Beispiel der Tod eines nahen Angehörigen, Partnerkonflikte oder die Veränderung der Lebensverhältnisse und der sozialen Rolle (z.B. Berentung) sein.

Geschlecht und Depression

Frauen erkranken zwei- bis dreimal so oft an einer Depression wie Männer. Für diesen Geschlechterunterschied gibt es verschiedene Erklärungen.

- Es handelt sich um einen Artefakt: Bei Männern ist eine Depression schwieriger zu erkennen. Frauen sprechen eher über ihre Ängste und Stimmungsschwankungen und werden eher als „depressiv“ eingeordnet, während bei Männern oft organische Ursachen vermutet werden. Das unterschiedliche Verhalten der Geschlechter und das unterschiedliche Diagnoseverhalten der Ärzte spielen also eine Rolle.
- Eine biologische Erklärung geht davon aus, dass Depression durch dominante Mutationen auf dem X-Chromosom hervorgerufen wird. Die Hypothese konnte allerdings nicht belegt werden.
- Die soziokulturelle Erklärung stellt die gesellschaftliche Rolle der Frau in den Mittelpunkt. So wird zum Beispiel die Hausfrauenrolle immer mehr entwertet und immer weniger honoriert; erwerbstätige Frauen müssen die Doppelbelastung von Hausarbeit und Erwerbsarbeit tragen. Beides könnte dazu führen, dass Frauen eher zu Depressionen neigen.

Der Geschlechterunterschied kann allerdings auch hormonell bedingt sein. So sind Frauen zu bestimmten Zeiten anfälliger für eine Depression: vor der Menstruation oder nach einer Geburt.

Beim prämenstruellen Syndrom treten depressive Störungen immer nur vor der Menstruation auf. Die Anfälligkeit scheint genetisch veranlagt zu sein und durch Umwelteinflüsse verstärkt zu werden. Schwere Fälle des prämenstruellen Syndroms werden mit Medikamenten behandelt.

Die postpartale Depression tritt nach der Geburt auf. Viele Frauen leiden im Wochenbett an einer depressiven Verstimmung, doch meistens handelt es sich um eine kurzlebige Erscheinung. Erst wenn die Symptome über einen längeren Zeitraum andauern, handelt es sich um eine Depression.

Ob Frauen während oder nach der Menopause (Wechseljahre) anfälliger für eine Depression sind, konnte bis jetzt nicht abschließend geklärt werden. Doch wenn es einen Zusammenhang geben sollte, so führen ihn die Wissenschaftler auf den Östrogenmangel während der Menopause zurück. Hormone werden daher in dieser Zeit auch gegeben, um die mögliche Anfälligkeit für eine Depression zu senken.

Bei der bipolaren Depression gibt es übrigens keinen Geschlechterunterschied.

Bei den Suiziden zeigt sich ein ganz anderes Bild. Im Gegensatz zur Depression ist der Suizid bei den Männern häufiger. Bei den 12.265 Suiziden 1997 in Deutschland handelt es sich zu 72,1% um Männer und nur zu 27,9% um Frauen. Auch in allen anderen Ländern Europas ist die Suizidrate der Männer höher als die der Frauen. In der letzten Dekade ist in mehreren Ländern ein Anstieg der Suizidrate bei jungen Männern zu verzeichnen.

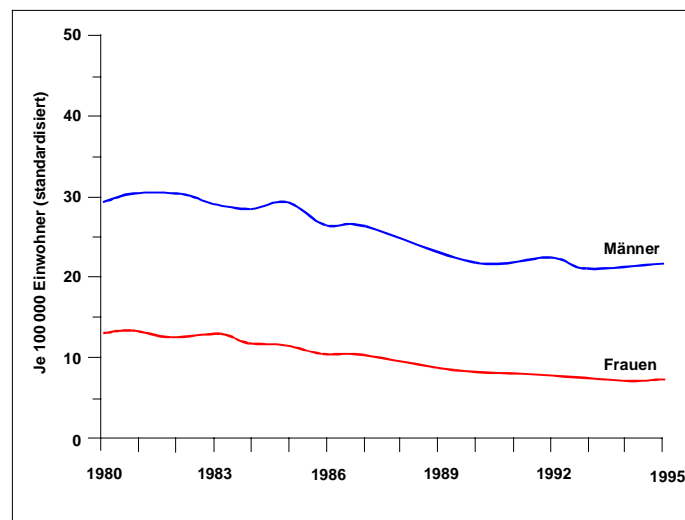


Abb. 8: Suizidsterblichkeit nach Geschlecht
(Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, alte Bundesländer)

Bei den Frauen gibt es wiederum mehr Suizidversuche. Zwar werden Suizidversuche offiziell nicht erfasst, aber es gibt Schätzungen, nach denen über 60% der Suizidversuche von Frauen verübt werden.

Altersdepression

Altern geht mit zahlreichen Verlusterlebnissen einher: Verlust des Lebenspartners, der Wohnung, der sozialen Rolle, der körperlichen Leistungsfähigkeit. Viele ältere Menschen fühlen sich von der Gesellschaft ausgeschlossen. Und das nicht ohne Grund: Alte Menschen genießen in unserer modernen Gesellschaft nicht mehr so ein hohes Ansehen wie noch in der agrarischen Gesellschaft.

Man könnte deshalb erwarten, dass alte Menschen deutlich häufiger an Depressionen erkranken. Zumindest für schwere Depressionen gibt es jedoch hierfür keine überzeugenden Belege. Erschreckend ist allerdings die Zunahme der Suizidrate mit dem Alter, besonders bei Männern.

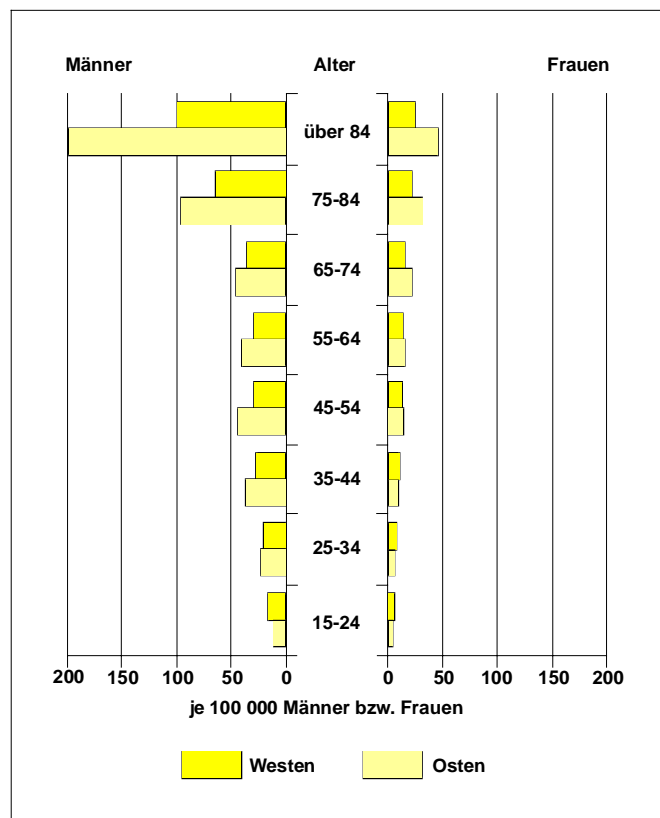


Abb. 9: Altersspezifische Suizidsterblichkeit (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998)

Suizidalität und Depression sind sich überlappende Bereiche. Bei mindestens der Hälfte aller Suizide älterer Menschen spielt Depression eine wichtige Rolle.

„Erfolgreiches Altern ist nicht selbstverständlich. Auch Altern will gelernt sein.“

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Depression in Kindheit und Jugend

Kleine Kinder können keine schwere Depression entwickeln – davon gingen bis in die 80er Jahre Ärzte und Forscher aus. Heute gilt das nicht mehr. Wenn ein Kind ständig weint, ein negatives Selbstbild hat, seine Aktivität herabgesetzt ist und es davon spricht, nicht mehr leben zu wollen, so handelt es sich um depressive Symptome wie bei einem Erwachsenen auch.

Vor der Pubertät gibt es keinen deutlichen Unterschied in der Depressionshäufigkeit zwischen Mädchen und Jungen. Nach der Pubertät jedoch sind wesentlich mehr Mädchen als Jungen depressiv.

Die 15-19jährigen Frauen haben außerdem die höchste Suizidversuchsrate überhaupt, nämlich 340 je 100.000 Einwohner. Alarmierend ist die in mehreren Ländern zu beobachtende Zunahme der Suizidrate bei männlichen Jugendlichen.

Der Reifeprozess der Jugendlichen geht mit zahlreichen neuen Erfahrungen des sich Verliebens, des Trennens bzw. der Ablösung vom Elternhaus einher, was Phasen der Verunsicherung mit sich bringt. Dies könnte ein Auslöser für Depression und/oder Suizidgedanken sein.

Arbeitslosigkeit und Depression

Erforscht wird auch, inwieweit Arbeitslosigkeit ein erhöhtes Risiko mit sich bringt, an einer Depression zu erkranken. Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet in der Leistungsgesellschaft nicht nur eine materielle Schlechterstellung des Betroffenen, sondern in der Regel auch eine erhebliche psychische Belastung.

Das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, soziale Nicht-Anerkennung, unregelmäßiger Tagesablauf sowie Kontaktverlust und Minderwertigkeitsgefühle können dabei eine Rolle spielen. In zahlreichen Untersuchungen fanden sich drastische Unterschiede in der psychischen Gesundheit Arbeitsloser und vergleichbarer Gruppen Beschäftigter (Bundesgesundheitsbericht 98).

Untersucht man allerdings die säkulare Entwicklung der Suizide des Kaiserreichs, der Weimarer Republik, des III. Reiches und der Bundesrepublik, zeigt sich eine evidente Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Suizidzahlen nur bis 1935. Speziell in der Weltwirtschaftskrise, als die Arbeitslosenzahl in den frühen dreißiger Jahren auf über 6 Millionen ansteigt, ist zugleich eine drastische Zunahme der Suizide festzustellen. In der Nachkriegsentwicklung verliert sich die Korrelation.

„Kein Zweifel besteht auch daran, dass Arbeitslosigkeit zu einem Ansteigen sowohl von Suiziden als auch von Suizidversuchen führt. Weiterhin zeigt sich, dass mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit auch die Zahl der Suizide steigt.“

Prof. Dr. Thomas Bronisch

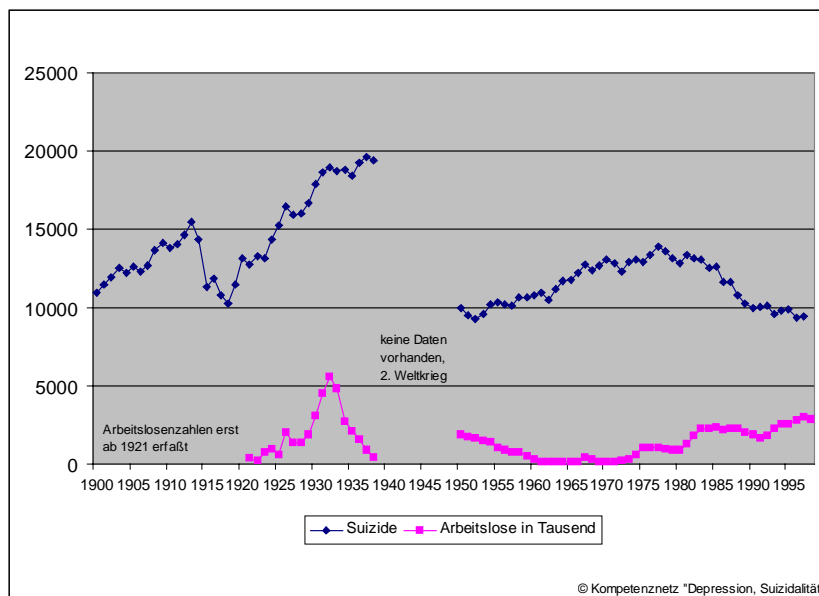


Abb. 10: Suizidalität und Arbeitslosigkeit in Deutschland (Kaiserreich, Weimarer Republik, 3. Reich, alte Bundesländer)

Einen deutlichen Zusammenhang zwischen Wirtschaftskrise und Suizid haben Behörden in Japan festgestellt. Die Zahl der Suizide ist dort 1998 um 35% nach oben gesprungen, auf fast 33.000. Die Suizidrate (26 pro 100.000) ist damit fast doppelt so hoch wie in Deutschland (15 pro 100.000). Dieser in der Geschichte einzigartige Anstieg wird nach einer polizeilichen Analyse auf die vorausgehende Banken- und Finanzkrise zurückgeführt. Über 6000 Personen nahmen sich wegen wirtschaftlicher Probleme das Leben. Innerhalb dieser Kategorie waren „Schulden“ der häufigste Suizidgrund (2.977 Fälle, eine Zunahme von 58%), gefolgt von „Geschäftsflaute“ (1.165 Fälle), „Existenznot“ (735 Fälle) und „Arbeitslosigkeit“ (409 Fälle).

Die Arbeitssituation und damit die Einbindung in den gesellschaftlichen Produktions- und Konsumprozess muss somit ebenfalls als ein Risikofaktor für depressive Erkrankung Ernst genommen werden. Ein Projekt des Kompetenznetzes wird daher im Rahmen eines eigenen Awareness-Programms zur Suizidprävention auch in Arbeitsämtern das Problem diskutieren und über Therapie-Möglichkeiten informieren.

Stress und Depression

Langanhaltender Stress kann ebenfalls ein Risikofaktor für depressive Erkrankungen sein. Das Gefühl dauernder Überforderung in der Arbeit, der Nicht-Anerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte oder gar der gezielten Demütigung durch „Mobbing“ stellt für viele Betroffene einen unlösbaren psychischen Konflikt dar. Die Sorge um den Arbeitsplatz einerseits und die Erfahrung der Ablehnung andererseits lässt einen rationalen Ausweg oft unmöglich erscheinen und kann zu einem unbewussten Rückzug in Form einer depressiven Erkrankung führen.

Die depressiven Erkrankungen in modernen Industrienationen werden oft in einem Zusammenhang mit den rasanten Veränderungen von Gesellschaft und Wirtschaft gesehen. Dabei spielen Faktoren wie Arbeitsplatzunsicherheit, wachsende Anforderungen an Mobilität und Flexibilität, Auflösung vertrauter Strukturen, Leistungsdruck und innerbetrieblicher Konkurrenzkampf eine zunehmende Rolle.

Dass langanhaltender Stress zu Depressionen führen kann, gilt als erwiesen. Auf der anderen Seite gibt es das epidemiologisch ausgewiesene Phänomen, dass in Kriegszeiten – also in Phasen größter psychischer Verunsicherung und existenzieller Bedrohung – die Zahl der depressiven Erkrankungen und suizidalen Handlungen deutlich zurückgeht. Dieser Effekt zeigt sich in allen europäischen Ländern und gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

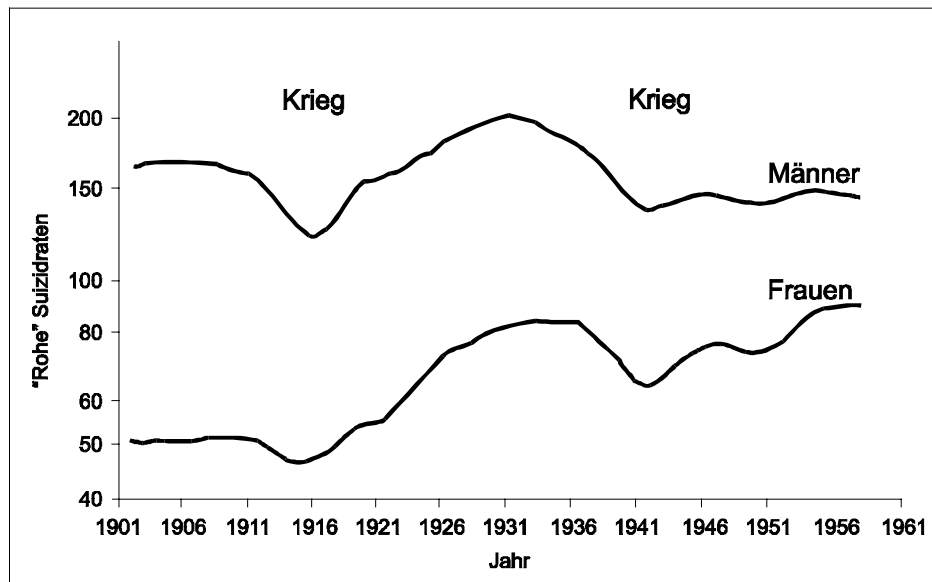


Abb. 11: Suizidraten für England und Wales (Reg.Gen. 1961)

Stress hat primär die evolutionsbiologische Funktion, durch die Ausschüttung von Stresshormonen im Organismus die Aufmerksamkeit und Anspannung zu erhöhen, um in Gefahrensituationen blitzschnell reagieren zu können.

Jedes Mal, wenn wir eine Situation erleben, die den Körper in außergewöhnlicher Weise fordert, wird unser Stresshormon-System aktiviert. Ein frühes Anzeichen einer Stressreaktion ist die erhöhte Freisetzung eines Peptids namens Corticotropin-freisetzendes Hormon (CRH) durch das limbische System, einen Hirnbereich, der Stimmungen und Ängste beeinflusst. CRH wiederum regt die Produktion des

„Normalerweise sind Glück und Unglück nicht von Dauer. Die Endorphine im Hirn, die uns ein Hochgefühl geben, haben eine Halbwertszeit von nur fünf Minuten. Wir können uns nicht lange freuen, nicht lange trauern, nicht lange Angst haben. Das Gehirn tut alles, um wieder in den Zustand der Normalität zurückzukommen.“

Prof. Dr. Dr. Florian Holsboer

bekanntes Stresshormons Cortisol an, welches, sobald es in den Blutkreislauf gelangt, den Körper darauf vorbereitet, der belastenden Situation zu begegnen. Die Freisetzung von Cortisol ist während einer Infektionskrankheit, bei einem akuten psychischen Trauma oder chronischem Stress erhöht. Beide Hormone, CRH und Cortisol, sind wichtige Faktoren, um die Reaktionen auf Stress zu koordinieren; dieses Kontrollsystem wird durch mannigfache biologische Vorgänge und Prozesse aufrechterhalten.

Forschungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben gezeigt, dass

das Kontrollsystem für Stresshormone bei Depressionskranken gestört ist. Es wurde untersucht, ob das vom Gehirn freigesetzte Stresshormon CRH auch auf der Verhaltensebene die für eine Depression charakteristischen Anzeichen und Symptome hervorrufen kann. Zahlreiche Versuche an Menschen, Ratten und Mäusen weisen darauf hin, dass CRH tatsächlich Verhaltensänderungen hervorruft, die der Psychopathologie der Depression entsprechen. Beispielsweise verstärkt eine erhöhte Konzentration von CRH im Gehirn die Angst, stört das Denkvermögen, vermindert den Appetit, den Schlaf sowie die sexuellen Bedürfnisse – alles Kardinalsymptome der Depression.

Die Auswirkungen von CRH werden durch einen spezifischen Rezeptor übertragen. Mit Hilfe von molekulargenetischen Techniken wurde eine Mäusemutante entwickelt, der dieser besondere CRH-Typ-1-Rezeptor fehlt. Bei diesen Mäusen ist die psychologische Reaktion auf Stress vermindert, d.h. sie haben in Stresssituationen weniger Angst und weniger kognitive Störungen. Aufgrund dieser Experimente nimmt man an, dass die Kardinalsymptome der Depression mit einer erhöhten Aktivität des CRH-Systems im Gehirn zusammenhängen, welche ihrerseits die Symptome der Depression bewirkt. Durch Substanzen, welche die Aktivität des CRH am CRH-Rezeptor verhindern, kann die depressiogene Wirkung des CRH ausgeschaltet werden. Solche Substanzen konnten inzwischen identifiziert werden; bei einer davon wird zur Zeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie untersucht, ob sich ihre antidepressive Wirkung bestätigen lässt.

Veranlagung und Depression

Beim Entstehen einer Depression spielt auch die Veranlagung eine Rolle. Die Wissenschaft unterscheidet zwischen genetischer und erworbener Veranlagung. Eine erworbene Veranlagung wird im Gegensatz zur genetischen Veranlagung nicht vererbt, sondern entsteht zum Beispiel durch ein frühkindliches Trauma. Im folgenden ist nur von der genetischen Veranlagung die Rede.

Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien belegen, dass bei manchen Menschen eine genetische Prädisposition für Depression besteht.

So zeigen Familienuntersuchungen, dass Verwandte depressiver Patienten zu mindestens 20% ebenfalls depressiv sind. Damit tritt die Depression im Familienkreis öfter auf als in der Allgemeinbevölkerung (5-10%). Bei eineiigen Zwillingen ist das Phänomen noch häufiger: Hat ein Zwilling eine Depression, hat der andere Zwilling sie in über 40% der Fälle ebenfalls. Bei zweieiigen Zwillingen beträgt die Rate 20%. Und Adoptionsstudien zeigen, dass die biologischen Eltern depressiver Adoptierter ebenfalls häufig depressiv sind.

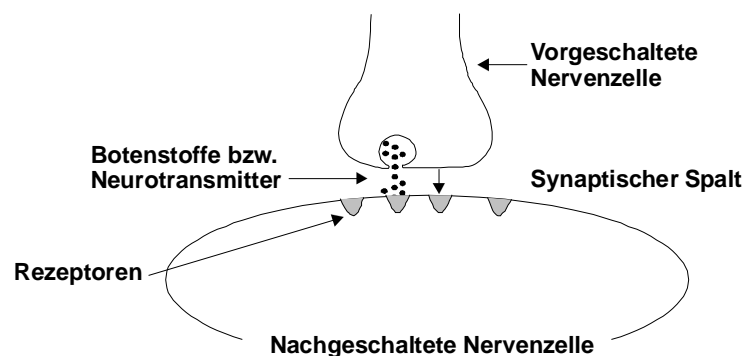
Die Zwillingsstudien zeigen allerdings auch, dass der genetische Faktor nur ein Teilfaktor ist. Selbst bei identischer genetischer Ausstattung erkrankt der Zwillingspartner des depressiven Patienten in weniger als der Hälfte der Fälle. Beim Entstehen einer Depression spielen immer auch Umweltfaktoren eine Rolle.

Wie die mögliche genetische Grundlage der Depression allerdings aussehen könnte, darüber besteht keine Einigkeit. Einvernehmen herrscht im Moment nur darüber, dass es ein isoliertes „Depressions-Gen“ nicht gibt.

In einem Teilprojekt des Kompetenznetzes suchen Forscher jetzt nach den Genen, die an der Anfälligkeit für eine depressive Erkrankung beteiligt sind, und wollen aufklären, wie diese Gene jeweils den Krankheitsverlauf beeinflussen. Außerdem möchten sie herausfinden, ob genetische Faktoren Einfluss darauf haben, wie Patienten auf Psychopharmaka ansprechen. Diese Forschung soll dabei helfen, Depression besser zu verhüten und gezielter zu behandeln.

Biochemie der Depression

Wenn wir ein Bild sehen oder Musik hören, Gefühle empfinden oder denken, so geht das mit Aktivität unserer Nervenzellen einher. Wenn eine Nervenzelle feuert, sie also aktiv ist, wird der Impuls elektrisch entlang der Nervenfasern bis zu den Nervenendigungen und Kontaktstellen mit anderen Nervenzellen, den Synapsen, transportiert. Zwischen den Nervenendigungen und der nachgeschalteten Nervenzelle befindet sich ein Spalt, den ein elektrischer Impuls nicht überspringen kann. Diesen Spalt können nur chemische Botenstoffe, die Neurotransmitter, überwinden. Sie lösen bei der nächsten Nervenzelle wieder einen elektrischen Impuls aus und geben so die Aktivität weiter. Solche Botenstoffe sind das Serotonin und das Noradrenalin.



© Kompetenznetz "Depression, Suizidalität"

Abb. 12: Botenstoffe in der Synapse

Nach Ansicht vieler Wissenschaftler ist während einer Depression der Stoffwechsel des Gehirns gestört: Serotonin und/oder Noradrenalin sind aus der Balance geraten. Sie sind entweder in zu geringer Konzentration vorhanden oder aber die Übertragung funktioniert nicht richtig.

Ist aber die Übertragung zwischen den Nervenzellen gestört, so schlägt sich das auch in den Gefühlen und Gedanken nieder, wie etwa in Grübeln und Niedergeschlagenheit. Viele antidepressive Medikamente setzen an dieser Stelle an und bringen den Hirn-Stoffwechsel wieder ins Gleichgewicht.

„Das ursprünglich griechische Wort ‚Melancholie‘ heißt ‚schwarze Galle‘. Hier drückt sich die auf Hippokrates zurückgehende Vorstellung aus, dass den psychischen Erkrankungen ein Ungleichgewicht der Körpersäfte zu Grunde liegt. Es ist erstaunlich, dass heute, 2500 Jahre später, ebenfalls gestörte Körpersäfte im Gehirn als Erklärung für Depression herangezogen werden.“

Prof. Dr. Hans Jürgen Möller

Andere biochemische Erklärungen der Depression stellen das „Corticotrope Releasing Hormon“, kurz CRH, in den Mittelpunkt. CRH reguliert die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol. Depressive befinden sich in einer Art Dauerstress, weil sie CRH und damit Cortisol im Übermaß produzieren, so die Überlegung der Wissenschaftler. Ein Medikament, das die Wirkung einer „Überdosis“ von CRH blockieren soll, befindet sich in der Testphase.

Wetter und Depression

Trübes Wetter und dunkle verregnete Herbst-Nachmittage schlagen bei vielen Menschen auf die Stimmung. Bei Einigen erhöht sich saisonal die Vulnerabilität für depressive Erkrankungen. Typische Symptome einer saisonal bedingten Depression sind u.a. anhaltende Müdigkeit, Süsshunger, Gewichtszunahme. Tatsächlich ist in der kalten Jahreszeit ein Anstieg depressiver Erkrankungen um etwa 10% zu verzeichnen.

Andererseits wird im Frühling eine erhöhte Zahl von Suiziden registriert. Eine eindeutige Zuordnung der Faktoren „schlechtes Wetter“ und Depression ist nicht möglich. Auch die drei von der Weltgesundheitsorganisation zusammengestellten Erhebungen der Suizidzahlen aus 18 europäischen Ländern ergeben kein einheitliches Bild. Aufgrund des epidemiologischen Befundes lässt sich auf den ersten Blick zwar ein Einfluss des Wetters auf die Stimmung und die psychische Gesundheit vermuten, insofern man tendenziell ein „Nord-Süd Gefälle“ in den europäischen Ländern feststellen kann. So sind die niedrigsten Suizidzahlen eher in den warmen und sonnigen Ländern Griechenland und Italien zu finden, die höheren in den nördlicheren Staaten Dänemark und Finnland mit langen Wintern und kurzen Sommern.

„Seit langem ist bekannt, dass sich Suizide im Allgemeinen im Frühling und Sommer häufen, wofür aber keine stichhaltigen Erklärungen vorliegen. Die saisonale Variation gibt es sowohl in Ländern der nördlichen als auch in denen der südlichen Hemisphäre.“

Prof. Dr. Thomas Bronisch

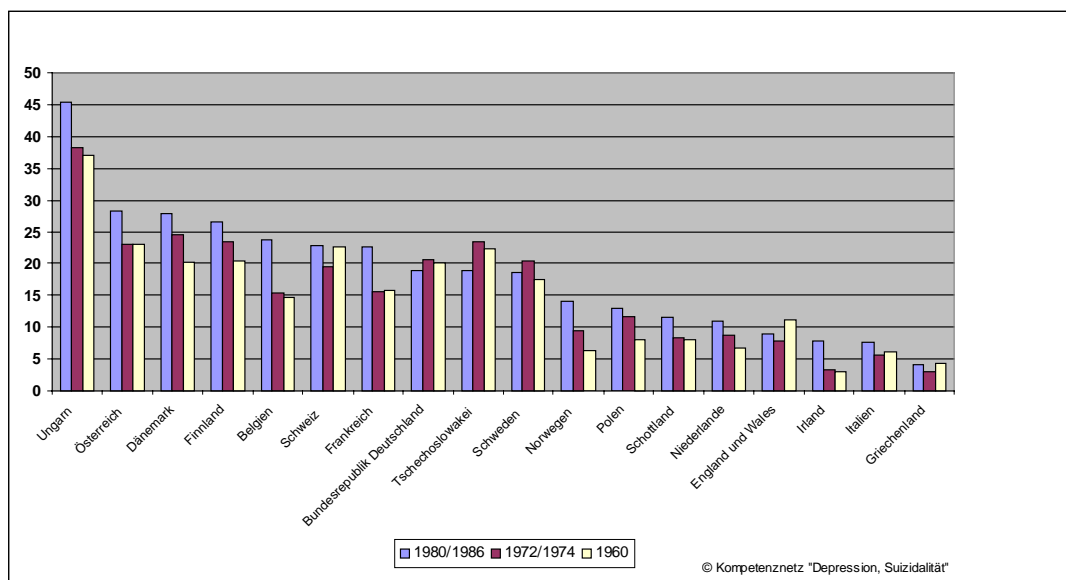


Abb. 13: Suizidraten (pro 100 000 Einwohner) in 18 Ländern

Doch diese Korrelation zwischen Klima und Suizidrisiko ist keineswegs eindeutig. So stehen beispielsweise die Staaten der früheren Donaumonarchie „Österreich-Ungarn“ bei allen Erhebungen durch die Weltgesundheitsorganisation entgegen ihrer geographischen Lage in der Mitte Europas an oberster Stelle.

Auch könnten die relativ niedrigen Suizidzahlen aus den katholischen Ländern Italien, Irland und Polen fehlerhaft sein. Da der Suizid in streng katholischen Gesellschaften als Sünde betrachtet wird, kommt es häufiger zur Verschleierung der Todesursache und fehlerhaft ausgestellten Totenscheinen.

Aber selbst wenn man sonniges und warmes Klima als einen von vielen Faktoren für die unterschiedliche Stimmung und psychische Gesundheit der Bewohner der europäischen Länder in Betracht ziehen wollte, müsste die Interdependenz zu anderen Faktoren wie Mentalität, Tradition, Religiösität, Familiensinn, Gruppenzusammenhalt und Kommunikationsverhalten mit berücksichtigt werden. Das „sonnige Gemüt“ des Südländers beispielsweise ist unter Umständen weniger eine direkte Folge der intensiveren Sonnenbestrahlung als des traditionell intensiveren Kommunikationsverhaltens in Ländern, in denen mehr „nach draußen gelebt“ wird.

Unabhängig vom Klima spielen in allen europäischen Ländern auch sozio-graphische Faktoren, wie die Urbanisierung und die zunehmende Anonymität, eine nicht unbedeutende Rolle für die Vulnerabilität. So sind Suizidversuche in städtischen Gebieten häufiger als in ländlichen. Nach einer WHO-Studie werden 70% aller Suizidversuche in Städten unternommen, obwohl weltweit nur etwa 50% der Bevölkerung in Städten lebt.

Psychotherapie oder Pharmakotherapie?

„Selbstmorde als Kurzschlussbehandlung, etwa nach einer schweren Kränkung, sind eher die Ausnahme. Meist wird ein Suizid Tage oder Wochen erwogen. Diese meist längere Phase des Abwägens, des Hin und Her ist die große Chance der ärztlichen Intervention.“

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller

Handelte es sich in den achtziger Jahren bei dieser Alternative noch um eine Art Glaubensfrage, so wird heute im Dienste des Patienten sachlich diskutiert und geforscht. Die früher gebräuchliche Einteilung in entweder psychogene/reaktive oder endogene Depressionen ist in den modernen Klassifikationen verlassen worden. Die Pharmakotherapie gilt inzwischen als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren. Aber auch psychotherapeutische Verfahren wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie haben ihren festen Platz bei der Behandlung der Depression. Wenn möglich, werden beide Therapieformen kombiniert.

Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, sowohl die Wirksamkeit klassischer und neuartiger Psychopharmaka als auch die Effizienz der unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren zu erforschen. Zur Verbesserung der Depressions-Therapie wird in einer klinischen Studie auch die Erwartungshaltung der Patienten, also der subjektive Faktor, untersucht. Dabei wird von einem Team des Kompetenznetzes erstmals der Einfluss von Voreinstellungen gegenüber Medikamenten und psychotherapeutischen Verfahren sowie des Krankheitsmodells der Patienten auf die Behandlung evaluiert.

„Bei einem depressiven Menschen sind immer sowohl die Physiologie als auch das Verhalten und Erleben verändert. Dies sind nur zwei Seiten einer Medaille. Es ist deshalb naheliegend, sowohl mit Medikamenten als auch mit Psychotherapie zu behandeln.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Die Depressionsspirale

Ein typisches Merkmal der depressiven Erkrankung ist das subjektive Gefühl vieler Patienten, „in einem Teufelskreis gefangen“ zu sein. Depressiv gestimmte Menschen wirken oft belastend auf ihre Umwelt oder glauben von sich selbst, eine Last für die Anderen zu sein. Deshalb werden sie von anderen gemieden oder sie ziehen sich selbst zurück, um die Anderen nicht „herunterzuziehen“.

Dieser Rückzug aber führt zu einem Verlust an Aktivität. Das Fehlen von sozialen Kontakten, Anregungen und Impulsen von Außen verstärkt dann zusätzlich die depressive Verstimmung. Die Folge ist ein noch weiter gehender Rückzug mit noch größerem Kontaktverlust, der in totaler Isolierung und Passivität enden kann. Wissenschaftler sprechen hier von der Depressionsspirale.

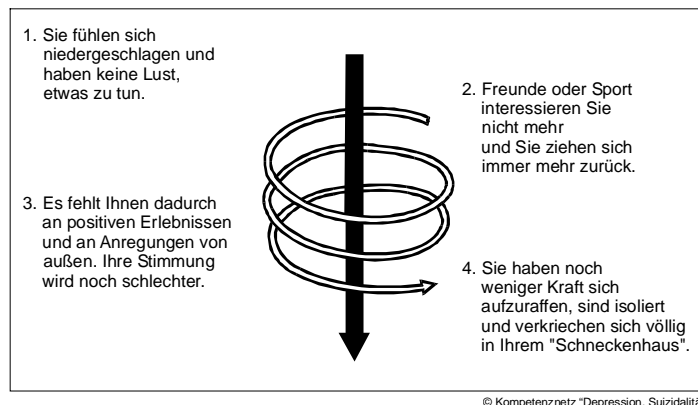


Abb. 14: Abwärtsgerichtete Depressionsspirale

„Ziel und Aufgabe der Kognitiven Verhaltenstherapie ist es, diese depressive Spirale zu stoppen, umzukehren und eine konstruktive Entwicklung einzuleiten.“

Prof. Dr. Martin Hautzinger

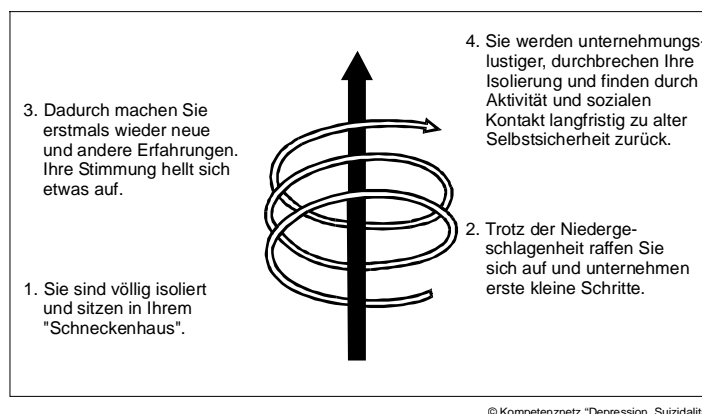


Abb. 15: Aufwärtsgerichtete Depressionsspirale

Kognitive Verhaltenstherapie

Unter den psychotherapeutischen Verfahren hat sich insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie für die Behandlung depressiver Störungen als wirksam erwiesen. Ausgangspunkt dieser Behandlung ist die Annahme, dass es sich bei der Depression um ein „erlerntes Fehlverhalten“ handelt, das durch Einüben anderer Verhaltensweisen überwunden werden kann.

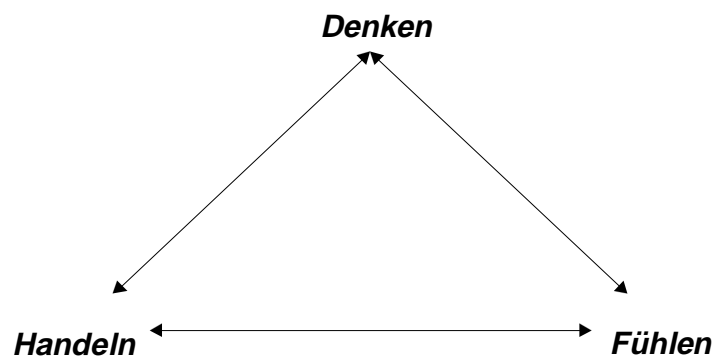
„Dabei ist es wichtig, den depressiven Patienten nicht unterstellen zu wollen, dass sie falsch oder irrational denken. Die automatisch ablaufenden kognitiven Prozesse sind das Ergebnis von Lernen und Sozialisation, nicht der Ausdruck von Absicht oder Unvermögen.“

Prof. Dr. Martin Hautzinger

So kann zum Beispiel aus der realen Erfahrung der Ohnmacht in einer ganz bestimmten Situation oder Lebensphase die Einstellung bzw. der „Lerneffekt“ entstehen, generell im Leben nichts bewirken zu können. Diese „erlernte Hilflosigkeit“ bedeutet eine Verarmung des Denkens und eine Fixierung auf reduzierte Denkmuster wie: „das kann nur mir passieren, musste ja so kommen, ich kann ja eh nichts machen“.

Da das Denken mit dem Fühlen und Handeln eines Menschen verbunden ist, entspricht bei depressiven Patienten ein solches negatives Denkmuster auf der kognitiven Ebene der

Niedergeschlagenheit auf der Gefühlsebene und der Antriebsschwäche auf der Handlungsebene.



© Kompetenznetz "Depression, Suizidalität"

Abb. 16: Beziehung von Denken, Handeln und Fühlen

Die kognitive Verhaltenstherapie versucht, eingefahrene negative Denkmuster in fünf Schritten gemeinsam mit dem Patienten zu verändern.

Phase 1

Die Schlüsselprobleme werden benannt, der Patient in seiner negativen Sichtweise akzeptiert. Einhergehend mit dem Aufbau der therapeutischen Beziehung wird zwischen Patient und Therapeut ein Arbeitsbündnis geschlossen.

Phase 2

Gemeinsam wird der Zusammenhang zwischen Denken, Fühlen und Handeln an konkreten Schilderungen des Patienten erarbeitet.

Phase 3

Die „Erfolg-Vergnügen-Technik“ als alternatives Denk- und Wahrnehmungsmodell wird vorgestellt und hierzu praktische Anwendungen bzw. Aktivitäten geplant und umgesetzt (z.B. Wochenplanung mit abgestuften Aktivitäten).

Phase 4

In Rollenspielen wird geübt, mit spezifischen alltäglichen Problemen umzugehen, die eigenen Interessen wahrzunehmen, um die Kontaktfähigkeit wieder herzustellen bzw. aufzubauen (soziale Kompetenz). An Stelle alter Denk- und Handlungsweisen werden neue Möglichkeiten erschlossen, wobei Sinn und Ziele des Rollenspiels gemeinsam mit dem Patienten besprochen und schließlich auf den Alltag übertragen werden.

Phase 5

Der Patient erkennt seine eigenen Kognitionen als Hypothesen, nicht als Fakten. Eingefahrene negative Denkmuster werden im Alltag in ihrem Automatismus erkannt, überprüft und gegebenenfalls durch alternative Erklärungen ersetzt. Der Patient lernt auch in schwierigeren Situationen die Kontrolle zu behalten und erlangt seine frühere soziale Kompetenz zurück.

Ein Aspekt der kognitiven Verhaltensforschung ist die Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung. In einem weiteren Forschungsprojekt des Kompetenznetzes wird dieser Ansatz weiterverfolgt und vertieft. Der Patient berichtet in einer Gruppe über seine Erfahrungen mit der Krankheit und wird durch intensive Gespräche über Symptome, Ursachen, Verlauf und Therapie der Depression als „Koexperte“ ernst genommen.

„Ziel dieser Intervention ist es u.a. durch Veranschaulichung der Wirkmechanismen der Antidepressiva den Patienten für eine aktive Mitarbeit bei der Therapie zu gewinnen.“

Dr. Annette Schaub

Antidepressiva

Bei mittelschweren und schweren Depressionen ist eine Behandlung mit Antidepressiva dringend geboten. Im Gegensatz zu anderen Psychopharmaka besteht bei den Antidepressiva nicht die Gefahr, abhängig zu werden. Sie sind auch nicht, wie oft befürchtet, eine unspezifisch dämpfende „chemische Keule“, sondern wirken gezielt gegen die Depression.

Antidepressiva beeinflussen den Stoffwechsel im Hirn. Sie sorgen dafür, dass die chemische Übertragung im synaptischen Spalt durch die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin besser funktioniert. Denn diese Übertragung ist ja nach Ansicht vieler Wissenschaftler bei Depressiven gestört (vgl. „Biochemie der Depression“). Es gibt mehrere Gruppen von Antidepressiva: die Tri- und tetrazyklischen Antidepressiva, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, die MAO-Hemmer und weitere Antidepressiva, die sich keiner der anderen Gruppen zuordnen lassen.

Die verschiedenen Medikament-Typen setzen zwar an unterschiedlichen Punkten an, aber sie bewirken letztendlich alle etwas Ähnliches: Sie erhöhen die über Serotonin beziehungsweise Noradrenalin vermittelte Neurotransmission zwischen den Nervenzellen.

Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und die neueren MAO-Hemmer sind oft besser verträglich als die älteren Wirkstoffe.

Bis heute sind die Wirkmechanismen der Antidepressiva nicht eindeutig geklärt. Doch Forscher des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ werden diese untersuchen. Kennen sie erst einmal die genauen Mechanismen, so finden sie auch spezifische Punkte für andere biochemische Eingriffe - und das ist die Basis für die Entwicklung neuer Medikamente, die noch gezielter wirken und weniger Nebenwirkungen haben.

„Viele Patienten erleben das Abklingen einer schweren Depression nach Gabe von Antidepressiva wie das Erwachen aus einem langen Alptraum.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Forscher des Kompetenznetzes wollen ebenso ermitteln, wann eine medikamentöse Therapie sinnvoll ist. Alle Ergebnisse, die bislang vorliegen, beziehen sich auf die majore Depression. In diesem Fall ist die Medikation sinnvoll. Aber was ist mit der leichten Depression, der sogenannten minoren Depression? Die Forscher untersuchen in einer Studie die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie und des SSRI.

„Diese Medikamente haben einen schlechten Ruf. Zu Unrecht: Im Gegensatz zu den Befürchtungen vieler Menschen kann klar festgestellt werden, dass Antidepressiva nicht abhängig machen und die Persönlichkeit nicht verändern.“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Im Rahmen des Kompetenznetzes wird außerdem die Wirkung von Lithiumsalzen untersucht. Lithium wird seit vielen Jahrzehnten zur langfristigen Verhütung von Depressionen und neuerdings auch zur Verstärkung der Wirkung von üblichen Antidepressiva (Augmentation) eingesetzt. Es gibt vielversprechende Hinweise, dass Lithium auch suizid-vorbeugend wirkt. Diese Wirksamkeit soll in einer größeren Studie genauer untersucht und belegt werden.

„Leider werden sogar in der Fachwelt unzutreffende Behauptungen über die angeblich sehr beschränkte Wirksamkeit oder gar Nicht-Wirksamkeit von Lithiumsalzen verbreitet. Dahinter stehen mitunter sachfremde Interessen, die zur Verwirrung unter den Ärzten geführt haben und schlussendlich den uns anvertrauten Patienten Schaden zufügen.“

Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen

Elektrokrampftherapie

Eines der wirksamsten, wenn nicht das wirksamste Verfahren ist die Elektrokrampftherapie (EKT). Hierbei wird ein künstlicher Krampfanfall durch einen kurzen Stromstoß ausgelöst. Im Gegensatz zu früher ist dieses Verfahren für den Patienten heutzutage relativ wenig belastend, da er in eine Kurznarkose versetzt wird und Muskelkrämpfe durch die Gabe eines Muskelrelaxanz unterbunden bzw. abgeschwächt werden. Der Patient erhält, verteilt über etwa drei Wochen, neun bis zwölf Anwendungen.

Bei der Mehrzahl der Patienten kann hierdurch die zum Teil seit Monaten oder Jahren andauernde depressive Phase durchbrochen werden. Eingesetzt wird die EKT bei Patienten, bei denen zahlreiche medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsversuche fehlgeschlagen sind.

Durch neue Techniken konnten die Nebenwirkungen und Risiken deutlich gesenkt werden. Es bleibt das Narkoserisiko, die Gefahr von Blutdruckschwankungen und vorübergehende Gedächtnisstörungen. Diese Risiken müssen jedoch vor dem Hintergrund der Lebensgefährdung und dem tiefen Leiden, das eine schwere therapieresistente Depression verursacht, gesehen werden. Viele Patienten erleben das Abklingen einer schweren Depression unter EKT wie das Erwachen aus einem langen Alptraum und drängen bei erneutem Auftreten einer depressiven Episode auf den Einsatz dieses Verfahrens. Die EKT steht in Deutschland in vielen Fachkliniken nicht zur Verfügung. Die Gründe hierfür liegen jedoch meist mehr in der Sorge wegen des schlechten Rufs der EKT in der Öffentlichkeit als in begründeten Zweifeln an der Wirksamkeit. Die Medizin sollte sich jedoch am Wohle des Patienten und nicht am öffentlichen Ruf orientieren.

Ein neues, verwandtes Verfahren ist die **transkranielle Magnetstimulation (TMS)**. Sie wurde ursprünglich in der neurologischen Diagnostik angewandt. Dabei stimuliert ein veränderliches Magnetfeld – veränderlich bedeutet, es wird schnell auf- und wieder abgebaut – die Nervenzellen in der Hirnrinde. Die TMS könnte ein neues Verfahren zur Behandlung depressiver Erkrankungen sein. Derzeit befindet sich die Methode allerdings noch in der klinischen Entwicklung und ist noch kein etabliertes Verfahren. Die Wissenschaftler des Kompetenznetzes erforschen jetzt die Art der Anwendung und die biologischen Effekte der TMS.

Schlafentzug

90% aller depressiven Patienten leiden unter Schlafstörungen. Vor allem in der zweiten Hälfte der Nacht und in den frühen Morgenstunden werden im Schlaf vermehrt Überträgerstoffe ausgeschüttet, die das Gleichgewicht der Botenstoffe im Hirnstoffwechsel durcheinander bringen und dadurch depressiv machen. Deswegen verordnen Ärzte häufig den Schlafentzug als Therapie. Der Patient bleibt dabei eine ganze Nacht und den darauffolgenden Tag lang wach. Spielen und Spaziergehen erleichtern das Wachbleiben. So paradox es für den Patienten, der sich nach Schlaf sehnt, klingen mag: Nach einer durchwachten Nacht klingt die Depression ab.

Allerdings hält dieser positive Effekt nur ein bis zwei Tage an. Daher handelt es sich nur um ein zusätzliches Verfahren, das in Kombination mit Pharmako- und Psychotherapie zum Einsatz kommt.

Lichttherapie

Die Therapie mit Licht wird vor allem bei der kleinen Gruppe der saisonal abhängigen Depressionen, den sogenannten Winterdepressionen (siehe „Wetter und Depression“), als zusätzliches Therapieverfahren erfolgreich eingesetzt. Dabei setzt sich der Patient Licht von mindestens 2.500 Lux, besser 10.000 Lux aus. Und zwar täglich bis zu einer Woche am besten vormittags für 30 bis 40 Minuten. Der Patient muss immer wieder in die Lichtquelle sehen, damit über Retina und Sehnerv die Ausschüttung von Serotonin und Melatonin ausgelöst wird.

Internet und Depression

Das Medium Internet hat für die Gesellschaft, die Kommunikation und insbesondere auch für die Medizin eine wachsende Bedeutung. Patienten und Betroffene schließen sich zu Online-Selbsthilfegruppen zusammen, Ärzte bilden Netzwerke (z.B. www.psychiater.org).

Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ möchte über die Homepage (www.kompetenznetz-depression.de) Betroffene, Angehörige und Interessierte ansprechen sowie den Dialog über die Krankheit Depression fördern. Diese Homepage soll zu einer der wichtigsten Plattformen im deutschsprachigen Raum zum Thema Depression und Suizidalität ausgebaut werden. Mit anderen bestehenden informativen und interaktiven Internet-Seiten soll eine umfassende Vernetzung etabliert werden.

Doch das Internet ist nicht nur ein Hilfsmittel, es birgt auch Gefahren: Eine US-amerikanische Studie konnte zeigen, dass längerer Internet-Gebrauch zu sozialem Rückzug und zu Depressionen führt. Verschiedene Fallberichte sind bekannt, bei denen der Internet-Gebrauch zu massiven sozialen Problemen führte, die in Suiziden endeten.

Ob an Depressionen Erkrankte zu einem häufigeren oder sozial problematischen Internet-Gebrauch neigen, wird an der Münchner Psychiatrischen Universitätsklinik im kommenden Jahr weiter untersucht werden.

Zitierte Wissenschaftler

Prof. Dr. Thomas Bronisch

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Abteilung für Klinische und physiologische Psychologie der
Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Leiter der Abteilung für klinische Neurophysiologie der
Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-
Universität München und Sprecher des Kompetenznetzes
„Depression, Suizidalität“

Prof. Dr. Dr. Florian Holsboer

Direktor des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller

Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen

Universitätsklinikum Benjamin Franklin/FB Humanmedizin der FU,
Berlin
Psychiatrische Klinik und Poliklinik – Klinische
Psychopharmakologie

Tobias Müller

Niedergelassener Psychiater, Nürnberg
Praxisnetz Nürnberg-Nord

Dr. Annette Schaub

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-
Universität München

Dr. Veit Wambach

Niedergelassener Arzt, Nürnberg
Praxisnetz Nürnberg-Nord

Grafiken

- Abb. 1 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 2 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 3 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 4 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 5 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998
Abb. 6 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 7 Institut für Didaktik in der Medizin
Abb. 8 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998
Abb. 9 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998
Abb. 10 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 11 Kreitman, N.: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. In: Der Nervenarzt 51 (1980). S.133
Abb. 12 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 13 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 14 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 15 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“
Abb. 16 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“

Das GABO Prozessmanagement

GABO bedeutet "Gesellschaft für Ablauforganisation, Informationsverarbeitung und Kommunikationsorganisation". Wir sind ein unabhängiges und innovatives Unternehmen im Bereich der Informationstechnologie, das seit mehr als 15 Jahren ein starker Partner für namhafte Unternehmen aus Wirtschaft und Industrie ist sowie über Erfahrungen im Umgang mit komplexen Projekten verfügt.

Das Prozessmanagement, das wir im Kompetenznetz "Depression, Suizidalität" durchführen, beinhaltet zahlreiche Themen:

Kommunikationsmanagement

- Zentrale Kommunikations- und Informationsdreh Scheibe hinsichtlich organisatorischer und administrativer Aspekte
- Koordinierung und Professionalisierung von Kommunikationsabläufen

Qualitätssicherung und Projektcontrolling

- Überwachung des Projektfortschritts der einzelnen Subprojekte
- Koordination der termingerechten Einreichung von Statusberichten
- Berichterstattung an das Lenkungsgremium

Betreuung der Internetseiten Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“

- Unterstützung beim weiteren Ausbau der öffentlich zugänglichen Seiten
- Betreuung des nur Berechtigten zugänglichen Bereiches im Internet
- Entwicklung von Spezifikationen, Vereinbarungen für die Telematik/Telemedizin

Organisation von Kompetenznetz-Veranstaltungen

- Terminplanung – Räumlichkeiten – Einladungen
- Erstellung von Präsentationsmaterialien



GABO mbH & Co. KG
Gesellschaft für Ablauforganisation, Informationsverarbeitung und
Kommunikationsorganisation mbH & Co. KG
Oskar-von-Miller-Ring 29
D – 80333 München
Tel.: 0 89 / 28 81 04 – 0
Fax: 0 89 / 28 81 04 – 20
E-Mail: info@gabo.de
Internet: <http://www.gabo.de>

Herausgeber

Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität,
Nußbaumstraße 7, 80336 München (V.i.S.d.P.)

Redaktion

Maike Zander, Astrid Pichler

Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität, Nußbaumstraße 7,
80336 München, Telefon: 089 - 5160-5553 bzw. -5554, Fax: 089 - 5160-5557

eMail: maike.zander@psy.med.uni-muenchen.de

eMail: astrid.pichler@psy.med.uni-muenchen.de

© 1999 Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“

Layout, Grafik

GABO mbH & Co. KG

Gesellschaft für Ablauforganisation, Informationsverarbeitung und
Kommunikationsorganisation mbH & Co. KG

Prozessmanagement

