

[zur Übersicht](#)

Depression F30 - 39

Zitiervorschlag: Rieß, A. (2020). „Depression“. Abgerufen von Url

<https://wsd-bw.de/doku.php?id=wsd:werkzeug:verhalten:themen:themenfeld5:d04>, CC BY-SA 4.0

ICD 10
bzw. 11

-
- **F30.** Manische Episode: einzelne hypomanische oder manische Episode
-
- **F31.** Bipolare affektive Störung: wenigstens zwei gegensätzliche Episoden (manisch/ hypomanisch), in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört ist
-
- **F32.** Depressive Episode: gedrückte Stimmung in leicht, mittelgradig und schwer kategorisierte Verminderung von Antrieb und Aktivität
-
- Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert.
-
- **F33.** Rezidivierende depressive Störung: wiederholte depressive Episoden
-
- **F34.** Anhaltende affektive Störungen: anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können
-
- **F38.** Andere affektive Störungen: Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der oben genannten Kategorien F30-F34 in Bezug auf Ausprägung und Dauer nicht erfüllen
-
- **F39.** Nicht näher bezeichnete affektive Störung
-
- Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen
-
- Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen
-
- 10 - 18% der Menschen in Deutschland werden einmal in ihrem Leben depressiv
-
- An einem beliebigen Tag sind ca. 7% der Deutschen depressiv
-
- Die Hälfte aller Depressionen beginnt vor dem 30. Lebensjahr
-
- Circa 12% der Jungen und 20% der Mädchen werden über die Zeit einmal depressiv
-
- Zu einem beliebigen Messzeitpunkt sind 4% - 8% der Jugendlichen als depressiv einzustufen
-
- Bereits während milder depressiver Phasen besteht ein Suizidrisiko
-
- 60% der betroffenen Kinder und Jugendlichen berichten über Suizidgedanken
-
- Suizid ist dritthäufigste Todesursache
-
- 10-15% der Menschen mit schwerer Depression sterben durch Suizid
-
- 75% der Depressionen treten nach symptomfreien Zeiten wieder auf
-
- Durchschnittlich ist mit sieben bis acht solcher depressiven Phasen zu rechnen

Statistik

	Die hier beschriebenen Risikofaktoren gelten in vielen Fällen für die erste Episode. Beim Wiederauftreten einer depressiven Episode gelingt es oftmals nicht, einen unmittelbaren Zusammenhang mit einem belastenden Faktor zu entdecken. Biografische Entwicklung • Verlust wichtiger Bezugspersonen • Traumatisierung • Migration Familiendynamik • Einsamkeit Rückzug und Inaktivität verstärkt Depressionen Selbst • Perfektionismus Ungünstige Attribuierung von Erfolg und Misserfolg • Erfahrung, dass durch das eigene Tun wenig Veränderung erreicht wird Harmoniebedürfnis Individuelle Voraussetzung • Dauerhaft Überforderung Gesundheit • Ängstlichkeit • Langanhaltende Belastung wie Krankheit • Störung des Gehirnstoffwechsels • Strukturveränderung im Gehirn • Genetischer Aspekt • Chronische Schmerzen (Vor-) schulischer Kontext • Langanhaltende Belastung wie Überforderung im Unterricht Peerbeziehung • Rückzug und Inaktivität verstärkt Depressionen • 1/3 leidet zusätzlich unter einer Störung des Sozialverhaltens • 2/3 treten zusätzliche Sucht- oder Angsterkrankungen auf • 1/5 liegt eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung vor
Ursachen und Risikofaktoren	
Komorbidität (je nach Quelle)	Bei Jungen sind Teilleistungsschwächen, Konzentrationsstörungen beobachtbar • Bei Mädchen sind Essstörungen beobachtbar • Missbrauch von Alkohol und Drogen kann zusätzlich vorliegen • Zwangserkrankungen • Körperliche Erkrankung und Depression können sich gegenseitig auslösen

Symptome

- Allgemein:
- Gedrückte Stimmung ohne erkennbaren Auslöser
- Allgemeines Desinteresse
- Aktivitäten, die sonst gerne gemacht wurden machen keine Freunde mehr
- Reduzierung von Gefühlen bis völliges Fehlen von Gefühlen
- Änderungen im Schlafrhythmus oder Schlafdauer
- Besondere Anlaufschwierigkeiten morgens
- Verlangsamte oder reduzierte Bewegung
- gesteigerter oder reduzierter Appetit
- Ab- oder Zunahme von Gewicht (Mädchen nehmen eher ab, Jungs eher zu)
- Motivationslosigkeit
- Erschöpfungsgefühl
- Geringes Selbstvertrauen
- Selbstzweifel
- Selbstvorwürfe
- Übersteigerte Schuldgefühle
- Nachdenken über Tod und Sterben
- Gedanken über Selbstmord
- Klagen, Jammern, Nörgeln
- Harmoniebedürfnis, mangelnde Auseinandersetzungsfähigkeit
- Kaum Blickkontakt
- Kraftloser Händedruck
- Leises, monotones oder seltenes Sprechen
- Viel nach unten schauen
- Bei Schulkindern im Speziellen:
- Darüber reden, traurig zu sein
- Suizidgedanken
- Sorge, von den Eltern nicht gemocht zu werden
- Schulschwierigkeiten
- Stilles Verhalten
- Häufiges weinen
- Ab der Pubertät im Speziellen:
- Kaum Selbstvertrauen
- Apathie/ Gleichgültigkeit
- Verringerte Leistungsfähigkeit
- Schulschwierigkeiten
- Stimmungsschwankungen
- Gereiztheit und Unruhe
- Sozialer Rückzug
- Körperliche Beschwerden
- Suizidalität

	• Psychotherapie/ Medikation: • Kognitive Verhaltenstherapie (80% Erfolgsquote) • Psychoanalytische Therapie (80% Erfolgsrate) • Bei schwerer Depression wird eine medikamentöse Behandlung vorgeschlagen • Der Erfolg von rein pädagogischen Interventionen bei Depression konnte noch nicht ausreichend nachgewiesen werden • Der Erfolg bei kombinierter Unterstützung aus Therapie und pädagogischen Maßnahmen wurde nachgewiesen. • Sicherheit vermitteln und Beziehung erhalten bzw. aufbauen: • Präsenz zeigen • Das Wissen darum stärken, dass ein Erwachsener Zeit für die Nöte hat • Ernstgemeintes (echtes) Vertrauen in die Fähigkeit der erkrankten Person setzen • Echte Entwicklungsmöglichkeiten besprechen • Keine leeren Versprechungen machen • Auslösende Problemlagen lösen oder den Umgang damit modellieren und üben • Auf realistische Hoffnungspunkte aufmerksam machen • Gesprächsbereitschaft: • Interesse an den Gefühlen und Gedanken der Kinder und Jugendlichen zeigen • Intensives Nachfragen der Kinder und Jugendlichen erlauben • Eigene Beobachtungen und Wahrnehmungen thematisieren • Allgemeine Themen ansprechen • Versuchen die Informationen zwischen den Zeilen und jenseits des Ausgesprochenen zu lesen • Gehörtes zusammenfassen und rückmelden • Eigene Interpretation immer wieder hinterfragen • Deutungshoheit über getroffene Aussagen beim Jugendlichen belassen • Kontakt auch in schwierigen Situationen halten • Kontakt immer wieder eigenständig einleiten und halten
Intervention allgemein	• Aushalten, dass die Jugendlichen die Kontaktaufnahme würdigen • Vorwürfe aushalten, dass man sich in ihre „Angelegenheiten“ einmische, aushalten • Geduldiges begleiten und keine übersteigernde Erwartung an den Genesungsprozess stellen • Schuldzuweisungen an den Jugendlichen unterlassen • Körperliche Symptome ernst nehmen und nicht negieren • Auf Zusammenhänge zwischen Depression und körperlichen Beschwerden Hinweisen • Tagesstruktur gestalten: • Tagesstruktur für die Jugendlichen setzen (kleine, überschaubare, bewältigbare Abschnitte) • Tagesplan visualisieren • Jugendliche anhalten, sich am Tagesplan zu orientieren • Balance zwischen klarer Tagesstruktur und flexiblem Eingehen halten • Aktivierung/ Sozialkontakte: • Unkontrolliertes schonen vermeiden • Schonung und Aktivität planen • Initiative zu Aktivitäten ergreifen, insbesondere dann, wenn es den Jugendlichen schlecht geht • Zu Aktivitäten auffordern, auch wenn sie nicht gleich Freude bereiten • Insbesondere körperliche Aktivitäten sind hilfreich (Serotonin Ausschüttung) • Bei 50% der Patienten erfolgt eine Verbesserung durch regelmäßigen Sport • Verstärkerpläne einsetzen mit Aktivitäten die vor der depressiven Phase Freude bereitet haben • Kontakte zu anderen Jugendlichen anbahnen/ aufrechterhalten • Zeit im Freien anbahnen (Licht) • Entspannungstechniken einsetzen • Denkmuster Hinterfragen (Schwarz-Weiß Denken/ Übergeneralisierung): • Gedankengänge die sich in Negativschleifen bewegen unterbrechen • Auf die Negativschleifen hinweisen • Gedanken und Gefühle aufschreiben lassen

Literatur

Baierl, M. (2017). Herausforderung Alltag – Praxishandbuch für pädagogische Arbeit mit psychisch gestörte Jugendlichen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Beerbom, C.; Netzwerk Schule und Krankheit Universität Potsdam, Bundesverband Aphasie e. V. (Aphasie) (2010). Handreichung Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen. Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM).

[< zur Übersicht](#)

From:
<https://wsd.saf-fr.de/> -

Permanent link:
<https://wsd.saf-fr.de/doku.php?id=wsd:verhalten:themen:themenfeld5:d04>

Last update: **2024/07/01 16:59**

