

1 Erscheinungsbild der Depression

Depressionen sind psychische Störungen, bei denen die Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden wesentliche Merkmale sind. Neben den Depressionen sind Manien, Persönlichkeitsauffälligkeiten, Ängste, Furcht- und Trauerreaktionen Störungen, bei denen auch das affektive Erleben beeinträchtigt ist und im Mittelpunkt der Symptomatik steht. Diese Störungen sind häufig mit Depressionen verbunden (Komorbidität), werden jedoch als eigenständige Störungsgruppe abgegrenzt. Rechnet man mildere Formen depressiver Störungen (Minor Depression) sowie die resignativ-depressive Reaktion bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen mit, dann sind Depressionen die häufigsten und zu allen Lebensabschnitten vorkommenden psychischen Beeinträchtigungen.

Heterogene Symptome. Depressive Syndrome sind durch eine Vielzahl heterogener Symptome gekennzeichnet. Charakteristisch ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam vorkommen. Hilfreich ist die Unterscheidung in Symptome auf somatischer, motorischer, emotionaler, motivationaler, kognitiver und interaktiver Ebene:

- ▶ **somatische/vegetative** Beschwerden (z. B. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Druck- und Engegefühl in der Herzgegend, Schmerzen im Kopf- und Bauchbereich, Magen-Darmbeschwerden)
- ▶ **motorische/verhaltensbezogene** Beschwerden (z. B. Agitation, Verlangsamung, Hemmungen, Inaktivität)
- ▶ **emotionale/affektive** Beschwerden (z. B. Angst, niedergeschlagene Stimmung, Verzweiflung, Leere)
- ▶ **motivationale/volitionale** Beschwerden (z. B. Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Suizidgedanken)
- ▶ **kognitive/mentale** Beschwerden (z. B. Gedächtnisschwäche, Konzentrationsmangel, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Sorgen um die eigene Gesundheit, die eigenen Fähigkeiten und die Zukunft)
- ▶ **interaktive/zwischenmenschliche** Beschwerden (z. B. sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einengung kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Fertigkeiten)

Als Orientierungsschema für die grobe (diagnostische) Orientierung bietet sich Tabelle 1.1 an (nach Hautzinger, 2010).

Da keines der aufgeführten Symptome vorkommen muss, keines nur bei depressiven Erkrankungen vorkommt und außerdem Patientinnen und Patienten in unterschiedlicher Ausprägung ein unterschiedlich zusammengesetztes Muster von Symptomen haben können, erfordert das Erkennen depressiver Störungen eine sorgfältige Diagnostik.

Tabelle 1.1 Symptomatik depressiver Zustände (nach Hautzinger, 2010)

Verhalten/Motorik/ Erscheinungsbild	emotional	physiologisch- vegetativ	imaginativ-kognitiv	motivational
<p><i>Körperhaltung:</i> kraftlos, gebeugt, spannungslos; Verlangsamung der Bewegungen; Agitiertheit, nervöse, zappelige Unruhe, Händereiben o. Ä.</p> <p><i>Gesichtsdruck:</i> traurig, weinerlich, besorgt; herabgezogene Mundwinkel, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrete, manchmal auch nervöse, wechselnd angespannte Mimik</p> <p><i>Sprache:</i> leise, monoton, langsam</p> <p>Allgemeine <i>Aktivitätsverminderung</i> bis zum Stupor, wenig Abwechslung, eingeschränkter Bewegungsradius, Probleme bei der praktischen Bewältigung alltäglicher Anforderungen</p>	<p>Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, innere Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst und Sorgen, Gefühl der Gefühlosigkeit und Distanz zur Umwelt</p>	<p>Innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tagszeitliche und jahreszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterfühligkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden); zu achten ist bei der Diagnose auf: Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Kalziummangel, Eisenwert, Serotonin-/Adrenalinmangel bzw. -überschuss</p>	<p>Negative Einstellung gegenüber sich selbst (als Person, den eigenen Fähigkeiten und dem eigenen Erscheinungsbild) und der Zukunft (z. B. imaginierte Vorstellung von Sackgasse, schwarzem Loch); Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Einfallssarmut, mühsames Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafen oder Katastrophen, Wahnvorstellungen, z. B. Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen; rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen</p>	<p>Misserfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit, Interessenverlust, Verstärkerverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen</p>

2 Epidemiologie und Komorbidität

2.1 Epidemiologie

Depressionen sind häufige psychische Störungen, die zudem in den letzten Jahrzehnten offensichtlich häufiger werden und immer jüngere Altersgruppen erfassen (s. Tab. 2.1). Es liegen heute eine ganze Reihe repräsentativer epidemiologischer Studien vor, die recht übereinstimmende Schätzungen der Häufigkeit und der Risikofaktoren erlauben.

Tabelle 2.1 Prävalenz depressiver Symptomatik (erfasst mit PHQ9) in den letzten zwei Wochen in Deutschland (N = 12.900 Frauen, N = 10.792 Männer) aus Bretschneider et al. (2017)

Frauen	%	95% KI	Männer	%	95% KI
Frauen gesamt	11,6	10,8–12,4	Männer gesamt	8,6	7,9–9,4
18-29 Jahre	16,4	14,5–18,6	18-29 Jahre	9,5	7,7–11,7
Untere Bildungsgruppe	22,4	17,4–28,3	Untere Bildungsgruppe	13,9	9,8–19,3
Mittlere Bildungsgruppe	15,7	13,4–18,4	Mittlere Bildungsgruppe	8,3	6,4–10,6
Obere Bildungsgruppe	9,9	7,5–13,0	Obere Bildungsgruppe	7,0	4,1–11,9
30-44 Jahre	10,9	9,5–12,4	30-44 Jahre	9,4	7,9–11,2
Untere Bildungsgruppe	16,1	11,5–22,1	Untere Bildungsgruppe	17,8	12,2–25,2
Mittlere Bildungsgruppe	11,4	9,6–13,4	Mittlere Bildungsgruppe	10,1	8,0–12,7
Obere Bildungsgruppe	6,4	4,8–8,6	Obere Bildungsgruppe	4,9	3,5–6,8
45-64 Jahre	11,9	10,8–13,1	45-64 Jahre	9,6	8,5–10,7
Untere Bildungsgruppe	17,5	14,1–21,4	Untere Bildungsgruppe	15,3	11,7–19,7
Mittlere Bildungsgruppe	11,8	10,5–13,3	Mittlere Bildungsgruppe	10,5	9,0–12,3
Obere Bildungsgruppe	7,3	6,0–8,9	Obere Bildungsgruppe	5,9	4,7–7,4
≥ 65 Jahre	8,7	7,4–10,1	≥ 65 Jahre	5,4	4,5–6,5
Untere Bildungsgruppe	11,7	9,4–14,4	Untere Bildungsgruppe	7,1	4,8–10,5
Mittlere Bildungsgruppe	7,1	5,4–9,3	Mittlere Bildungsgruppe	5,7	4,4–7,5
Obere Bildungsgruppe	3,6	2,2–5,7	Obere Bildungsgruppe	4,2	3,0–5,9
Gesamt (Frauen + Männer)	10,1	9,6–10,7	Gesamt (Frauen + Männer)	10,1	9,6–10,7

KI = Konfidenzintervall

Untersuchungen in Industrienationen und unter Anlegen der Kriterien operationaler Diagnostik (DSM-5, ICD-11) kommen zu einer Punktprävalenz für depressive

Störungen von 6 Prozent (depressive Episoden und Dysthymien). Die Lebenszeitprävalenzschätzungen derselben Störungen liegen bei 12–25 Prozent (s. Tab. 2.2).

Tabelle 2.2 Prävalenz affektiver Störungen (nach Jacobi et al., 2004)

	Stichtagsprävalenz	1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeitprävalenz
Depressive Störungen	6,3 %	11,9 %	17,1 %
Frauen	7,8 %	15,4 %	23,3 %
Männer	4,8 %	8,5 %	11,1 %

In der Zusammenfassung mehrerer Studien lässt sich das Morbiditätsrisiko für bipolare affektive Störungen auf 1–2 Prozent schätzen (s. dazu Hautzinger & Meyer, 2011).

Inzidenz. Die Inzidenzschätzungen (neue Fälle pro Jahr) für die Diagnose einer depressiven Episode liegen bei 1 bis 2 Neuerkrankungen auf 100 Personen.

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, liegt bei bis zu 12 Prozent für Männer und bis zu über 20 Prozent für Frauen.

Diese hohen Zahlen finden sich in ganz Europa. Angststörungen sind insgesamt noch häufiger in der Bevölkerung vorzufinden, allerdings sind die durch Depressionen beeinträchtigten Lebenszeiten, ausgedrückt in dem von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen »Disability Adjusted Life Years (DALY)«-Index (s. Abb. 2.1), deutlich höher als bei Angststörungen. Die Folgen sind offensichtlich und durch Versicherungsstatistiken (s. Abb. 2.2), als über die letzten zwei Jahrzehnte in dramatischer Weise zunehmend, gut belegt. Ergänzt werden diese Zahlen durch Angaben der großen deutschen Krankenkassen (AOK, TK, DAK, BKK). Diese stellten für das Jahr 2011 bezogen auf 100 Versicherte fest, dass zwischen 64 und 91 Tage wegen Depressionen (einschließlich Burnout) Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde.

2.2 Komorbidität

Depressionen können als Vorläufer von, parallel zu und / oder infolge von allen psychischen und bei vielen somatischen (onkologischen, kardiovaskulären, neurologischen, endokrinologischen) Störungen auftreten und sind bei Vorliegen der entsprechenden Kriterien auch zusätzlich zu den anderen Störungen zu diagnostizieren (multiple Diagnosen, Komorbidität). Depressionen weisen eine besonders hohe Rate an Komorbidität auf. Überlappungen bzw. gleichzeitiges Vorkommen von Depressionen mit Angststörungen (Phobien, sozialen Ängsten, Panikstörung, Generalisierter Angststörung), Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Schlafstörungen, Substanzabhängigkeiten, sexuellen Störungen,

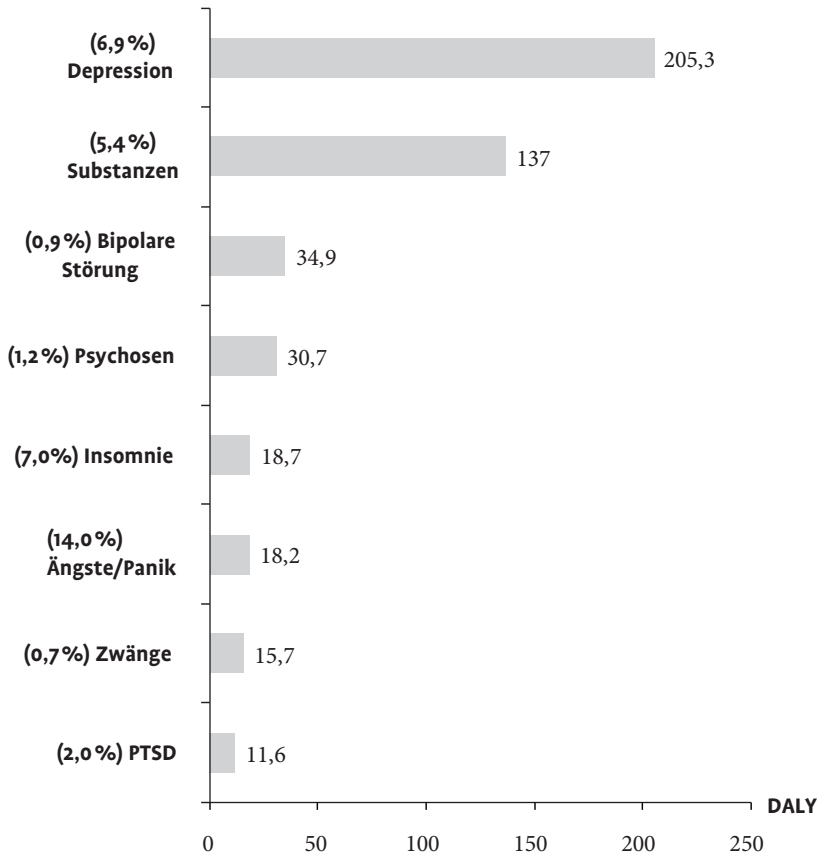


Abbildung 2.1 Prävalenzen psychischer Störungen (12-Monate %) und Menge der durch diese Krankheiten verlorenen Lebenszeit (DALY) in Europa (nach Wittchen et al., 2011)

somatoformen Störungen, psychophysiologischen Störungen, doch auch mit schizophrenen Störungen, hirnorganischen Störungen, zerebralem Abbau sowie verschiedenen Persönlichkeitsstörungen sind häufig (Pieper et al., 2008).

Bei Depressionen in Bevölkerungsstichproben findet sich bei drei Viertel der Fälle zumindest eine weitere Diagnose. Die häufigsten sind Angststörungen (etwa die Hälfte), substanzinduzierte Abhängigkeiten (etwa ein Drittel) sowie somatoforme Störungen (etwa ein Drittel).

Die Frage, ob bei diesen komorbid vorkommenden Störungen die Depression primär oder erst in der Folge der anderen Erkrankungen auftritt, ist in der Regel kaum zuverlässig zu beantworten. Befragt man Patienten retrospektiv, welche der Störungen zuerst da war, dann erhält man in der Mehrzahl (zwischen 60 und 80 Prozent) die Antwort, dass die Depressionen den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgten. Man könnte, wie es in der Forschung getan wird, in diesem Fall von einer