

40 Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie

K. Beesdo-Baum, H.-U. Wittchen

40.1 Was sind depressive Störungen? – 880

40.2 Klassifikation und Diagnostik – 881

40.2.1 Klassifikation – 881

40.2.2 Diagnostisches Vorgehen – 881

40.2.3 Diagnostik – 884

40.3 Epidemiologie – 885

40.3.1 Prävalenz – 885

40.3.2 Epidemiologische Risikofaktoren – 886

40.3.3 Assoziierte Merkmale – 888

40.4 Störungsverlauf – 889

40.5 Entstehungsbedingungen – 890

40.5.1 Distale Faktoren – 891

40.5.2 Proximale Faktoren – 892

40.5.3 Psychologische Depressionstheorien – 893

40.6 Interventionsansätze – 898

40.6.1 Prinzipien – 898

40.6.2 Verfahren – 900

40.6.3 Effektivität – 908

40.7 Resümee – 910

Literatur – 911



Klinisch betrachtet

Fallbeispiel Frau M.

Frau M., eine 57-jährige Geschäftsfrau in leitender Position, stellt sich aus eigener Initiative zur Behandlung vor, weil sie seit einigen Wochen ihren Alltag nicht mehr bewältigen könne. Sie berichtet, dass sie bereits in den frühen Morgenstunden aufwache und dann innerlich angespannt und unruhig im Zimmer ständig auf und ab laufe. Sie fühle sich den ganzen Tag über schlecht, aber am frühen Morgen ginge es ihr am schlimmsten – sie denke dann sogar zeitweise daran, sich das Leben zu nehmen. Frau M. gibt an, 8–10 kg abgenommen zu haben. Ihre Mimik ist starr. Sie wirkt interessen- und freudlos. Sie klagt auch darüber, dass sie ihren Humor verloren habe, der in ihrem Leben normalerweise eine Stütze gewesen sei. Wenn ihre Enkelkinder sie besuchen, müsse sie sich regelrecht zu einem Lächeln zwingen. Sie fühle sich innerlich leer und energielos und schaffe es nicht mehr wie früher, mit den Kindern zu spielen. Frau M. schildert darüber hinaus starke Schuldgefühle, die nicht bizarrer oder wahnhafter Natur sind. Sie fühle sich als totale Versagerin in allen Bereichen – in der Arbeit, als Ehefrau und Großmutter. Sie glaubt, ihre Firma und ihre Familie im Stich zu lassen und entschuldigt sich ständig dafür, dass es ihr immer noch nicht besser gehe.

Auf die Frage nach ihrer allgemeinen Stimmung beschreibt sich Frau M. als »innerlich tot«. Obwohl sie schon viele depressive Episoden erlebt habe, sei es zuvor niemals so schlimm gewesen. Selbst nach dem Tod ihres Vaters, zu dem sie ein sehr enges Verhältnis hatte, sei es ihr nicht so schlecht gegangen. Frau M. falle es sehr schwer, ihre Gefühle zu beschreiben, und sie leide unter einem schrecklichen emotionalen Schmerz, den sie mit Worten kaum ausdrücken könne.

Aus der Vorgeschichte geht hervor, dass Frau M. mehrere depressive Episoden hatte, die von relativ kurzer Dauer waren und maximal nach 3–6 Wochen wieder vollständig ohne Medikation oder Hospitalisierung remittierten. Als Auslöser für diese Episoden konnte Frau M. jeweils psychosoziale Stressereignisse benennen. Ähnlich entwickelte sich auch die aktuelle depressive Episode nach einer geschäftlichen Niederlage. Allerdings trat diesmal keine Besserung nach der Stabilisierung der geschäftlichen Situation ein, sondern eine zunehmende Verschlechterung, die das gesamte Leben von Frau M. überschattete. Innerhalb von 6 Wochen war es Frau M. nicht mehr möglich, ihren Berufs- und Freizeitaktivitäten nachzugehen. Sie lag den ganzen Tag teilnahmslos im Bett.

40.1 Was sind depressive Störungen?

Fast jeder Mensch erlebt hin und wieder vereinzelt depressive **Symptome** wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit, z. B. im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen, Erkrankungen oder sozialen Stresssituationen. Von einer behandlungsbedürftigen depressiven **Störung** spricht man allerdings erst, wenn die Symptome eine be-

stimmte Zeitdauer, Persistenz und Intensität überschreiten. Als Kernmerkmale einer Major Depression, als häufigste Form depressiver Störungen, gelten über mindestens 2 Wochen andauernde, d. h. durchgängig bzw. an den meisten Tagen auftretende typische Symptome des depressiven Syndroms. Hierzu gehören eine niedergeschlagene, depressive oder traurige Stimmungslage sowie der Verlust an Freude und Interesse an nahezu allen Tätigkeiten und Aktivitäten,

Gut zu wissen

Die vielen Gesichter der Depression**Emotionale Symptome**

Gefühle von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Verzweiflung, Schuld, Schwermut, Reizbarkeit, Leere, Gefühllosigkeit.

Kognitive Symptome

Grübeln, Pessimismus, negative Gedanken, Einstellungen und Zweifel gegenüber sich selbst (»Ich bin ein Versager«), den eigenen Fähigkeiten, seinem Äußeren, der Umgebung und der Zukunft, Suizidgedanken, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, schwerfälliges Denken, übermäßige Besorgnis um die körperliche Gesundheit.

Physiologisch-vegetative Symptome

Energielosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Schlafstörungen, Morgentief, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Libidoverlust, innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Wetterfühligkeit, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Magenbeschwerden und Kopfdruk).

Behaviorale/motorische Symptome

Verlangsamte Sprache und Motorik, geringe Aktivitätsrate, Vermeidung von Blickkontakt, Suizidhandlungen, kraftlose, gebeugte, spannungslose Körperhaltung oder nervöse, zappelige Unruhe, starre, maskenhafte, traurige Mimik, weinerlich besorgter Gesichtsausdruck.

die der Person üblicherweise Freude bereiten. Gleichzeitig treten bei einer Major Depression eine kritische Anzahl (s. unten) weiterer, von Person zu Person variabler typischer Symptome auf, wie Appetit- und/oder Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Energieverlust, Konzentrationsstörungen, Verlust des Selbstwertgefühls oder Selbstvertrauens, Suizidgedanken oder -handlungen. Treten mindestens 5 derartige Symptome durchgängig über mindestens 2 Wochen auf, sprechen wir von einer depressiven Episode oder einem depressiven Syndrom. Beim depressiven Syndrom und bei depressiven Störungen handelt es sich also nicht einfach um eine ausgeprägte Traurigkeit, sondern um Störungen des gesamten Organismus; sie sind durch ein typisches Cluster von Symptomen auf der emotionalen, kognitiven, physiologischen, motorischen, sozial-interaktiven und verhaltensbezogenen (behavioralen) Ebene charakterisiert (► Kasten »Gut zu wissen«).

40.2 Klassifikation und Diagnostik

40.2.1 Klassifikation

Depressive Störungen werden im DSM-IV (APA, 1994, 2000) unter der diagnostischen Hauptgruppe »affektive Störungen« (»mood disorders«) geführt und beinhalten die Major Depression, die dysthyme Störung und die nicht näher bezeichnete depressive Störung. Neben den depressiven Störungen (auch mono- oder unipolare Depressionen genannt) umfassen affektive Störungen auch die **bipolaren Störungen** (früher manisch-depressives Kranksein genannt, heute Bipolar-I-Störung, Bipolar-II-Störung, zyklotyme Störung), die zusätzlich durch das Auftreten manischer, hypomaner oder gemischter [= gleichzeitiges Vorliegen depressiver wie auch (hypo-)manischer Symptome] Episoden charakterisiert sind (► Kap. 39). Ferner gehören zu den affektiven Störungen affektive Syndrome, deren Beginn und Verlauf entweder auf einen medizinischen Krankheitsfaktor oder den Einfluss einer psychotrop wirksamen Substanz (Medikamente, Drogen) eindeutig zurückgeführt werden kann.

Bei der diagnostischen Verschlüsselung depressiver und bipolarer Störungen sind eine Vielzahl von weiteren diagnostischen Zusatzkodierungen zu berücksichtigen, die sich auf den aktuellen Schweregrad (Anzahl und Ausprägungsgrad der Symptome: leicht, mittel und schwer), das Auftreten weiterer psychopathologischer Symptome (z. B. Vorliegen psychotischer Symptome) sowie den Krankheitsverlauf (z. B. einzelne oder wiederkehrende [rezidivierende] Episoden; chronische Symptomatik) beziehen.

Traditionelle Begriffe wie »neurotische Depression«, »reaktive Depression« oder »endogene Depression« finden

Wichtig

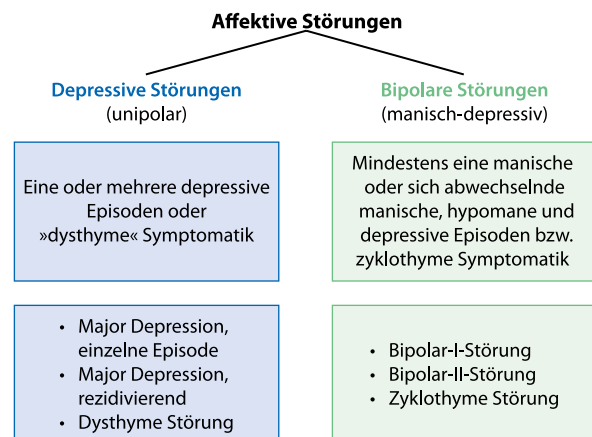
Zu beachten ist, dass bipolare Störungen aus klinisch-therapeutischen Gesichtspunkten den depressiven Störungsdiagnosen übergeordnet sind; d. h., wann immer manische Episoden irgendwann im Störungsverlauf aufgetreten sind, ist die Diagnose »bipolare Störung« – ungeachtet der Form der aktuellen Symptomatik – zu stellen. Daran wird deutlich, dass für die Differenzialdiagnose affektiver Störungen eine lebenszeitbezogene Erfassung der Beschwerden des Patienten immer unerlässlich ist.

in den moderneren deskriptiv-orientierten Klassifikationssystemen seit der Einführung des DSM-III (APA, 1980) bzw. der ICD-10 (WHO, 1993) aus verschiedenen inhaltlichen und methodischen Gründen keine Verwendung mehr (► Kap. 2), werden aber durchaus noch von vielen Praktikern angewandt.

40.2.2 Diagnostisches Vorgehen

Die Diagnose affektiver Störungen beginnt immer mit der Beurteilung des Vorliegens **affektiver Episoden**. Hierzu gehören die Episode einer Major Depression, die hypomane Episode, die manische Episode und die gemischte Episode. Affektive Episoden stellen aber selbst keine kodierbaren Störungen dar. Erst ihre typische Kombination mit weiteren Merkmalen des Verlaufs sowie differenzialdiagnostische Abgrenzungen unter Beachtung des bisherigen Lebensverlaufs erlauben die Diagnosestellung (► Abb. 40.1).

Eine depressive Störung wird nur dann diagnostiziert, wenn im bisherigen Lebensverlauf entweder depressive Episoden (Episode einer Major Depression) oder jahrelang



► Abb. 40.1. Überblick – Affektive Störungen im DSM-IV

persistierende dysthyme, depressionsähnliche Symptome (dysthyme Störung) aufgetreten sind, ohne dass die Kriterien für eine hypomane, manische oder gemischte Episode erfüllt wurden bzw. andere Störungen für das Beschwerdebild verantwortlich gemacht werden können (z. B. depressive Beschwerden bei einer Schizophrenie oder körperliche Erkrankungen, die ein depressives Störungsbild verursachen und aufrechterhalten können). Die Kriterien der Episode einer Major Depression und der kodierbaren Diagnosen Major Depression und dysthyme Störung sind dem ► Kasten auf S. 883 zu entnehmen.

Wichtig

Wird es in der Revision von DSM, dem DSM-V, bedeutende Änderungen geben? Die Antwort lautet Nein für die Major Depression. Allerdings werden möglicherweise dimensionale Zusatzkodierungen (sog. »specifiers«) aufgenommen, bei der die Diagnostiker u. a. das Vorliegen therapeutisch und prognostisch bedeutsamer Phänomene kodieren können. Hierzu gehören möglicherweise Suizidalität und Angstsymptome. Tiefgreifendere Änderungen werden dagegen für die dysthyme Störung erwogen: Diskutiert wird, ob depressive Störungen mit einer Dauer von länger als 2 Jahren, d.h. die Dysthymie und die Major Depression mit der Zusatzkodierung »chronisch« (vollständige Kriterien für mindestens 2 Jahre durchgehend erfüllt), gemeinsam in einer neuen diagnostischen Kategorie »chronische depressive Störung« zusammengefasst werden. Studien zeigten, dass sich beide Störungen in Bezug auf Symptommuster, demographische Variablen, familiäre Psychopathologie oder Ansprechen auf Behandlung nicht wesentlich voneinander unterscheiden (z. B. McCullough et al. 2008), aber in derartigen Variablen in negativer Hinsicht von depressiven Störungen kürzerer Dauer zu differenzieren sind.

Interessiert an Details des aktuellen Diskussionsstands? Dann gehen Sie einfach auf die Website <http://www.dsm5.org>. Dort finden Sie alle aktuellen Informationen über mögliche Änderungen und ihre Begründung.

Major Depression

Die Diagnose Major Depression ist gekennzeichnet durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression, d. h. einer depressiven Verstimmung oder dem Verlust des Interesses bzw. der Freude an fast allen Aktivitäten über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen. Zudem müssen mindestens vier der folgenden Symptome vorliegen: Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuldgefühle, Konzentrations-/Ent-

scheidungsschwierigkeiten sowie Suizidgedanken, -pläne oder -versuche. In Abhängigkeit von der Anzahl im bisherigen Lebensverlauf aufgetretener Episoden einer Major Depression wird unterschieden zwischen einer einzelnen und einer rezidivierenden Major Depression (► Kasten). Ferner wird die Major Depression noch weiter diagnostisch differenziert nach

- Schweregrad (leicht, mittel, schwer),
- Vorliegen weiterer kritischer Symptome (wie z. B. psychotischen oder melancholischen Merkmalen) sowie
- bestimmten vermeintlichen Ursachen (z. B. Postpartum-Beginn).

Dysthyme Störung

Kernmerkmal der dysthymen Störung ist eine über mindestens 2 Jahre an der Mehrzahl der Tage auftretende depressive Verstimmung, ohne dass die vollen Kriterien einer Episode einer Major Depression erfüllt sind. Die für die Diagnose erforderlichen dysthymen Symptome sind oft weniger persistierend und können stärker fluktuieren; sie umfassen zusätzlich zumindest zwei der folgenden Symptome: Appetitveränderungen, Schlafstörungen, Energiemangel, geringes Selbstwertgefühl, Konzentrationsschwierigkeiten sowie Gefühle der Hoffnungslosigkeit. Die depressive Symptomatik bei der dysthymen Störung erscheint im Querschnitt weniger akut schwer ausgeprägt als bei der Major Depression, besteht aber langjährig. Tritt nach einer mindestens 2-jährigen dysthymen Symptomatik eine Episode einer Major Depression auf, so spricht man von »Double Depression«.

Nicht näher bezeichnete depressive Störung

In dieser Diagnosekategorie werden alle Störungen kodiert, die depressive Merkmale aufweisen, welche aber nicht die Kriterien einer Major Depression, dysthymen Störung, Anpassungsstörung (mit depressiver Verstimmung oder mit gemischter Angst und depressiven Symptomen) erfüllen. Hier sind u. a. zu nennen:

- prämenstruelle dysphorische Störung,
- leichte depressive Störungen (2 Wochen Dauer, aber weniger als fünf der definierten Kriterien) oder
- eine rezidivierende kurze depressive Störung.

Im DSM-IV sind **Zusatzkodierungen** vorgesehen, um die diagnostische Genauigkeit zu erhöhen und damit auch die Prognose und die Wahl der Behandlungsmethode zu erleichtern. So kann die aktuelle bzw. letzte depressive Episode bezüglich ihres klinischen Zustandes (leicht, mittel-schwer, schwer mit oder ohne psychotische Merkmale, teilremittiert, vollremittiert) und anderer Merkmale (chronisch, mit katatonen, melancholischen oder atypischen Merkmalen, mit postpartalem Beginn) charakterisiert wer-

Diagnostische Kriterien depressiver Störungen nach DSM-IV

Schlüsselsyndrom: Episode einer Major Depression

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome sind über 2 Wochen aufgetreten und mindestens eines ist (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude:
1. depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages,
 2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten, an fast allen Tagen,
 3. deutlicher Gewichts-/Appetitverlust oder Gewichtszunahme/Appetitsteigerung,
 4. Schlaflosigkeit/vermehrter Schlaf an fast allen Tagen,
 5. psychomotorische Unruhe/Verlangsamung an fast allen Tagen,
 6. Müdigkeit/Energieverlust an fast allen Tagen,
 7. Gefühle von Wertlosigkeit/Schuld an fast allen Tagen,
 8. Konzentrations- und Entscheidungsprobleme an fast allen Tagen,
 9. wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids.
- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien der gemischten Episode.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Einschränkungen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung von Substanzen (z. B. Kokainentzug) oder medizinische Faktoren (z. B. Hypothyreose) zurück.
- E. Symptome sind nicht besser durch einfache Trauer erklärbar (d. h., nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als 2 Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert).

Kodierbare Diagnose: Major Depression, einzelne Episode (ICD-10: F32.x)

- A. Vorhandensein einer einzelnen Episode einer Major Depression.
- B. Die Episode kann nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizophreniforme Störung, wahnhaftige Störung oder psychotische Störung.
- C. Es trat niemals eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode auf.

Kodierbare Diagnose: Major Depression, rezidivierend (ICD-10: F33.x)

- A. Vorhandensein von zwei oder mehreren Episoden einer Major Depression. (Episoden werden als getrennt gewertet, wenn in einem mindestens 2-monatigen Intervall die Kriterien für eine Episode einer Major Depression nicht erfüllt sind.)
- B. Die Episode kann nicht besser durch eine schizoaffektive Störung erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, schizophreniforme Störung, wahnhaftige Störung oder nicht näher bezeichnete psychotische Störung.
- C. In der Anamnese gab es niemals eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode.
- Beachte:** Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn alle einer manischen, gemischten oder hypomanen Episode ähnlichen Symptombilder substanz- oder behandlungsinduziert oder die direkte Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors waren.

Kodierbare Diagnose: Dysthyme Störung (ICD-10: F34.x)

- A. Depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage über einen 2-jährigen Zeitraum andauert.
- B. Dabei treten mindestens zwei der folgenden Symptome auf:
1. Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen,
 2. Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis,
 3. Energiemangel oder Erschöpfung,
 4. geringes Selbstwertgefühl,
 5. Konzentrationsstörungen oder Entscheidungsschwernis,
 6. Gefühl der Hoffnungslosigkeit.
- C. In der betreffenden 2-Jahres-Periode gab es keinen Zeitraum von mehr als 2 Monaten ohne Symptome.
- D. In den ersten 2 Jahren der Störung bestand keine Episode einer Major Depression, d. h. das Störungsbild wird nicht besser durch eine chronische oder teilremitierte Major Depression erklärt.

Beachte: Eine Episode einer Major Depression kann vor einer dysthymen Störung aufgetreten sein, vorausgesetzt, dass eine vollständige Remission erfolgt ist (d. h. für mindestens 2 Monate keine bedeutsamen Symptome). Nach den ersten 2 Jahren einer dysthymen Störung können sich Episoden einer Major Depression





- und dysthymen Störung überlagern (»Double Depression«).
- E. Zu keinem Zeitpunkt ist eine manische Episode, eine gemischte Episode oder eine hypomane Episode aufgetreten, die Kriterien für eine zylothyme Störung waren niemals erfüllt.
- F. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer chronischen psychotischen Störung auf.
- G. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung von Substanzen oder medizinische Faktoren zurück.
- H. Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Einschränkungen.

den. Bei rezidivierenden depressiven Episoden besteht darüber hinaus die Möglichkeit, den Langzeitverlauf (mit oder ohne Vollremission im Intervall, mit saisonalem Muster) genauer zu beschreiben.

40.2.3 Diagnostik

Die Diagnosestellung einer depressiven Störung erfordert zunächst die zuverlässige und valide Erfassung der entsprechenden Symptome inklusive ihrer zeitlichen Auftretensmuster und Intensität. Hierfür sind dimensionale Depressionsskalen wie das »Beck Depressions-Inventar« (BDI, Beck, Hautzinger, Bailor, Worall & Keller, 1995; BDI-II, Beck, Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) oder die »Hamilton Depression Scale« (HAM-D; Hamilton, 1960) allein kein geeignetes Mittel, da sie lediglich den aktuellen Schweregrad des depressiven Syndroms abbilden.

Da aber für Diagnosen depressiver Störungen komplexe Entscheidungen zu treffen sind, empfiehlt es sich in der Regel strukturierte (z. B. »Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV«, SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) oder standardisierte (z. B. DIA-X; Wittchen & Pfister, 1997) diagnostische Interviews zur Diagnostik einzusetzen (► Kap. 16). Diese erlauben es auch, umfassend die zahlreichen differenzialdiagnostischen Er-

wägungen sowohl auf der Symptom- als auch auf der Diagnoseebene adäquat abzubilden. Beispielsweise muss für die Diagnose der Major Depression und der dysthymen Störung ausgeschlossen werden, dass es sich um die pathophysiologischen Folgen von somatischen Erkrankungen oder medizinischen Krankheitsfaktoren (z. B. Hyperthyreose, Schlaganfall, multiple Sklerose) bzw. von Substanzen (z. B. Alkohol, Drogen), Medikamenten (z. B. Steroide) oder Toxinen handelt. Ferner müssen bipolare Störungen ausgeschlossen werden: So führt das Vorliegen einer manischen, gemischten oder hypomanen Episode in der Lebensgeschichte zur Diagnose einer bipolaren Störung. Bei zeitgleich zur depressiven Verstimmung bestehenden schizophrenen Symptomen und vorausgehenden bzw. nachfolgenden Wahnphänomenen bzw. Halluzinationen ohne vorherrschende depressive Symptomatik ist differenzialdiagnostisch eine schizoaffektive Störung heranzuziehen.

Es wird deutlich, dass die Diagnosestellung einer depressiven Störung nur durch die Anwendung einer umfassenden Fragestruktur nach Symptomen, deren Ausprägung und zeitlichem Auftretensmuster und unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie differenzialdiagnostischen Aspekten möglich ist. Diagnostische Kernfragen stellen in diesem Kontext lediglich einen ersten Einstieg in den diagnostischen Prozess dar.

Klinisch betrachtet

Fallbeispiel Frau M. – Diagnosendiskussion

Mit Frau M. wurde nach dem Erstgespräch ein vollständiges diagnostisches Interview (CIDI/DIA-X) durchgeführt. Die Auswertung erbrachte die Diagnose **Major Depression, rezidivierend, schwer, ohne psychotische Merkmale** (ICD-10: F33.2).

Frau M. erfüllte gegenwärtig die Kriterien einer Episode einer **Major Depression**. Manische oder hypomane Symptome berichtete sie nicht, sodass die Diagnose einer bipolaren Störung ausgeschlossen werden konnte. Da Frau M. in der Vorgeschichte unter einer Vielzahl von de-

pressiven Episoden litt, zwischen denen die Kriterien für eine Major Depression für mindestens 2 Monate nicht erfüllt waren, ist die Zusatzkodierung »**rezidivierend**« zu vergeben. Zur Beurteilung des Schweregrades der aktuellen depressiven Symptomatik sind die Symptomanzahl, ihr Ausprägungsgrad und das Ausmaß der Beeinträchtigung heranzuziehen. Bei Frau M. bestehen deutlich mehr Symptome, als für die Diagnosestellung erforderlich wären. Darüber hinaus führen die Symptome zu einer deutlichen Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der üblichen sozialen Aktivitäten und Beziehungen. Da auch



▼ keine Hinweise auf psychotische Merkmale vorliegen, ist die Zusatzkodierung »**schwer, ohne psychotische Merkmale**« zu vergeben.

Darüber hinaus kann die Diagnose bei Frau M. durch weitere **Zusatzkodierungen** näher beschrieben werden:

So erfüllt Frau M. für die aktuelle depressive Episode sämtliche Kriterien für die Zusatzkodierung »**mit melancholischen Merkmalen**«. Sie verlor die Freude und das Interesse an sämtlichen Aktivitäten (Kriterium A1 in den diagnostischen Kriterien für die Zusatzkodierung »mit melancholischen Merkmalen«). Selbst der Besuch ihrer Enkelkinder, die ihr normalerweise viel Freude bereiten, konnte sie nicht aufheitern (A2). Zudem würde sich die aktuelle Episode qualitativ von allen anderen bisherigen depressiven Phasen unterscheiden; sie fühle sich »innerlich wie tot«, und sogar nach dem Tod des geliebten Vaters

habe sie nicht annähernd solche Empfindungen gehabt (B1). Am frühen Morgen ist die Depressivität besonders schlimm (B2). Frau M. wacht sehr früh morgens auf (B3) und es zeigt sich eine deutliche psychomotorische Agitation (B4). Sie leidet unter Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust (B5) und ständigen Schuldgefühlen darüber, dass sie in sämtlichen Lebensbereichen eine »Versagerin« sei (B6). Bei Betrachtung des Langzeitverlaufs der rezidivierenden Major Depression bei Frau M. ist auch die Zusatzkodierung »**mit Vollremission im Intervall**« angebracht. Hierfür ist ausschlaggebend, dass zwischen den beiden zuletzt aufgetretenen depressiven Episoden eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik erreicht war.

Eine ergänzende störungsspezifische Testuntersuchung mittels BDI erbrachte einen Punktwert von 32, was dem Bereich einer schweren Depression zuzuordnen ist.

Klinisch betrachtet

Diagnostische Kernfragen:

Symptomatik einer Major Depression

- »Gab es in Ihrem Leben einmal eine Zeitspanne von 2 Wochen oder länger, in der Sie sich fast täglich, die meiste Zeit über traurig, niedergeschlagen oder deprimiert fühlten?«
- »Gab es (jemals) eine Zeitspanne von 2 Wochen oder länger in der Sie Ihr Interesse an fast allen Dingen verloren haben? Ich meine damit z. B. Hobbys, Freizeit, Zusammensein mit Freunden, also Dinge, die Ihnen gewöhnlich Freude bereiten?«

und häufiger als ältere Geburtskohorten eine Depression zu entwickeln (Kessler et al. 2003; Wittchen & Jacobi, 2006; Wittchen & Uhmann, 2010). In jedem Jahr sind ungefähr 6–8% der Durchschnittsbevölkerung von einer depressiven Störung betroffen. Dabei überwiegt die Major Depression (Lebenszeitprävalenz: 15%, Punktprävalenz: 3,5%), während die dysthyme Störung seltener ist (Lebenszeitprävalenz: 4,5%). In einigen Fällen tritt vor dem Beginn einer Major Depression bereits eine dysthyme Störung auf (in ca. 10% der Fälle mit Major Depression). Es liegen Hinweise darauf vor, dass bei dieser sog. »Double Depression« die Wahrscheinlichkeit für weitere Episoden einer Major Depression erhöht ist.

Die Major Depression ist zumeist eine episodische Erkrankung (■ Abb. 40.3); Das heißt, auch ohne professionelle Behandlung klingen bei erstmals Erkrankten die Symptome nach 8–12 Wochen zumeist spontan ab. Bei neuerlichen Episoden steigt jedoch die Episodendauer und das Chronizitätsrisiko deutlich an. Bei ca. einem Drittel aller von einer Major Depression Betroffenen tritt nur einmal eine Episode im Lebensverlauf auf; bei einem weiteren Drittel finden sich rezidivierende Episoden und bei einem Drittel kann die Depression auch trotz Therapie in eine chronische Erkrankung einmünden (keine Remission oder nur Teilremission).

Depressive Störungen sind nahezu immer mit ausgeprägten akuten Einschränkungen der sozialen und beruflichen Rollenaufgaben verbunden sowie mit zumeist gravierenden Belastungen für das unmittelbare familiäre und Beziehungsnetzwerk. Nach Untersuchungen von Wittchen und Zerssen (1987) persistieren die psychosozialen Einschränkungen häufig über das Abklingen einer akuten depressiven Phase hinaus und können einen Rückfallfaktor

40.3 Epidemiologie

40.3.1 Prävalenz

Depressionen im Sinne einer Major Depression und/oder Dysthymie gehören weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt (Alonso et al. 2004; Andrade et al. 2003; Wittchen & Jacobi, 2005, ► Studienbox S. 886); das Lebenszeitrisiko, an einer Depression irgendwann im Lebensverlauf zu erkranken, wird nach neueren Studien bei Erwachsenen auf über 20% geschätzt (z. B. Kessler, Berglund, Demler et al. 2005; Kessler, Birnbaum, Bromet et al. 2010). Darüber hinaus liegen aus epidemiologischen Studien Hinweise darauf vor, dass das Erkrankungsrisiko in den vergangenen Jahrzehnten stetig angestiegen ist. Hierfür wird verantwortlich gemacht, dass insbesondere jüngere Geburtskohorten ein substanziiell höheres Risiko aufweisen früher

Gut zu wissen

Ist eine Trauerreaktion eine Depression?

Nach dem Tod einer geliebten Person treten bei nahezu allen Menschen Symptome wie Schlafstörungen, Appetitminderung und Gewichtsverlust auf. Wie lange und in welcher Form eine Person trauert, ist häufig vom kulturellen Hintergrund abhängig. Auch kommt es durchaus vor, dass die Symptome wochenlang durchgängig bestehen und so auch die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen. Trotzdem sprechen wir auch bei schwersten Trauerreaktionen im klinischen Kontext in der Regel nicht gleich von einer Major Depression, selbst dann nicht, wenn die trauernde Person aufgrund der Symptome professionelle Hilfe aufsucht.

Die diagnostischen Regeln im DSM-IV spezifizieren, dass man mit dieser Diagnose auch bei Erfüllen aller Kriterien ca. 2 Monate nach dem Verlust einer geliebten Person warten sollte, ob die depressiven Symptome spontan remittieren (einfache Trauerreaktion; ICD: Z63.4). Erst danach sollte von einer Major Depression im Sinne einer komplizierten Trauerreaktion ausgegangen und eine depressionsspezifische Behandlung erwogen werden. Diese besonderen diagnostischen Regeln sollen sicherstellen, dass man nicht voreilig den gesellschaftlich normierten, normalen Trauerprozess und die normale Trauerarbeit einer Person »pathologisiert« und möglicherweise durch nicht zwingend indizierte therapeutische Maßnahmen unterbricht. Ausnahmen hiervon sind Trauerreaktionen, die mit Suizidalität, mit psychotischen Merkmalen oder ausgeprägter psychomotorischer Verlangsamung sowie gravierenden Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus einhergehen, die unmittelbar klinische Aufmerksamkeit erfordern.

für neue Episoden darstellen. Depressionen sind ferner mit einem deutlich erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden; ca. 15% der an einer schweren Major Depression Erkrankten versterben letztlich durch Suizid (Paykel, Brugha & Fryers, 2005).

Im ärztlichen Versorgungssystem sowie bei körperlich Kranken ist sogar von einer noch erheblich höheren Prävalenz depressiver Störungen auszugehen. In der Studie »Depression 2000« (Wittchen & Pittrow, 2002) konnte gezeigt werden, dass ca. 11% der deutschen Hausarztpatienten an einem Stichtag die Kriterien einer Major Depression erfüllten. Allerdings wurde durch die Ärzte nur bei knapp jedem zweiten Patienten die Depression auch erkannt. Das bedeutet, dass ein Großteil der Patienten mit Depression nicht diagnostiziert wird, was zwangsläufig mit einer schlechten

Studienbox

Major Depression – Die Größe des Problems in Europa

Eine Reanalyse über die Daten von 27 epidemiologischen Studien in 16 europäischen Ländern im Auftrag des European Brain Council zeigte, dass die Major Depression mit einem Median von 6,9% in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (18–65 Jahre) im vergangenen Jahr die häufigste der untersuchten psychischen Störungen war (Wittchen & Jacobi, 2005). Während die Schätzungen für die 12-Monats-Prävalenz zwischen 3,1 und 10,1% variierten, war der Interquartilsrange mit 4,8–8,0% bemerkenswert eng, was eine hohe Konvergenz der Befunde über die Studien dokumentiert und zeigt, dass es keine Hinweise für ausgeprägte regionale und kulturelle Unterschiede der Prävalenz gibt.

Auf Basis dieser Daten wurde geschätzt, dass ca. 18,4 Mio. Menschen in der EU in den vergangenen 12 Monaten an einer Major Depression litten. Dabei bleibt die Mehrzahl aller Depressionen (ca. zwei Drittel) unbehandelt und unerkant. Unter den Betroffenen, die Hilfe für ihre Beschwerden aufsuchen, erfolgt am häufigsten eine rein medikamentöse, zumeist durch den Hausarzt durchgeführte Therapie (38%). Eine psychologische Psychotherapie wird nur bei 14% der Betroffenen durchgeführt; eine kombinierte pharmakologische und psychologische Behandlung erhalten 33%. Erstaunlich ist, dass 15% der Personen mit Depression unbehandelt blieben, obwohl sie aufgrund psychischer Beschwerden Hilfe aufsuchten.

oder ausbleibenden Therapiezuweisung verbunden ist (Wittchen, Beesdo & Bittner, 2003; Wittchen et al. 2002).

40.3.2 Epidemiologische Risikofaktoren

Depressive Störungen sind also häufige und schwerwiegende Erkrankungen, die unabhängig von Alter, Geschlecht und Status jeden treffen können. ■ Abb. 40.2 zeigt einige Personen, die unter Depressionen litten oder die sich in der Presse zu depressiven Erkrankungen bekannt haben.

Alter

Das Ersterkrankungsrisiko depressiver Störungen ist in der Kindheit bis zur Mitte der Adoleszenz eher gering, steigt dann relativ stetig bis ins hohe Erwachsenenalter an (z. B. Andrade et al. 2003; Jacobi et al. 2004; Beesdo et al. 2010). Die Querschnittsprävalenz ist im Erwachsenenalter bis zum 65. Lebensjahr über alle Altersgruppen hinweg relativ stabil mit 12-Monats-Prävalenzen von 6–8% (Wittchen &



Abraham Lincoln
Präsident der USA



**Elisabeth Eugenie
Amalie von Wittelsbach,
genannt Sisi**
Österreichische Kaiserin



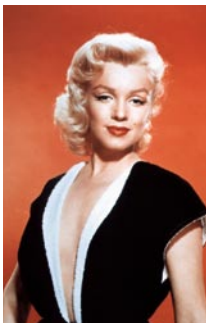
Ernest Hemingway
Schriftsteller
© Friedrich/INTERFOTO



Herrmann Hesse
Schriftsteller
© Karger-Decker/INTERFOTO



Pablo Picasso
Maler
© IMAGNO/INTERFOTO



Marilyn Monroe
Schauspielerin
© Friedrich/INTERFOTO



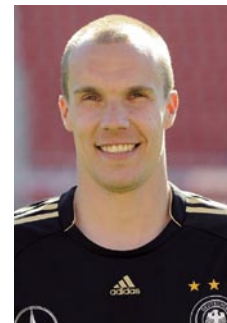
Ray Charles
Musiker
© Geraldo/INTERFOTO



Kurt Cobain
Musiker, Bandmitglied
»Nirvana«
© imago



Eric Clapton
Musiker
© UPI Photo/imago



Robert Enke
Fußballer
© Sven Simon/imago

■ **Abb. 40.2.** Berühmte Persönlichkeiten mit einer Depression

Jacobi, 2005). Überraschenderweise finden sich bei Älteren (≥ 65 Jahre) deutlich geringere 12-Monats-Prävalenzen (2,6%; Kessler, Birnbaum, Shahly et al. 2010; Kessler, Birnbaum, Bromet et al. 2010). Hierfür sind bislang viele Erklärungen vorgebracht worden, von denen keine für sich genommen ausreichend diese niedrigen Raten erklärt: ungeeignete diagnostische Erhebungsinstrumente, Geburtskohorteneffekte (relative Zunahme depressiver Störungen bei jüngeren Geburtskohorten), Erinnerungsverzerrungen, verstärkte Konfundierung mit körperlichen Erkrankungen sowie höhere Resilienz im Alter (vgl. auch Wittchen & Uhlmann, 2010; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Geschlecht

Frauen sind im Vergleich zu Männern etwa doppelt so häufig von depressiven Störungen betroffen wie Männer. So zeigte sich beispielsweise im Bundesgesundheitsurvey für depressive Störungen eine Lebenszeitprävalenz von 25% bei Frauen im Vergleich zu 12,3% bei Männern (Jacobi et al. 2004). Interessanterweise differenziert sich das erhöhte Er-

krankungsrisiko für das weibliche Geschlecht erst ab der Pubertät heraus (Bebbington, 1998, Wittchen & Uhlmann, 2010). Als mögliche Erklärungen für die Geschlechtsunterschiede ab der Adoleszenz wurden u. a. hormonelle Unterschiede, Persönlichkeitsfaktoren, soziale bzw. Umweltfaktoren und die Erfahrung von Lebensereignissen sowie die Interaktion dieser Faktoren diskutiert (z. B. Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000).

Familienstand

Epidemiologische Studien fanden recht einheitlich, dass depressive Störungen besonders häufig bei geschiedenen, getrennt lebenden oder verwitweten Personen auftreten (z. B. Kessler et al. 2003); Interaktionen mit dem Geschlecht sind zu beachten. So liegen z. B. Hinweise darauf vor, dass verheiratete im Vergleich zu alleinstehenden Frauen höhere Depressionsraten aufweisen (Paykel et al. 2005), insbesondere wenn sie jung sind und Kinder haben (Bebbington, 1998). Ferner ist die Assoziation zwischen Trennung bzw. Scheidung und Depression bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (Weissman et al. 1996).

Sozioökonomischer Status

Ein geringer sozioökonomischer Status konnte relativ konsistent mit erhöhten Raten an depressiven Störungen in Verbindung gebracht werden (z. B. Andrade et al. 2003; Kessler et al. 2003). Allerdings ist noch nicht ausreichend geklärt, ob ein geringerer sozioökonomischer Status ein Risikofaktor für depressive Störungen ist oder eine Konsequenz oder ob beide Bedingungen durch andere Faktoren verursacht werden. Es gibt jedoch erste Hinweise darauf, dass bereits ein geringerer sozioökonomischer Status der Familie in der Kindheit mit einem erhöhten Depressionsrisiko im Erwachsenenalter einhergeht (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka, 2003).

Geographische Region: Stadt versus Land

Bezüglich der Verteilung depressiver Störungen über geographische Regionen liegen gemischte Ergebnisse vor. So zeigt sich nur in einigen Studien, dass die Prävalenz depressiver Störungen in städtischen Regionen höher als in ländlichen Gebieten ist (z. B. Alonso et al. 2004; Patten, Stuart, Russell, Maxwell & Arboleda-Flórez, 2003). Als mögliche Erklärung für diese Unterschiede wurden Faktoren wie Gewalt, Verfügbarkeit von Drogen, Arbeitslosigkeit, mangelnde soziale Unterstützung und stressreiche Lebensereignisse diskutiert.

Psychoziale Stressoren und Lebensereignisse (Life Events)

Episoden einer Major Depression werden häufig mit psychosozialen Belastungsfaktoren und Stressoren wie dem Tod einer geliebten Person, Scheidung und Trennung und anderen sog. »Verlustereignissen« in Verbindung gebracht; insbesondere dann, wenn sie in Verbindung mit weiteren chronischen Belastungsfaktoren (finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Isolation) zusammen auftreten (Bifulco, Brown, Moran, Ball & Campbell, 1998; Kendler, Hettema, Butera, Gardner & Prescott, 2003; Paykel et al. 2005). Derartige psychosoziale Belastungsfaktoren spielen möglicherweise bei der Auslösung einer ersten depressiven Episode eine größere Rolle als bei späteren Episoden. Darüber hinaus verweisen einige Studien auch darauf, dass bereits durch sehr früh im Leben auftretende adverse Lebensereignisse und -bedingungen wie Trennungen von den Eltern, Traumata, Missbrauchserfahrungen oder Vernachlässigung im Kindesalter, eine Vulnerabilität für die spätere Entwicklung von Depressionen im Erwachsenenalter herausgebildet wird (z. B. Bifulco et al. 1998; MacMillan et al. 2001).

Komorbidität

Viele epidemiologische Studien zeigten, dass depressive Störungen mit einer ausgeprägten Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wie körperlichen Erkrankungen

einhergehen (Paykel et al. 2005; Kessler, Birnbaum, Shahly et al. 2010). Obwohl epidemiologische Studien zeigen, dass diese Störungen zumeist dem Beginn einer Depression vorausgehen, können Depressionen auch als Begleiterscheinung auftreten. Insgesamt konnte recht konsistent gezeigt werden, dass das Vorliegen von komorbiden Störungen oder Erkrankungen mit größeren Beeinträchtigungen und Einschränkungen sowie einer ungünstigeren Prognose (Schweregrad, Persistenz, Rückfälle) einhergeht, sowohl in Bezug auf die depressive Störung als auch in Bezug auf die komorbid auftretenden Störungen bzw. Erkrankungen.

Die höchsten Komorbiditätsraten finden sich für **Angststörungen**. Diese treten nahezu immer zeitlich primär auf und gelten als machtvoller Risikofaktor für das Auftreten einer Depression, einen schlechteren Depressionsverlauf sowie als Faktor für erhöhte Suizidalität. Ähnliche zeitliche Muster lassen sich für Substanzstörungen und somatoforme Störungen sowie – bei Kindern und Heranwachsenden – für Verhaltens- und emotionale Störungen der Kindheit, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADHD) und Essstörungen beobachten. Neben der Komorbidität mit psychischen Störungen hat auch das Auftreten komorbider **körperlicher Erkrankungen** bei depressiven Störungen im höheren Alter zunehmendes Forschungsinteresse geweckt. So finden sich bei Personen mit Major Depression höhere Raten an körperlichen Beschwerden und Krankheiten. Ätiologische Verknüpfungen von Depression mit körperlichen Erkrankungen sind für Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall (z. B. Pieper, Schulz, Klotsche et al. 2008) und neurodegenerative Erkrankungen (Parkinson, Demenz; z. B. Riedel, Klotsche, Spottke et al. 2010) gesichert. Dabei wird allerdings nicht von unidirektionalen, sondern reziproken Wechselwirkungen ausgegangen. Außerdem konnte für verschiedene körperliche Erkrankungen ein ungünstiger Verlauf bei Vorliegen einer komorbiden Depression nachgewiesen werden (z. B. Lett et al. 2004).

40.3.3 Assoziierte Merkmale

Beeinträchtigungen und Einschränkungen der sozialen und beruflichen Rollen

Eine Vielzahl von Studien konnte zeigen, dass Depressionen besonders belastende, oft langfristig beeinträchtigende und folgenreiche Erkrankungen sind (Kessler et al. 2003). Neben der individuellen Belastung, die Betroffene durch die Symptomatik einer depressiven Störung erleiden, sind Depressionen auch für Familie und Angehörige mit erheblichem Leid verbunden; Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen oder der Partnerschaft sowie im schulischen bzw. beruflichen Kontext treten nahezu regelhaft auf. So

kann es zu Eheproblemen (z. B. Scheidung), beruflichen Problemen (z. B. Arbeitsplatzverlust) oder Problemen in der Ausbildung (z. B. Schuleschwächen, Notenverschlechterungen) kommen, die den Verlauf der Erkrankung zusätzlich aggravieren können. Dabei ist zu beachten, dass derartige Probleme oft auch über die Remission der depressiven Episode hinaus persistieren.

Suizidalität

Die schwerwiegendste Folge einer Episode einer Major Depression besteht in einem versuchten (20–60%) oder vollendetem Suizid (15%) bei schwerer Depression (Paykel, Brugha & Fyers, 2005). Vereinzelte oder wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. wiederkehrende Suizidvorstellungen werden sehr häufig von Betroffenen mit Major Depression berichtet (40–80%). Eine Vorhersage, ob und wann eine von Major Depression betroffene Person einen Suizidversuch begehen wird, ist kaum möglich. Als Hinweise auf eine ernsthafte Suizidgefährdung gilt die genaue Planung des Suizids durch die Betroffenen, die u. a. die Festlegung von Ort, Zeit und Art des Suizides sowie die Beschaffung der notwendigen Materialien (z. B. Seil oder Waffe) beinhaltet. Ein erhöhtes Suizidrisiko ist bei Betroffenen mit psychotischen Merkmalen oder gleichzeitigem Substanzgebrauch sowie bei vergangenen Suizidversuchen oder Suiziden in der Familie gegeben; ebenso zeigen sich höhere Suizidraten bei älteren Menschen und bei männlichem Geschlecht, wobei Suizidversuche bei Frauen überwiegen. Das Suizidmotiv besteht bei von Major Depression Betroffenen häufig darin, den schmerzhaften, als endlos andauernd wahrgenommenen Gefühlszustand zu beenden oder aufgrund unüberwindbar erscheinender Hindernisse aufzugeben.

40.4 Störungsverlauf

Major Depression

Erstauftreten

Depressive Episoden können sehr variabel beginnen. Ein akuter Beginn (quasi »über Nacht«) ist ebenso möglich (wenn auch selten!) wie ein schleichender Beginn über Wochen oder Monate. In der Regel ist bei einer *unbehandelten* ersten Episode mit einer **Episodendauer** von ca. 3–4 Monaten zu rechnen bis es zu einer **Remission** kommt (d. h., es bleiben keine Symptome einer Major Depression zurück und die vor Eintreten der Episode bestehende Leistungsfähigkeit wird wieder erreicht).

Eine erste Episode einer Major Depression kann in jedem Lebensalter auftreten. Das mittlere Erstauftretensalter liegt in Bevölkerungsstudien mit Erwachsenen bei 25–35 Jahren. Epidemiologische Studien verweisen darauf,

dass sich in den letzten Jahrzehnten das mittlere Alter bei Auftreten der ersten Episode nach vorn verlagert hat. Häufig gehen psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. schulische, berufliche oder interaktionale Probleme, Tod einer geliebten Person) einer Episode einer Major Depression voraus. Allerdings sind Ereignisse an sich nur selten eine hinreichende und ausreichende Bedingung. Sie entfalten ihre pathogene Wirkung zumeist im Zusammenhang mit anderen Faktoren, wie z. B. einer vorbestehenden Angststörung oder medizinischen Krankheitsfaktoren, insbesondere wenn sie mit Schmerz, Leiden und drohender Behinderung oder Tod einhergehen.

Weiterer Verlauf

Die Major Depression ist zumeist eine episodische, d. h. phasenhaft verlaufende Störung. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen tritt nur eine einzige Episode auf, bei einem Drittel findet sich ein rezidivierender Verlauf mit vollständigen Remissionen im Intervall, und ein weiteres Drittel weist einen chronischen, langjährigen Verlauf ohne Remission (Zusatzkodierung »chronisch«) oder mit nur teilweisen Remissionen auf (Paykel et al. 2005). Mit zunehmender Anzahl bereits aufgetretener Episoden einer Major Depression steigt die Wahrscheinlichkeit für weitere Episoden von ca. 60% bei einer abgelaufenen Episode, auf ca. 70% bei zwei und ca. 90% bei drei abgelaufenen Episoden.

Rezidivierende Störungsverläufe können sehr unterschiedlich sein. So treten bei einigen Betroffenen die Episoden gehäuft in relativ kurzer Zeit auf, während bei anderen nur vereinzelt Episoden und zwischenzeitlich jahrelange symptomfreie Intervalle zu finden sind. Häufig ist zu beobachten, dass mit höherem Alter und mit zunehmender Episodenanzahl die Episodenschwere größer wird sowie die Episodendichte bei kürzer werdenden symptomfreien Intervallen zunimmt. Wittchen und Umann (2010) konnten bei jungen Betroffenen häufigere Episoden von kürzerer Dauer (<10 Wochen) nachweisen, bei älteren Personen eher lange (≥21 Wochen) Episoden.

Als Bedingungsfaktoren für einen ungünstigen Verlauf einer Major Depression in Bezug auf Episodendauer und Rezidivneigung sind ein frühes Erstauftretensalter, ein größerer Schweregrad depressiver Episoden, nur teilweise Remissionen zwischen den Episoden, eine vorausgehende dysthyme Störung (Double Depression), eine familiär bedingte Prädisposition zu depressiven Störungen sowie komorbide Angststörungen, Substanzstörungen und medizinische Krankheitsfaktoren zu nennen.

Ob sich nach einer Episode einer Major Depression eine manische, hypomane oder gemischte Episode zeigt (ca. 5–10% der Betroffenen), was mit einem Diagnosenwechsel zu einer bipolaren Störung verbunden ist, ist schwer vorherzusagen. Ein erhöhtes Risiko hierfür scheint bei jüngeren

■ **Abb. 40.3.** Typische Verläufe affektiver Störungen über den Lebensverlauf

Major Depression, einzelne Episode

Major Depression, einzelne Episode, chronisch

Major Depression, rezidivierend, mit Vollremission im Intervall

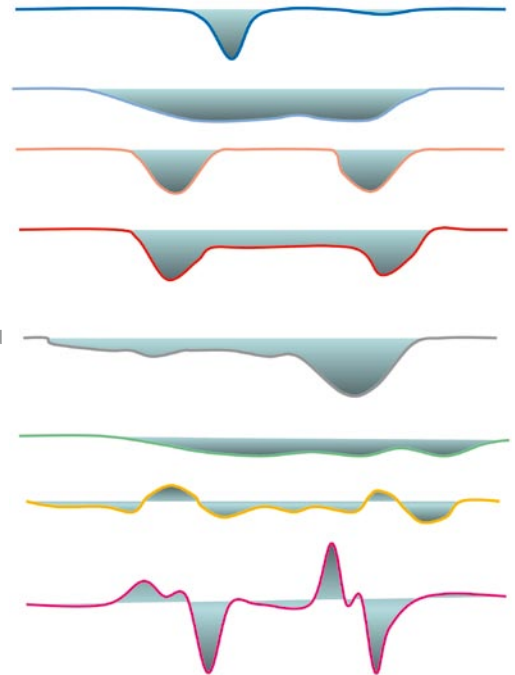
Major Depression, rezidivierend, ohne Vollremission im Intervall

Major Depression, einzelne Episode, eine dysthyme Störung überlagernd (»double depression«)

Dysthyme Störung

Zyklothyme Störung

Bipolar-I-Störung, letzte Episode depressiv



Menschen (<17 Jahre) mit einer akut einsetzenden schweren Episode einer Major Depression gegeben zu sein (vgl. Beesdo et al. 2009), insbesondere wenn dabei psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung auftreten und keine präpubertären psychopathologischen Auffälligkeiten bekannt sind.

Dysthyme Störung Erstaufreten

Die dysthyme Störung zeigt häufig einen frühen Beginn in der Kindheit, der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter. Tritt die dysthyme Symptomatik vor dem 21. Lebensjahr auf, so ist im DSM-IV die Zusatzkodierung »früher Beginn« vorgesehen; tritt sie danach ein, so ist »später Beginn« zu vermerken.

Weiterer Verlauf

Die dysthyme Störung verläuft zumeist chronisch und langjährig. Spontanremissionen bei einer unbehandelten dysthymen Störung treten nur in ca. 10% der Fälle pro Jahr auf. Die Betroffenen haben ein erhöhtes Risiko, im weiteren Störungsverlauf eine Major Depression zu entwickeln (in Patientenstichproben bis zu 75% innerhalb von 5 Jahren). Die Wahrscheinlichkeit für spontane Vollremissionen zwischen späteren Episoden einer Major Depression ist dann geringer und die Wahrscheinlichkeit für eine höhere Frequenz nachfolgender Episoden erhöht. Personen mit einem frühen Beginn der dysthymen Symptomatik (d. h. vor dem

21. Lebensjahr) weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Eintreten dieser sog. Double Depression auf.

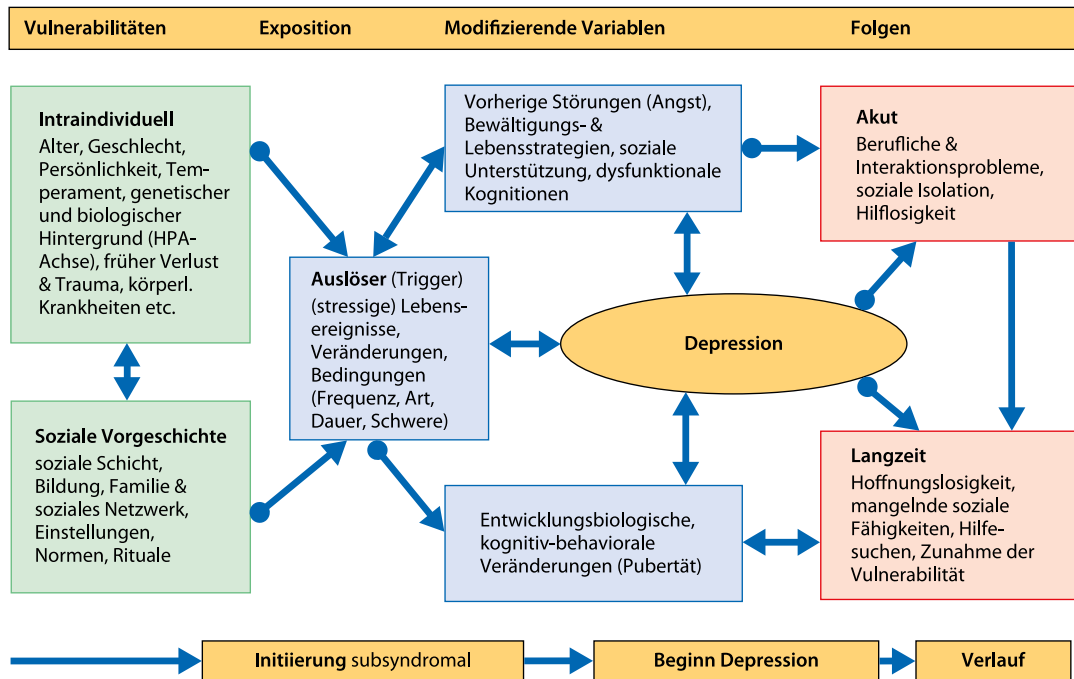
Eine stark vereinfachte graphische Veranschaulichung über die typischen Verlaufsformen affektiver Störungen über den Lebensverlauf gibt ■ Abb. 40.3.

40.5 Entstehungsbedingungen

Angesichts der Heterogenität der Erscheinungsformen, des Ersterkrankungsalters und des Verlaufs depressiver Störungen kann es eigentlich kaum überraschen, dass es bislang keine einheitliche Störungstheorie der Depression gibt. Aus einer entwicklungsbezogenen Perspektive lässt sich das Entstehen einer Depression am besten im Rahmen von Vulnerabilitäts-Stress-Modellen beschreiben.

Wichtig

Gemäß eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells wird angenommen, dass prädisponierende konstitutionelle Faktoren genetischer bzw. familiengenetischer Art und frühe adverse soziale und umweltbezogene Ereignisse und Bedingungen zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität beitragen, die sich wiederum über entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Prozesse weiter akzentuieren oder abschwächen kann.



■ **Abb. 40.4.** Konzeptuelles Ätiologiemodell der Depression

Der Ausbruch einer depressiven Episode wird vor dem Hintergrund dieser Vulnerabilitätskonstellationen zumeist über auslösende kritische (zumeist stressreiche) Lebensereignisse bzw. deren Kombination mit weiteren passenden proximalen Belastungskonstellationen erklärt. Diese ätiologischen Faktoren wirken über biochemische und psychologische Prozesse bei der Ausbildung des depressiven Syndroms zusammen; für den weitere Verlauf und die Schwere der Depression werden z. T. ähnliche, z. T. andere aufrechterhaltende und ausgestaltende Faktoren verantwortlich gemacht.

Das in ■ **Abb. 40.4** dargestellte, für Forschung und Praxis wertvolle heuristische Ätiologiemodell der Depression ist durch eine Vielzahl von Untersuchungen in Teilkomponenten gut belegt, auch wenn sich die Vielgestaltigkeit der Faktoren und ihre Interaktion auch auf Dauer einer vollständigen Aufklärung entziehen wird. Ebenso ist nicht ausreichend geklärt, inwieweit es sich um depressionsspezifische Vulnerabilitäten und Risikofaktoren handelt. Im Folgenden werden einige der relevanten distalen (früh im Lebensverlauf auftretenden) und proximalen (initial auslösenden) Faktoren diskutiert. Dabei werden neurobiologische und Transmittertheorien mit Hinweis auf ► Kap. 7, 8, 9 und 10 nicht einbezogen.

40.5.1 Distale Faktoren

Familiäre Belastung und Genetik

Es ist aus epidemiologischen und klinischen Studien gut belegt, dass Kinder depressiver Eltern ein erhöhtes Depressionserkrankungsrisiko aufweisen. Der Übertragungsweg ist noch unzureichend geklärt (► unten), aber zweifellos spielen genetisch verankerte Risikokomponenten neben familiären und Umweltkomponenten eine Rolle, deren absolute Beiträge bislang noch nicht bestimmt werden können. Zwillingsstudien (z. B. Kendler et al. 1995) belegen eine moderate Heritabilität, die nur bei bipolar verlaufenden Depressionen ausgeprägt erscheinen (McGuffin et al. 2003). Der genetische Übertragungsmodus ist unsicher, aber es ist wahrscheinlich, dass genetische Effekte über verschiedene, zumeist indirekte Mechanismen, zum Tragen kommen (Silberg et al. 1999). Dabei scheinen genetische Faktoren ihre pathogene Bedeutung sowohl

- a) über **passive Gen-Umwelt-Interaktionen** durch die Vermittlung erhöhter Vulnerabilität bei Konfrontation mit nicht kontrollierbaren adversen Lebensereignissen zu entfalten, wie auch
- b) über die Vermittlung einer erhöhten allgemeinen Anfälligkeit für die Herbeiführung depressionskritischer Lebensereignisse (z. B. Trennung von Partner, Schul- und Ausbildungsabbruch) im Sinne einer **aktiven Gen-Umwelt-Interaktion**.

Studienbox

Familiäre Belastung und Depression

Lieb, Isensee, Höfler, Pfister und Wittchen (2002) konnten z. B. an einer epidemiologischen Stichprobe von über 2000 Kindern nachweisen, dass bis zum 28. Lebensjahr Kinder depressiver Eltern ein nahezu 3-mal so hohes Risiko aufweisen, auch eine depressive Episode zu entwickeln wie Kinder von Eltern ohne eine Depression in der Vorgeschichte. Ferner konnten sie zeigen, dass familiäre Depressionen sich früher erstmals manifestieren und gehäuft eine ähnliche Symptomgestalt und einen ähnlichen Verlauf nehmen wie die Depression der Eltern. Jedoch ist bemerkenswert, dass dieses Übertragungsrisiko nur teilweise depressions-spezifisch ist, denn Kinder depressiver Eltern hatten auch erhöhte Risiken für bestimmte Angststörungen und Suchterkrankungen; umgekehrt erwies sich in dieser Studie auch, dass elterliche Sucht- und Angststörungen das Depressionsrisiko ihrer Kinder erhöhen können.

Trauma und frühe adverse Ereignisse

Retrospektive und prospektive Studien haben seit vielen Jahren darauf hingewiesen, dass Depressionen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit assoziiert sind, frühe Traumata und adverse Entwicklungsbedingungen in der Kindheit zu erleben. Unter diesen Begriffen wird ein Bündel sehr heterogener Bedingungen zusammengefasst, die von Deprivation, über Vernachlässigung, Trennungs- und Verlust-erlebnissen bis hin zu schwerwiegenden Krankheitserfahrungen (z. B. bestimmte Viruserkrankungen) von der perinatalen bis Kindheitsphase reichen können. Die fundamentale Bedeutung, die derartige Erfahrungen für verschiedene Psychopathologien einschließlich der Depression haben können, ist bereits seit den frühen psychoanalytischen Modellen bekannt und seither unter verschiedenen wissenschaftlichen Modellperspektiven diskutiert worden. Hierzu gehören insbesondere verschiedene Formulierungen der Bindungstheorien sowie in der jüngeren Zeit neuro- und stressbiologische Konzepte. Während Bowlbys Bindungstheorie (Bowlby, 1969) die phänomenologischen Implikationen gestörter Mutter-Kind-Bindungsstrukturen für eine gestörte psychologische Weiterentwicklung des Kindes in den Vordergrund stellte, ist durch stressbiologische Tier- und Humanuntersuchungen der letzten Jahre deutlich geworden, welche neurobiologischen Prozesse dieser Störungsdynamik unterliegen. Dabei steht die Hypothese im Vordergrund, dass frühe traumatische und adverse Ereignisse eine persistierende Entwicklungsstörung der Funktionsweise der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA) bedingen, die im späteren Le-

ben zu einer veränderten und dysfunktionalen Stressregulation führen. Derart dauerhaft erhöhte HPA-Achsen-Aktivität ist nicht nur mit erhöhten autonomen und endokrinen Antworten auf Stressreize, sondern auch mit vielfältigen Folgen für die kognitive Weiterentwicklung sowie mit einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit verbunden (► Kap. 8). Es wird vermutet, dass die Adaptation an diese Traumata im Sinne eines biologischen »Priming« mit neurobiologischen und insbesondere Transmitterveränderungen assoziiert ist, die das Individuum dauerhaft anfällig gegenüber Stress sowie möglicherweise auch depressionsspezifischen Auslöserkonstellationen machen können.

Temperament und Persönlichkeit

Familiengenetische und traumatische Ereignisse können auch depressionsförderlich durch die Effekte werden, die sie auf die Ausformung von Temperament und Persönlichkeit einschließlich des kognitiven Stils haben. Frühe kognitive und verhaltensbezogene Dispositionen wie Verhaltenshemmung und Affektlabilität in der Kindheit sind als signifikante Risikofaktoren für eine Depressionsentwicklung gut etabliert (z. B. Goodyer, Asby, Altham, Vize & Cooper, 1993). Weniger gut ist der Status von Persönlichkeitseigenschaften als eindeutig der Erkrankung vorausgehender Risikofaktor belegt, da sich mit den üblichen Skalen nicht hinreichend sichern lässt, inwieweit z. B. eine neurotische Disposition vor dem Erkrankungsbeginn bestand.

40.5.2 Proximale Faktoren**Lebensereignisse und chronische Belastungen**

Während in den 80er Jahren, das Konzept der »stressful life events« im Sinne von Brown und Harris (1989) als wichtigste Erklärung für das Auftreten von Depressionen angeführt wurde, hat sich diese Sichtweise inzwischen unter Betonung der Rolle von Vulnerabilitätsfaktoren deutlich relativiert. Zweifellos gehen dem Ausbruch einer Depression gehäuft stressreiche Lebensereignisse – oft in Kombination mit chronisch belastenden Lebensbedingungen – voraus. Jedoch haben epidemiologische Studien gezeigt, dass selbst schwerwiegendste Ereignisse (z. B. Trennung, Tod eines Elternteils) nur bei einer Minderzahl der Betroffenen auch zum Ausbruch einer psychischen Störung führen; umgekehrt finden sich bei nahezu einem Drittel aller Depressionen überhaupt keine kritischen Lebensereignisse (Goodyer, Cooper, Vize & Asby, 1993). Es ist von einem komplexen Zusammenspiel von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren auszugehen. So zeigten Zimmermann und Kollegen (2008), dass adverse Ereignisse (frühe Trennungen von den Eltern,

schwere Traumata) nur bei gegebener Vulnerabilität (Eltern mit depressiver Störung) mit einem statistisch erhöhten Risiko für Depressionen einhergehen. Die Untersuchungen von Caspi et al. (2003) legen in Übereinstimmung mit diesen Befunden nahe, dass vor allem vulnerable Personen mit einem bestimmten Serotonintransporter-genotyp und traumatischen bzw. adversen Ereignissen in der Kindheit ein erhöhtes Risiko für Depression aufweisen (► Kap. 4). Der Genotyp war übrigens trotz kritischer Lebensereignisse kein Prädiktor, wenn die Kinder in einer behüteten und ungestörten familiären Umgebung aufwuchsen.

Gut zu wissen

Trauer ein Risikofaktor?

Als ein nahe liegendes Modell der Depressionsentstehung wird häufig die Trauerreaktion angeführt. Dies ist nur sehr eingeschränkt zutreffend. Trauer kann als ein angeborenes primäres Gefühl charakterisiert werden, das nach Trennung und Verlust von Bindungen bei nahezu allen Kulturen und allen höheren Säugern auftritt. Evolutionsgeschichtlich wird Trauer als psychobiologische Reaktion zur Aufrechterhaltung von Gruppenbindungen interpretiert, mit dem Aufforderungscharakter, sich dem Trauernden zuzuwenden und neue Bindungen zu knüpfen. Birbaumer und Schmidt (2006) weisen darauf hin, dass die kurzfristigen hormonellen und physiologischen Folgen der Trauer Energie konservierende Effekte, langfristig aber pathophysiologische Effekte haben, ähnlich dem Paradigma der Hilflosigkeit (► unten). Im Gegensatz zur Trauerreaktion handelt es sich bei der unipolaren Depression um ein wesentlich komplexeres Mischgefühl, das neben Trauer auch Gefühle wie Ekel, Wut, Angst, Furcht, Schuld und Scham enthält. Die zeitliche Dynamik der Trauer und der Depression ist zumeist auch recht unterschiedlich. Die DSM-IV-Kriterien spezifizieren diese Unterschiede und geben Regeln an, wie phänomenologisch und inhaltlich Trauer, komplizierte Trauer und unipolare Depression differenziert werden können (► oben).

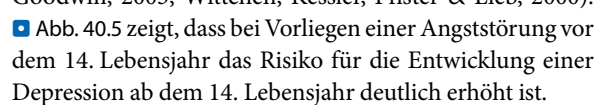
Soziale und psychologische Faktoren

Nichtsdestotrotz bleibt festzuhalten, dass Verlustereignisse z. B. durch Auflösungen von Bindungen an Menschen mit einem erhöhten Risiko an depressiven Störungen einhergehen. Entscheidend für die Intensität und Dauer der depressiven Reaktion ist offensichtlich die Effizienz der sozialen und kognitiv-affektiven Bewältigung von stressreichen Ereignissen. Wenn keine ausreichenden Bewältigungsstrategien (z. B. Verdrängen, Umdeuten, Habituation, Reattribution) gelingen, können sich später dysfunktionale Erwartungshaltungen entwickeln, die bei zukünftigen Erlebnissen

eine erfolgreiche Bewältigung unwahrscheinlicher werden lassen. Aus dieser Perspektive werden folgende übergreifende sozialpsychologische Risikokonstellationen als besonders kritisch für Depressionen diskutiert:

- äußere Umstände, die den Betroffenen wenig oder keine Kontrolle bzw. Kontrollwahrnehmung ermöglichen (langfristige Arbeitslosigkeit, schlechte Lebensbedingungen, begrenzte Handlungsspielräume) und
- starre und unflexible Kognitions- und Handlungsmuster (z. B. hohes Anspruchsniveau, Abhängigkeit von anderen).

Psychopathologische Faktoren

Neuere prospektiv-longitudinale epidemiologische Studien legen nahe, neben den oben genannten Faktoren auch psychopathologische Symptomkonstellationen als zeitlich der Depression vorausgehende Risikofaktoren für depressive Störungen zu berücksichtigen (z. B. Pine, Cohen & Brook, 2001; Woodward & Fergusson, 2001). Diese Überlegungen gehen darauf zurück, dass die überwiegende Mehrzahl depressiver Störungen sich erstmals sekundär nach anderen psychischen Störungen entwickelt. Am häufigsten gehen Depressionen Angsterkrankungen unterschiedlicher Form und Intensität voraus (Wittchen, Beesdo, Bittner & Goodwin, 2003; Wittchen, Kessler, Pfister & Lieb, 2000). 

Weiterführende Untersuchungen legen nahe, dass die Ausprägung der Risikokonstellation abhängig ist von der Schwere der Angsterkrankung, der Anzahl der Angsterkrankungen sowie dem Auftreten von Panikattacken (z. B. Bittner et al. 2004; Beesdo et al. 2007). Neben der Hypothese, dass langjährige Angsterkrankungen zu einer depressionskritischen neurobiologischen und neurokognitiven Sensitivierung führen können, wird auch diskutiert, inwieweit sekundäre Depressionen eine Demoralisationskomplikation durch Anhäufung von depressionskritischen Risikofaktoren sein könnten.

40.5.3 Psychologische Depressions-theorien

Es lassen sich grob drei genuin psychologische Depressionstheorien unterscheiden. Sie sind mit Ausnahme der »Theorie der erlernten Hilflosigkeit« eher als Theorien der Aufrechterhaltung und weniger des ätiologischen Bedingungsgefüges bei der Erstmanifestation depressiver Störungen zu verstehen. Nichtsdestotrotz sind sie aber insbesondere für psychotherapeutische Behandlungsansätze besonders relevant.

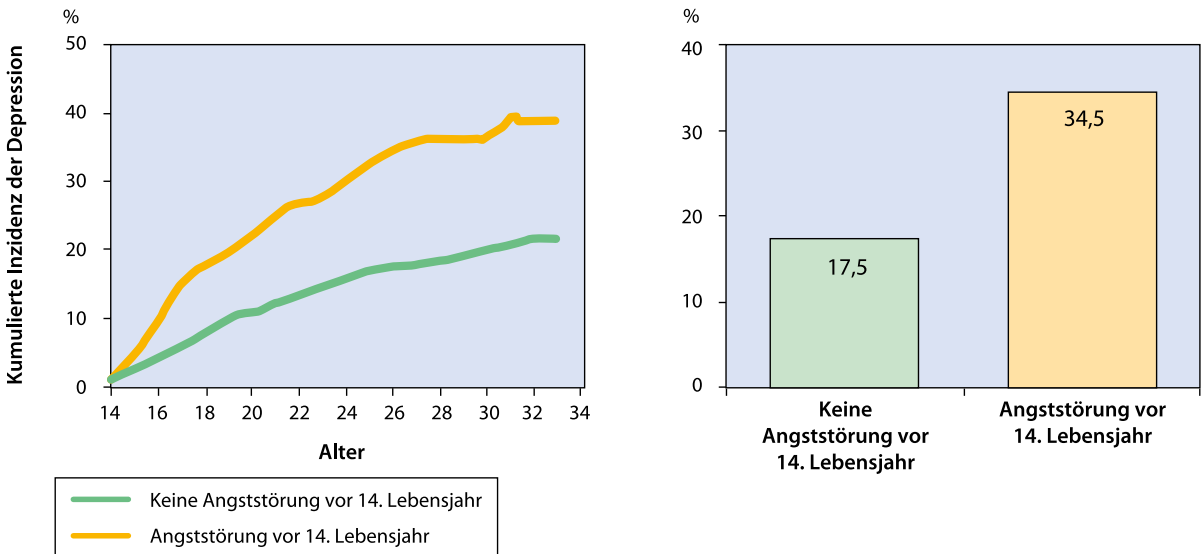


Abb. 40.5. Erhöhen Angststörungen das Risiko für die Entwicklung einer Depression? (Befunde der Early Developmental Stages of Psychopathology-Studie an über 2000 Personen)

Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn

Lewinsohn (1974) postuliert ein lernpsychologisch-verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell für Depressionen, das von der gut belegten Beobachtung ausgeht, dass die depressive Symptomatik mit einer geringen Rate verhaltenskontingenter positiver Umweltverstärkung, insbesondere bzgl. sozialer Interaktionen, assoziiert ist (Abb. 40.6). Dabei wird angenommen, dass die geringe Rate reaktionskontingenter positiver Verstärkung als unconditionierter Stimulus für das Auftreten der depressiven Symptomatik wirkt. Die niedrige Gesamtrate potenzieller Verstärker kann unterschiedlich bedingt sein:

1. geringe Anzahl und niedrige Qualität potenziell verstärkender Ereignisse und Aktivitäten (z. B. aufgrund schlechter sozioökonomischer Bedingungen oder altersspezifischer Prozesse wie z. B. Isolation im höheren Alter),
2. mangelnde Erreichbarkeit bzw. Verfügbarkeit von Verstärkern (beeinflusst durch verschiedene situative und temporäre Merkmale, z. B. bei Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Umzug),
3. ein defizitäres instrumentelles Verhaltensrepertoire, das mit einer niedrigen Verstärkungsrate assoziiert ist (z. B. mangelnde soziale Kompetenz).

Depressives Verhalten (z. B. Klagen, Inaktivität) wird also als eine Reaktionsform und Konsequenz einer niedrigen Verstärkerrate angesehen. Kurzfristig wird die depressive Symptomatik durch soziale Verstärkung aus der Umgebung (z. B. Aufmerksamkeit, Empathie, Hilfestellung durch Angehörige) intensiviert und aufrechterhalten.

Langfristig hat jedoch depressives Verhalten negative Konsequenzen. So werden z. B. depressive Menschen durch andere eher gemieden, was mit einem weiteren Verstärkungsverlust verbunden ist und die Depression verstärken kann. Ein von Depression Betroffener ist also nach dieser Theorie lang anhaltenden Löschungsbedingungen ausgesetzt; er befindet sich in einer abwärts gerichteten Depressionsspirale.

Es gilt als bestätigt, dass Menschen mit Depressionen Defizite im Sozialverhalten zeigen (z. B. mangelnder Blickkontakt, leise und monotone Stimmlage, Vermeidung sozialer Interaktionen), die auch mit negativen Reaktionen auf Seiten der sozialen Umwelt verbunden sind. Während dies die Aufrechterhaltung der Depression durch weiteren Verstärkerverlust gut erklären kann, so mangelt es jedoch an empirischen Befunden aus längsschnittlich angelegten Untersuchungen, die mangelnde soziale Fertigkeiten auch mit der Entstehung depressiver Störungen in Verbindung bringen. Die »Theorie« von Lewinsohn ist also eher deskriptiv und sie kann nicht als eine kausale und experimentell begründete Theorie eingeordnet werden; nichtsdestotrotz ist sie für die Therapie heuristisch wertvoll (s. unten).

Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck

Aaron T. Beck (1970, 1974) sieht als Basis depressiver Störungen dysfunktionale kognitive Schemata (stabile kognitive Muster und Denkstrukturen, z. B. die Grundannahme: »Ich muss perfekt sein«) an, welche die Wahrnehmung und Interpretation der Realität negativ verzerren



<http://www.springer.com/978-3-642-13017-5>

Klinische Psychologie & Psychotherapie

(Eds.)H. -U. Wittchen; J. Hoyer

2011, XXIV, 1168 S. 340 Abb. in Farbe. Mit online

files/update., Hardcover

ISBN: 978-3-642-13017-5