
Volkskrankheit Depression

Kurt Hahlweg

1. Die Bedeutung psychischer Störungen für Gesellschaft und Volkswirtschaft

Psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie oder somatoforme Störungen sind sehr häufig und haben in den letzten Jahren zugenommen. In Deutschland beträgt die Lebenszeitprävalenz 43 %; bezogen auf die letzten zwölf Monate waren 31 % der Erwachsenen erkrankt.¹ Neben den Belastungen und dem Leid, die psychische Störungen für die Patienten und die Angehörigen mit sich bringen, verursachen sie erhebliche Kosten für das Gesundheitswesen. Dies lässt sich an verschiedenen Parametern festmachen:

1. *Krankentage*: Seit 1997 steigt die Anzahl der Krankentage, die durch psychische Störungen verursacht werden, kontinuierlich an. Im Jahr 2007 machten sie 9,3 % aller Krankheitstage aus und lagen damit an 4. Stelle (1. Rang: Muskel- und Skeletterkrankungen mit 26 %; 2. Rang: Atemwegserkrankungen mit 16 %; 3. Rang: Verletzungen mit 15 %).

2. *Fallzeiten*: Während der durchschnittliche Erkrankungsfall zwölf Kalendertage dauerte, lagen die Fallzeiten bei psychischen Störungen bei 31 Tagen. Nur bösartige Tumorerkrankungen führten zu noch längeren Fehlzeiten (35,5 Tage je Fall). Muskel- und Skeletterkrankungen, wie zum Beispiel Rückenerkrankungen, dauerten im Durchschnitt 18 Tage pro Fall.

3. *Krankenhausfälle*: Die Krankenhausfälle nahmen von 1994 bis 2005 um 36 % zu (bei anderen, somatischen Erkrankungen nur um 11 %).

4. *Krankheitsdauer*: Die Zunahme langwieriger Erkrankungen, die durch psychische Störungen verursacht werden, hat erheblichen Einfluss auf den Krankenstand: Langzeitfälle mit über sechswöchiger Krankheitsdauer verursachten 42 % aller Krankentage, obwohl sie nur 4 % der Fälle ausmachten.

5. *Erwerbsminderungsrente*: Im Jahr 2003 waren psychische Störungen (vor allem Depressionen) mit 32 % die häufigste Ursache für die Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, gefolgt von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens.

6. *Volkswirtschaftliche Kosten*: Im Jahre 2006 betrug der Ausfall an Bruttowertschöpfung ca. 7 Mrd. Euro, dies entspricht 10,5 % des Gesamtausfalls; im Jahre 2000 lag der Anteil noch bei 5,3 %.

2. *Depressive Störungen*

Was haben Abraham Lincoln, Kaiserin Sissi, Ernest Hemingway, Hermann Hesse, Pablo Picasso, Marilyn Monroe, Ray Charles, Kurt Cobain, Eric Clapton oder Sebastian Deisler gemeinsam? Sie alle waren an einer klinisch bedeutsamen Depression erkrankt und einige, z. B. Hemingway oder Kurt Cobain, starben durch Suizid.

Grundsätzlich kennt jeder Mensch depressive Gefühlsstimmungen und depressive Symptome, denn sie gehören zum normalen Gefühlsleben dazu. Ein häufiger Grund für die noch immer vorherrschende Unterschätzung der Depression liegt darin, dass wir umgangssprachlich schon von Depressionen sprechen, wenn lediglich die Stimmung etwas gedrückt ist.

Eine depressive Erkrankung unterscheidet sich von diesen Stimmungen durch die Anzahl, Intensität, Qualität und Dauer der depressiven Symptome sowie durch die daraus resultierenden Einschränkungen im Vermögen, den Verrichtungen des Alltags nachzugehen. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung ins Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität zielt. Von einer Patientin wurde dies in folgende Worte gefasst: „Während meiner schweren körperlichen Erkrankung wollte ich Hilfe und hatte Hoffnung, während der Depression wollte ich nur mehr sterben.“

2.1 Die Klassifikation depressiver Störungen nach ICD-10

Eine „depressive Episode“ mit Krankheitswert liegt dann vor, wenn länger als zwei Wochen mindestens zwei der folgenden Hauptkriterien erfüllt sind: 1. depressive Stimmung (Schwermut) die meiste Zeit des Tages, 2. Interessenverlust oder Freudlosigkeit, 3. Antriebsmangel oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Weiterhin müssen zwei oder mehr zusätzliche Symptome vorhanden sein: Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls; unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle; Hoffnungslosigkeit; Suizidgedanken oder -handlungen; vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit; psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung; Schlafstörungen; verminderter oder gesteigerter Appetit; zahlreiche körperliche Beschwerden und Einbußen bei der Leistungsfähigkeit oder im sozialen Funktionsniveau.

Gerne übersehen wird die lang anhaltende (chronische), doch weniger stark ausgeprägte Depression, die sogenannte „Dysthymie“. Die depressiven Symptome müssen mindestens zwei Jahre lang anhalten und es sollten mindestens

zwei der folgenden Symptome bestehen: Energiemangel oder Erschöpfung; Freudlosigkeit; Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen; Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis; geringes Selbstwertgefühl; Konzentrationsstörungen oder Entscheidungsschwierigkeiten; Hoffnungslosigkeit.

Um für sich *selbst* festzustellen, ob eine Depression vorliegen könnte, können folgende Fragen einen ersten Hinweis geben:²

1. Haben Sie die Freude an Dingen verloren, die Ihnen sonst Spaß machen?
2. Fühlen Sie sich meist niedergeschlagen, traurig oder hoffnungslos?
3. Fehlt Ihnen der Antrieb für alltägliche Aufgaben?
4. Grübeln Sie viel?

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben und diese Beschwerden schon länger als zwei Wochen anhalten, dann beantworten Sie noch folgende Fragen:

1. Wachen Sie mitten in der Nacht oder auch frühmorgens auf, fühlen Sie sich dann schlecht und können nicht mehr einschlafen?
2. Haben Sie Konzentrationsprobleme, oder fällt es Ihnen neuerdings schwer, Entscheidungen zu treffen?
3. Haben Sie schon daran gedacht, dass es besser wäre, endlich tot zu sein?

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen bejahen, gibt es Verdachtsmomente, dass eine Depression vorliegen könnte. Sie sollten dann einen Fachmann (Psychiater, Psychotherapeuten) oder Ihren Hausarzt um Rat fragen.

2.2 Ursachen

Unser Wissen über die Ursachen der Entstehung und des Verlaufs von Depressionen sind immer noch sehr lückenhaft. Sicher ist, dass es sich dabei um ein *multikausales* Geschehen handelt, wobei von einer gegenseitigen Beeinflussung der beteiligten Faktoren ausgegangen wird. Wichtige Faktoren für die Entstehung einer Depression sind demnach:

- *Genetik*: Für Angehörige ersten Grades eines depressiv Erkrankten wird das Erkrankungsrisiko als etwa 1,5- bis 2-mal so hoch eingeschätzt wie in der nicht belasteten Bevölkerung.
- *kindliche Entwicklung*: Die Lebenssituation von depressiven Menschen ist häufig von vermehrten Konflikten, Scheidung, Verlusten, Suizid und anderen Schwierigkeiten geprägt. Diese Umstände können dazu beitragen, dass das Krankheitsrisiko für Kinder depressiver Eltern um das 2- bis 5-Fache erhöht ist.
- *Lebensereignisse*: Auch wenn die meisten Menschen nach schweren negativen Lebensereignissen (z. B. Tod eines Angehörigen, Scheidung, Arbeitslosigkeit) nicht klinisch depressiv werden, ist das Risiko hierfür bei Personen mit genetischer Morbidität erhöht. Belastende Lebensereignisse fungieren als Auslöser. Eine besondere Rolle spielt hierbei der Faktor Verlust.
- *biologische Stressoren*: Körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel eine Schilddrüsenunterfunktion, aber auch pharmakologische Substanzen können eine depressive Episode auslösen. Bei älteren Menschen kann die Depression durch die Neigung zum Rückzug ins Bett, durch Appetitlosigkeit oder durch zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Auch ist sehr gut belegt, dass der Verlauf vieler anderer Erkrankungen, wie z. B. Diabetes

mellitus, oder der Zustand nach einem Herzinfarkt äußerst negativ beeinflusst wird, wenn gleichzeitig eine unbehandelte Depression vorliegt.

- *Neurobiologie*: Als ausschlaggebend werden vor allem Imbalancen zwischen aminergen und cholinergen Transmittern gesehen. Inwieweit diese Transmitterimbilanzen Korrelat bzw. Folge emotionaler, kognitiver und körperlicher Vorgänge sind oder aber ihre Ursache, ist dabei nicht geklärt. Meist wird jedoch von einer gegenseitigen Beeinflussung zwischen Neurochemie und depressiver Symptomatik ausgegangen, stellt doch Depressivität selbst einen massiven zentralnervösen Stressor dar.

3. Volkskrankheit Depression?

Die große Bedeutung depressiver Erkrankungen ergibt sich aus der Häufigkeit, dem Verlauf, der Mortalität und den psychischen, sozialen und ökonomischen Krankheitsfolgen der Störung.

3.1 Epidemiologie

Häufigkeit: Nach Wittchen und Jacobi (2006) beträgt die 12-Monats-Prävalenzrate in Deutschland 13 %, die Lebenszeitprävalenz liegt bei 19 % (Frauen: 25 %, Männer: 12 %); somit sind ca. 6 Millionen Menschen betroffen, davon wiederum ca. 4 Millionen behandlungsbedürftig. Diese Zahlen gelten für Erwachsene im Alter von 18–65 Jahren. Es erscheint gesichert, dass Depressionen seit 1935 deutlich angestiegen sind. Schon 5 % der 12- bis 18-Jährigen haben eine depressive Episode erlebt.

Das mittlere *Erkrankungsalter* liegt bei 31 Jahren, wobei das *Ersterkrankungsalter* sinkt. Depressionen werden also häufiger und treten früher auf. Als Gründe werden soziale

Faktoren wie die zunehmende Urbanisierung, größere geografische Mobilität, die schnelle Veränderung der Lebensbedingungen oder die sinkende soziale Unterstützung durch Veränderung in den Familienstrukturen angeführt – die Scheidungsrate wird zukünftig bei 45 % liegen.

Das Erkrankungsrisiko für *Frauen* ist doppelt so hoch wie bei den Männern. Als Grund werden soziale (z. B. die Rolle der Frau) und biologische (z. B. Östrogen) Faktoren diskutiert, aber auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bereitschaft, über psychische Probleme zu kommunizieren. Verheiratete Frauen haben höhere Raten als ledige, die höchsten Raten nicht-berufstätige Frauen mit Kindern. Ebenso sind die Prävalenzraten bei jungen Frauen mit Kindern erhöht. Auch *sozioökonomische Marker* wie ein niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit und niedriger Ausbildungsstand sind mit erhöhten Raten einer depressiven Erkrankung korreliert.

Verlauf: Depressionen sind in der Mehrzahl episodisch verlaufende Erkrankungen mit einem rezidivierenden Verlauf: Bei ca. 70 % der Betroffenen ist davon auszugehen, dass nach einer ersten depressiven Episode mindestens eine weitere Episode folgt; im Mittel werden sechs Episoden über die Lebensdauer berichtet.

3.2 Soziale und ökonomische Krankheitsfolgen

Mortalität: Ca. 15 % der depressiven Personen begehen Suizid; insgesamt gab es im Jahr 2006 ca. 9400 Suizide in der Bundesrepublik und somit mehr Tote als durch Verkehrsunfälle, Tötungsdelikte und AIDS zusammen. Die Zahl der Suizidversuche liegt um den Faktor 7–12 höher als die der vollzogenen Suizide. Rund 80 % der Personen mit Suizidgedanken und -handlungen hatten eine depressive Episode. Der „Freitod“, d. h. der im gesunden Zustand getroffene Entschluss, sich das Leben zu nehmen, kommt

sehr selten vor. In der Altersgruppe der 15- bis 35-Jährigen steht der Suizid nach den Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen. Das höchste Suizidrisiko tragen ältere Männer, das höchste Suizidversuchsrisiko jüngere Frauen.

Arbeitsausfalltage: Depressionen sind in der Regel mit massiven Einschränkungen der Funktionstüchtigkeit und der Arbeitsproduktivität verbunden und gehen somit mit großen gesellschaftlichen Kosten einher. Hinsichtlich der Arbeitsausfalltage liegen Personen mit Depressionen deutlich über den Personen ohne eine solche Diagnose (25 versus 11,5 Tage). Bei psychischen Störungen im Allgemeinen und bei Depressionen im Besonderen ist zu beachten, dass nicht nur vermehrte berufliche Krankheitstage, sondern auch Produktivitätsminderungen und Funktionseinschränkungen an normalen Tagen und in allen Lebensbereichen zur Krankheitslast beitragen. Depressionen verursachen etwa drei Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2003 waren Depressionen die häufigste Ursache für die *Berentung* wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

*Behandlungskosten:*³ Die Behandlung von affektiven Störungen verursachte im Jahre 2002 Kosten in Höhe von ca. 4 Mrd. Euro. Die jährlichen Behandlungskosten schwankten zwischen 700 und 4000 Euro pro Patient. Somit gehören Depressionen zu den wichtigsten Erkrankungen unserer Zeit mit erheblichem Einfluss auf die Gesellschaft und das Gesundheitswesen.

3.3 Global Burden of Disease

Spätestens seit der Global-Burden-of-Disease-Studie der WHO ist die immense Bedeutung von Depressionen für Gesellschaft und Volkswirtschaft deutlich geworden. Depressionen sind in den Industrienationen schon heute nach ischämischen Herzerkrankungen für die meisten „durch Be-

hinderung beeinträchtigten Lebensjahre“ verantwortlich (Indikator, der die Erkrankungsjahre pro Bevölkerung berücksichtigt, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung durch die jeweilige Erkrankung). Diese in ihrer Deutlichkeit für viele überraschenden Ergebnisse waren für die WHO Anlass, Aktionsprogramme auf nationaler Ebene zur Bekämpfung depressiver Erkrankungen zu fordern.

Modellrechnungen für das Jahr 2020 prognostizieren, dass depressive Erkrankungen mindestens zur *zweitwichtigsten* schweren Erkrankung weltweit avancieren werden, wenn man die damit verbundene Belastung untersucht. Belastung bedeutet hier nicht nur die Beeinträchtigung der Lebensqualität oder auch der Lebenserwartung der betroffenen Personen, sondern auch zum Beispiel den Ausfall an Produktivkraft, die Belastung der Angehörigen und die Folgeschäden für Familie und soziales Umfeld. Die Depression als eine Erkrankung, die vorwiegend das mittlere und höhere Lebensalter betrifft, fällt in einen Lebensabschnitt größter Produktivität.

Seit Längerem ist deutlich, insbesondere durch den kontinuierlichen Anstieg der durch Depression bedingten Arbeitsunfähigkeit, dass die Depression nicht nur ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik und -versorgung sein muss, sondern auch von nicht zu unterschätzender Bedeutung für andere Politikbereiche wie Arbeitsmarktpolitik oder Familienpolitik ist.

4. Therapie

Antidepressiva und Psychotherapie (insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren und Interpersonelle Psychotherapie) sind sehr wirksam und helfen bei 60–70 % der akut erkrankten Patienten.⁴ Wirksame Behandlungen werden jedoch sehr häufig nicht eingesetzt, da Depressio-

nen übersehen und in ihrer Schwere unterschätzt werden. Dafür gibt es mehrere Gründe:

1. Die depressiv Erkrankten erleben ihre Erkrankung fälschlicherweise als persönliches Versagen und schämen sich, zum Arzt zu gehen. Viele Erkrankte sind auch zu hoffnungslos und kraftlos, um sich Hilfe zu holen.

2. Die meisten depressiven Patienten befinden sich beim Hausarzt in Behandlung. Ca. 11 % aller Patienten, die an einem Stichtag den Hausarzt aufsuchten, litten an einer Depression. Für diesen ist es oft schwierig, eine Depression zu diagnostizieren, da die Patienten körperliche Beschwerden in den Vordergrund stellen (sog. larvierte Depression) und emotionale Beschwerden kaum äußern. Sie klagen v. a. über Kopf- und Rückenschmerzen, Atembeschwerden (Luft hunger, Engegefühl), Herzbeschwerden (Druck, Herzrasen oder -stolpern); Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Durchfall, Schmerzen) oder Unterleibsbeschwerden (Zyklusbeschwerden, Krämpfe, Bauchschmerzen, Reizblase), sodass die zugrunde liegende Depression bei mehr als der Hälfte der Patienten nicht erkannt wird.

Insgesamt wird nur eine Minderzahl der durch Depression betroffenen Personen medizinisch erreicht. Geht man von der Anzahl der behandlungsbedürftigen depressiven Patienten aus (4 Mio. = 100 %), so sind 65 % (2,6 Mio.) in hausärztlicher Behandlung. Davon werden 33 % (1,3 Mio.) als depressiv Erkrankte diagnostiziert und nur 8 % (300.000) suffizient behandelt; allerdings sind nur 3,3 % (135.000) der Patienten nach mehr als drei Monaten noch compliant: a) weil ärztlicherseits keine wirksame Behandlung verordnet wurde oder b) weil die Patienten die Behandlung, z. B. die Einnahme von Antidepressiva, nicht einhalten bzw. vorzeitig wieder abbrechen oder das Angebot einer Psychotherapie ablehnen.⁵

5. Was ist zu tun?

Vordringliches Ziel muss sein, bestehende Störungen besser zu diagnostizieren und zu behandeln. Ein Grund für die unzureichende Behandlung depressiver Patienten liegt in Wissensdefiziten und Vorurteilen bezüglich der Diagnostik und Therapie in der Bevölkerung,⁶ aber auch bei den Behandlern. Wissen über die eigene Erkrankung kann Ängste und Vorurteile abbauen und das Hilfesuchverhalten und die Compliance verbessern. Das Internet erscheint hier als ein ideales Mittel, um das öffentliche Bewusstsein zu stärken. Es gibt verschiedene Webseiten im Internet, die bekannteste ist das „Kompetenznetzwerk Depression“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert wurde (<http://www.kompetenznetz-depression.de>). Die Angebote sind vielfältig und beinhalten Informationen für direkt Betroffene (Patienten, Angehörige) und (Haus-)Ärzte sowie für indirekt Betroffene wie Lehrer, Sozialarbeiter oder Personalsachbearbeiter. Das Angebot von Selbsthilfebüchern und Ratgebern ist vielfältig.⁷

5.1 Prävention

Ganz besonders wichtig ist es jedoch, das Auftreten depressiver Störungen zu verhindern. Präventive Maßnahmen werden zwar von den Krankenkassen finanziert, die Angebote sind jedoch vordringlich auf die Prävention somatischer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Übergewicht oder Diabetes gerichtet. Deshalb werden zurzeit vor allem Kurse gefördert, die versuchen, die bekannten Risiken bzw. Verhaltensweisen wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel oder Stress zu beeinflussen.

Wie bereits angedeutet, kann ein günstiger Zeitpunkt für Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen und insbesondere von Depression das Kindesalter sein:

Die Kindheit von später depressiven Patienten ist häufig von vermehrten partnerschaftlichen Konflikten der Eltern, Scheidung, Verlusterlebnissen, körperlichen und sexuellen Misshandlungen und anderen Schwierigkeiten geprägt. Ein wesentlicher Risikofaktor liegt vor, wenn ein Elternteil depressiv erkrankt ist. Dann ist das Krankheitsrisiko für die Kinder um das 2- bis 5-Fache erhöht.

5.2 Universelle Prävention: Elterliche Risikofaktoren für die Entwicklung kindlicher Störungen

Für die Prävention von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen im Kindesalter ist es vor allem wichtig, familiäre Risikovariablen zu verändern: inkonsistentes und bestrafendes Erziehungsverhalten, negative familiäre Kommunikationsmuster und chronische partnerschaftliche Konflikte. Sehr wesentlich ist auch, ob bei den Eltern psychische Störungen (wie z.B. Drogen- oder Alkoholmissbrauch) vorliegen.

Insbesondere depressive Probleme der Mutter, z.B. die postpartale (bis 1 Jahr nach der Geburt) Depression, die bei ca. 10–15 % der Mütter auftritt, wirken sich ungünstig auf die Entwicklung der Kinder aus. Nach wie vor sind es die Mütter, die in den ersten Lebensjahren den Hauptteil der anfallenden Betreuungsarbeit leisten, wobei viele sehr hohe Ansprüche an sich stellen – sie wollen die perfekte Mutter sein – und an diesem Anspruch früher oder später scheitern. Selbstvorwürfe, Schuld- und Schamgefühle und schließlich depressive Verstimmungen sind die Folge. Hinzu kommt, dass sich bei 30 % der Beziehungen nach der Geburt eines Kindes die Qualität der Partnerschaft verschlechtert, ein weiterer Faktor, der zu Depressionen führen kann.

Eine Reduktion der familiären Risikovariablen durch möglichst frühzeitige präventive Interventionen bereits im Kindergartenalter erscheint nach vorliegenden Befun-

den als dringend geboten: Je früher interveniert wird, desto größer ist auch die Chance, dass sich das Verhalten nicht bereits stabilisiert hat.

Insbesondere Programme zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz wie das Positive Erziehungsprogramm Triple P (www.triplep.de) sollten verstärkt zum Einsatz kommen.⁸ Ziel dieses wissenschaftlich fundierten Programms ist es, Eltern dabei zu unterstützen, eine liebevolle und fördernde Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen. Es werden Wege aufgezeigt, Kinder auf konstruktive, nicht verletzende, gewaltfreie Weise zu erziehen, ihre gesunde Entwicklung zu fördern sowie sie dabei zu unterstützen, die altersspezifischen Anforderungen zu meistern. Die wichtigsten Grundlagen sind liebevolle Zuwendung und eine angemessene Kommunikation in der Familie. Triple P unterstützt Eltern darin, ihre Kinder mit einem autoritativen, manchmal auch partizipativ oder demokratisch genannten Erziehungsstil zu erziehen. Entsprechend fördert das Programm sowohl Warmherzigkeit, Liebe und Zuwendung als auch Struktur, klare Regeln und Konsequenzen. Die langfristige Wirksamkeit dieses und anderer kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Elterntaining-Programme ist gesichert.⁹

Für Kinder im Schulalter liegt ebenfalls ein evidenzbasiertes Präventionsprogramm vor (LARS & LISA¹⁰), das an Grund- und weiterführenden Schulen von Lehrern und Lehrerinnen im Klassenverbund durchgeführt werden kann.

Zur Reduktion depressiver Störungen erscheint es dringend notwendig, evidenzbasierte Programme flächendeckend einzuführen, da alle therapeutischen Interventionen die Häufigkeit von Neuerkrankungen (Inzidenz) nicht beeinflussen können.

Zum Abschluss sollen als Selbsthilfe für Angehörige die häufigsten *Fehler* aufgeführt werden, die im Umgang mit depressiv Erkrankten vermieden werden sollten:

1. die Aufforderung, sich „zusammenzureißen“,
2. Überzeugungsversuche und Diskussionen,
3. Versuche, dem Patienten einzureden, es gehe ihm / ihr besser,
4. Kritik, Angriffe und Vorhaltungen,
5. Floskeln,
6. die Empfehlung, in fremde Umgebung zu fahren,
7. der Rat, wichtige Entscheidungen zu treffen.

Anmerkungen

¹ Wittchen, Hans-Ulrich / Jacobi, Frank: Epidemiologie. In: *Stoppe, Gabriela / Bramesfeld, Anke / Schwartz, Friedrich-Wilhelm* (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression?* Heidelberg 2006, 15–37.

² Hautzinger, Martin: *Ratgeber Depression*. Göttingen 2006.

³ Blume, Anne / Hegerl, Ulrich: Internetbasierte Kommunikation im Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“: Erfahrungen und Chancen. In: *Bauer, Stephanie / Kordy, Hans* (Hrsg.): *E-mental-health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg 2008, 61–72.

⁴ Möller, Hans Jürgen / Laux, Gerd / Deister, Arno: *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart ²2001, 5.

⁵ DeJong, Renate / Hautzinger, Martin / Kühner, Christine / Schramm, Elisabeth: *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen*. Göttingen 2007.

⁶ Blume / Hegerl 2008.

⁷ Hautzinger 2006.

⁸ Heinrichs, Nina / Bodenmann, Guy / Hahlweg, Kurt: *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen 2006.

⁹ Vgl. Heinrichs et al. 2006.

¹⁰ Vgl. DeJong et al. 2007.