

Eva-Lotta Brakemeier · Elisabeth Schramm
Martin Hautzinger

Chronische Depression

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Chronische Depression

Fortschritte der Psychotherapie

Band 49

Chronische Depression

von Dr. Eva-Lotta Brakemeier, Prof. Dr. Elisabeth Schramm
und Prof. Dr. Martin Hautzinger

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Chronische Depression

von Eva-Lotta Brakemeier, Elisabeth Schramm
und Martin Hautzinger

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dr. Eva-Lotta Brakemeier, geb. 1976. Seit 2007 als Klinische Psychologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg mit Leitung des Projektes „Psychotherapieforschung der Depression im stationären Setting“.

Prof. Dr. Elisabeth Schramm, geb. 1964. Seit 1990 als Klinische Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und psychotherapeutische Supervisorin in leitender Position in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg tätig.

Prof. Dr. Martin Hautzinger, geb. 1950. Seit 1996 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2133-9

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Beschreibung der chronischen Depression	3
1.1 Begriffsbestimmung	4
1.2 Definition der chronischen Depression	6
1.3 Epidemiologische Daten	9
1.4 Verlauf und Prognose	10
1.5 Differenzialdiagnose	12
1.6 Komorbidität	13
1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	14
1.7.1 Suizidalität und Suizidrisiko	15
1.7.2 Traumatische Beziehungserfahrungen in der Kindheit	16
1.7.3 Interaktionale Aspekte	18
2 Störungstheorie und Erklärungsmodell	19
2.1 Multifaktorielles Erklärungsmodell	20
2.2 Fallbeispiel zur Ätiologie einer „Doppelten Depression“	25
3 Diagnostik und Indikation	28
3.1 Eingangs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik	28
3.2 Indikation und Behandlungsleitlinien	30
4 Behandlung	31
4.1 Ambulante Psychotherapie	32
4.1.1 Typischer Behandlungsaufbau und -ablauf	34
4.1.2 Liste prägender Bezugspersonen mit Übertragungs- hypothesen	36
4.1.3 Kiesler Kreis	42
4.1.4 Diszipliniertes persönliches Einlassen und Interpersonelle Diskrimination	45
4.1.5 Situationsanalyse	52
4.1.6 Training von Verhaltensfertigkeiten	57
4.1.7 Kognitive Umstrukturierung	58
4.1.8 Interpersoneller Fokus	59
4.2 Stationäre Psychotherapie	60
4.3 Kombination mit Antidepressiva	62
4.4 Wirkmechanismen und Mediatoren	63

4.5	Schwierigkeiten und Probleme bei der Psychotherapie	65
4.5.1	Mangelnde Motivation	65
4.5.2	Schwierige Beziehungsgestaltung	65
4.5.3	Akute und latente Suizidalität	66
4.5.4	Hoffnungslosigkeit durch Behandlungsfehlschläge und Therapieresistenz	67
4.5.5	Komorbiditäten	67
4.6	Empfehlungen und Prognose	68
5	Stand der Psychotherapieforschung	69
6	Falldarstellung zur Behandlung einer chronischen Depression	73
7	Literatur	78
8	Anhang	83
	Hilfe zur Erarbeitung der Liste prägender Bezugspersonen	83
	Arbeitsblatt: Kiesler Kreis	84
	Arbeitsblatt: Explorationsphase der Situationsanalyse	85
	Arbeitsblatt: Lösungsphase der Situationsanalyse	86

Karten:

Die vier wichtigen Bereiche bei der Liste prägender Bezugspersonen

Hilfen zur Formulierung von Übertragungshypothesen
in der Therapiebeziehung

Leitfragen bei Situationsanalysen

Vorwort

Depressionen sind häufige psychische Störungen mit einer hohen Lebenszeitprävalenz. Offenbar nehmen in den letzten Jahren vor allem die chronifizierten, über Jahre andauernden und oft schon im Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter einsetzenden Depressionen zu. Etwa ein Drittel aller Depressionen dauern länger als zwei Jahre an. Über zehn Prozent aller Depressionen bestehen länger als fünf Jahre. Diese chronischen, nicht remittierenden Depressionen wurden lange Zeit kaum beachtet, fehldiagnostiziert, unzureichend beforscht und ungenügend behandelt. Man war offensichtlich damit zufrieden, dass zwei Drittel der akuten depressiven Störungen gut zu behandeln und nach wenigen Monaten weitgehend oder vollständig remittiert waren (vgl. Hautzinger, 2010). Das weniger gut auf die gängigen Therapien ansprechende Drittel galt als „therapierefraktär“, als „difficult to treat“ oder eben als die „überall vorkommenden Misserfolge“.

Die chronischen Depressionen bessern sich nicht mehr von alleine (Spontanremission) oder durch die einfache Fortführung der einmal begonnenen, doch bislang unwirksamen Behandlung. Über neunzig Prozent der Fälle weisen auch nach Jahren unverändert depressive Symptome auf und erfüllen die Diagnosekriterien.

Bei chronischen Depressionen handelt es sich daher um extrem beeinträchtigende Störungen, die für die Betroffenen und häufig auch deren Angehörige mit großem Leid einhergehen. Selbst die milderen Formen (z. B. Dysthymien) gelten allgemein als schwer behandelbar. Aus psychotherapeutischer Sicht stellen chronisch depressive Patienten therapiemethodisch, doch vor allem auch interaktionell eine große Herausforderung dar.

Für Patienten mit chronischen Depressionen wurden bislang vergleichsweise wenige kontrollierte Therapiestudien durchgeführt. Die vorliegenden Studienergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass eine längerfristig ausgelegte und auf das Störungsbild zugeschnittene Psychotherapie auch bei chronischen Depressionen wirksam sein kann. Dabei erweist sich meist die Kombination aus Psychotherapie und antidepressiver Pharmakotherapie erfolgreicher als Monotherapien. Insbesondere die speziell für chronische Depressionen entwickelten psychotherapeutischen Zugangsweisen und Methoden, wie sie hier in Kapitel 4 dargestellt werden, scheinen bei Patienten mit lebensgeschichtlich frühem Krankheitsbeginn aufgrund traumatisierender Erfahrungen (Vernachlässigung, Trennungen, Verluste, Misshandlungen) erfolgversprechend.

Wir stellen daher diese neuen, die bewährten psychotherapeutischen Methoden der Depressionstherapie erweiternden Behandlungsweisen in den Mittelpunkt dieses Buches. Anhand von Fallbeispielen werden der Behandlungsrahmen, die Vorgehensweisen sowie die Therapiematerialien dargestellt und unmittelbar für die praktische Arbeit nutzbar illustriert. Wir betonen jedoch auch, dass diese erfreulichen Fortschritte längst nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht und wir noch weit von gesicherten Erkenntnissen entfernt sind. Chronische Depressionen sind mit Sicherheit kein homogenes Störungsbild. Die Entwicklung chronischer Depressionen ist auf unterschiedlichsten Wegen, welche bislang unzureichend verstanden sind, denkbar. Entsprechend sind zukünftige Weiterentwicklungen bei der Behandlung unterschiedlicher Formen chronischer Depressionen ebenso zu erwarten wie eher enttäuschende Erfahrungen mit dem vorliegenden Behandlungskonzept bei Teilgruppen chronisch depressiver Patienten. Dennoch sind wir der Überzeugung, dass wir den chronisch depressiven Patienten und auch ihren häufig frustrierten Therapeuten Hoffnung machen können, mittels der neuen psychotherapeutischen Strategien den Teufelskreis der chronischen Depression immer öfter durchbrechen zu können.

Freiburg und Tübingen, im März 2012

*Eva-Lotta Brakemeier,
Elisabeth Schramm
und Martin Hautzinger*

1 Beschreibung der chronischen Depression

Beispiel

Pat.: Mein Leben ist ein einziges Desaster. Beruflich bekomme ich gar nichts mehr hin und quäle mich mit der Entscheidung herum, die Frühberentung zu beantragen. Ich bin von jeder Kleinigkeit überfordert und werde von meinem Chef, Kollegen und selbst den Schülern gemobbt. Meine Ehe existiert quasi nur noch auf dem Papier. Wir leben nebeneinander her, ich kann meiner Frau nichts mehr bieten; sie spricht seit einigen Monaten auch kaum noch mit mir und ich befürchte, dass sie einen anderen Mann hat. Meine wenigen Freunde melden sich auch nicht mehr und meine Freizeit besteht im Wesentlichen aus Schlafen und lustlosem Fernsehen schauen. Am liebsten möchte ich tot sein, das hat doch alles keinen Sinn mehr. Ich weiß auch nicht, was ich hier bei Ihnen soll.

Th.: Wie lange fühlen Sie sich schon so?

Pat.: Ach, wenn ich es mir recht überlege, seitdem ich denken kann. Sehen Sie, ich bin einfach ein hoffnungsloser Fall und Sie werden mir bestimmt auch nicht helfen können. Niemand kann mir helfen, also geben Sie am besten gleich auf – Sie verschwenden nur Ihre Zeit mit mir.

Bei chronischen Depressionen handelt es sich um *extrem beeinträchtigende Störungen*, die für die Betroffenen und häufig auch deren Angehörige mit großem Leid einhergehen und allgemein als äußerst schwer behandelbar gelten. Gerade auch aus psychotherapeutischer Sicht stellen chronisch depressive Patienten für ihre Therapeuten interaktionell häufig eine Herausforderung dar – wie das obige Beispiel demonstriert. McCullough (2000) stellt folgende Charakteristika chronisch depressiver Patienten heraus:

- ein wiederholter Ausdruck von Hilflosigkeit und Elend,
- ein submissives und überfordertes Verhalten,
- ein auffälliges Misstrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen,
- eine nahezu unverrückbare Überzeugung, dass nichts getan werden kann, um die Depression unter Kontrolle zu bringen,
- rigide und verfestigte Verhaltensmuster, die weder durch positive noch durch negative Ereignisse beeinflussbar zu sein scheinen.

Darüber hinaus weisen chronisch depressive Patienten die typisch depressiven Merkmale wie stark verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, Insuffizienzerleben, Antriebsmangel, Genussunfähigkeit, Libido- und Schlaf-

störungen sowie kognitive Einengung auf, die auch bei episodischen bzw. akuten Depressionen auftreten (vgl. Hautzinger, 2010). Der Unterschied zur episodischen/akuten Depression besteht jedoch darin, dass diese Symptome bei chronisch depressiven Patienten über Jahre vorliegen, meist schon früh in der Lebensgeschichte entwickelt wurden und somit insgesamt *resistenter* sind.

Merke:

Die Unterscheidung zwischen chronischen und akuten bzw. episodischen Depressionen ist für die Erklärung, die Prognose und für die Therapie wichtig.

**Unterscheidung
chronische
und episodi-
sche/akute
Depression**

Daher ist es klinisch relevant, chronische von akut bzw. episodisch verlaufenden Depressionen abzugrenzen, zumal sich beide Verlaufsformen in weiteren wichtigen Aspekten voneinander unterscheiden (z. B. Arnow et al., 2003; Angst et al., 2009): Chronisch depressive Patienten sind im Vergleich mit akut/episodisch Depressiven insgesamt stärker beeinträchtigt, weisen mehr Suizidversuche und Klinikaufenthalte auf, haben eine höhere Komorbidität mit anderen psychischen, aber auch somatischen Störungen, sprechen schlechter auf Antidepressiva und Psychotherapie an, weisen eine geringe Plazebo-Ansprechrates sowie eine geringere Spontanremission auf. Die Depression beginnt zudem meist früher im Leben. Chronisch Depressive erlebten außerdem häufiger traumatische Erfahrungen (Verluste, Misshandlungen, Vernachlässigungen, Trennungen) in der Kindheit. Diese Unterschiede sind sehr stabil und ein bleibendes Merkmal.

Chronische Depressionen wurden lange kaum beachtet, fehldiagnostiziert, unzureichend erforscht und ungenügend behandelt. Daher ist es sehr bedeutsam, dieser Subgruppe von depressiven Patienten klinische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

1.1 Begriffsbestimmung

**Früher
Persönlichkeits-
störungen
zugeordnet**

Patienten, die heutzutage als chronisch depressiv diagnostiziert werden, sind nicht etwa eine „neue“ Patientengruppe, sondern wurden bereits vor 200 Jahren beschrieben (Berger et al., 2011). Da Kliniker und Wissenschaftler die chronische Symptomatologie jedoch eher als Persönlichkeitsstörung ansahen, galten sie zumeist als *unbehandelbar*. So kann angenommen werden, dass sowohl Kraepelins „Depressives Temperament“ als auch Schneiders Umschreibung der „Depressiven Psychopathie“ im Grunde die Patienten beschreiben, die heute als chronisch depressiv diagnostiziert werden. Durch den Begriff „depressiv-masochistische Persönlichkeitsstörung“ – eingeführt von Kernberg – wurde dieses Störungsbild weiterhin bei den

Persönlichkeitsstörungen angesiedelt. Nahezu zeitgleich modifizierte Akiskal den Vorschlag von Schneider und verlagerte durch die Einführung des Konzeptes der „Dysthymie“ (vgl. Kap. 1.2) die Zuordnung dieses Störungsbildes zu den Affektiven Störungen.

Das Konzept der Dysthymie hat sich inzwischen durchgesetzt, jedoch existiert bis heute der Begriff „Depressive Persönlichkeitsstörung“, wenngleich nicht als offizielle Diagnose (vgl. Kasten).

Vorschlag diagnostischer Kriterien der „Depressiven Persönlichkeitsstörung“ nach DSM-IV

- A. Ein tiefgreifendes Muster depressiver Kognitionen und Verhaltensweisen, das im frühen Erwachsenenalter beginnt und in einer Vielzahl von Zusammenhängen zu Tage tritt, angezeigt durch mindestens fünf der folgenden Kriterien:
1. die übliche Stimmung ist durch Niedergeschlagenheit, Trübsinnigkeit, Unbehaglichkeit, Freudlosigkeit und Unglücklichsein gekennzeichnet
 2. das Selbstkonzept zentriert sich um Überzeugungen der Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit und niedriger Selbstachtung
 3. ist kritisch, anklagend und herabsetzend gegen sich selbst
 4. grübelt und sorgt sich
 5. ist negativistisch, kritisch und verurteilend gegen andere
 6. ist pessimistisch
 7. neigt zu Schuldgefühlen und Gewissensbissen.
- B. Tritt nicht ausschließlich während Episoden der Major Depression auf und kann nicht besser durch eine Dysthyme Störung erklärt werden.

Auf all die unterschiedlichen historischen Begriffe – insbesondere auch auf den häufig benutzten Begriff der „depressiven Neurose“, welcher meist auch mit einer chronifizierten Depression gleichgesetzt wurde – wird heutzutage verzichtet.

Verzicht auf historische Begriffe, wie „depressive Neurose“

Schließlich ist es wichtig, die Begriffe chronische und *therapieresistente Depression* voneinander abzugrenzen, da diese bisweilen missverständlich synonym benutzt werden. Therapieresistenz wird am häufigsten in der psychiatrischen Forschung wie folgt definiert: Eine therapieresistente Depression liegt vor, wenn ein Patient auf mindestens zwei Behandlungsversuche mit Antidepressiva verschiedener Wirkklassen, in jeweils adäquater Dosis und Dauer verabreicht, nicht anspricht (Thase & Rush, 1995, 1997).

Durch diese Definition wird deutlich, dass nicht alle therapieresistenten Depressionen chronisch (d. h. mit einer Dauer von über 2 Jahren) verlaufen

Unterscheidung
therapie-
resistente
und chronische
Depression
wichtig

müssen und chronische Depressionen nicht ausschließlich auf Therapieresistenz zurückzuführen sind. Sie können zu einem erheblichen Anteil auch aus unzureichender Behandlung („Pseudotherapieresistenz“) resultieren, bedingt durch mangelnde Compliance, einer falschen Diagnose oder durch bislang noch unberücksichtigte Faktoren, welche die Depression aufrechterhalten (Bschor & Bauer, 2004). Zudem lässt sich an dieser Definition kritisieren, dass sich der Begriff Therapieresistenz rein auf pharmakologische Therapien bezieht, jedoch andere nicht pharmakologische (wie Psychotherapien oder Stimulationsverfahren) Behandlungen nicht berücksichtigt werden.

1.2 Definition der chronischen Depression

Dauer der
Depression
über 2 Jahre

Für den Terminus „chronische Depression“ existiert bis heute keine international einheitliche Definition. Konsens herrscht lediglich bezüglich des *Zeitkriteriums*, das erfordert, dass eine depressive Symptomatik über *mindestens 2 Jahre* bei gleichzeitigem Fehlen einer länger als 2 Monate dauernden Vollremission vorliegen muss (vgl. Gelenberg et al., 2006).

Zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades ist sowohl die aktuelle Symptomatik als auch der bisherige Verlauf ausschlaggebend. Chronische Depressionen sind folglich zunächst akute Depressionen (vgl. Kasten), die jedoch seit Jahren (Konsens gegenwärtig 2 oder mehr Jahre) bestehen.

Depressive Episoden nach ICD-10-Kriterien	
<i>Hauptsymptome:</i>	Gedrückte, depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit,
<i>Zusatzsymptome:</i>	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken/-handlungen, Schlafstörungen, Verminderter Appetit
<i>Dauer:</i>	Symptome über 2 Wochen
<i>Schweregrad:</i>	leicht: 2 Hauptsymptome plus 2 Zusatzsymptome mittel: 2 Hauptsymptome plus 3 bis 4 Zusatzsymptome schwer: 2 Hauptsymptome plus mehr als 4 Zusatzsymptome

Dysthymie ist eine lang anhaltende und gewöhnlich fluktuierende depressive Störung, bei der einzelne depressive Episoden selten – wenn überhaupt – ausreichend schwer sind, um als auch nur leichte oder als mittelgradige depressive Störung beschrieben zu werden.

Chronische Depressionen lassen sich in verschiedenen Subtypen in Abhängigkeit vom Beginn, der Verlaufsform und des Schweregrades sowie dem Vorliegen bzw. Fehlen von frühen Traumatisierungen unterscheiden.

Beginn: Allgemein wird zwischen chronischer Depression mit frühem Beginn und spätem Beginn unterschieden, wobei als anerkannte Grenze das 21. Lebensjahr gilt. Epidemiologische Studien zeigen, dass $\frac{3}{4}$ aller chronischen Depressionen bereits vor dem 21. Lebensjahr beginnen, während $\frac{1}{4}$ sich erst nach dem 21. Lebensjahr manifestieren.

**Unterscheidung
früher und
später Beginn**

Verlaufsformen: Chronische Depressionen lassen sich in vier Subtypen hinsichtlich ihres Verlaufes unterteilen, wobei allen gemein ist, dass die Dauer mehr als 2 Jahre beträgt:

- Chronische Depressive Episode (schwere Symptomatik),
- Dysthymie (leichter ausgeprägte Symptomatik),
- „Doppelte Depression“ (Depressive schwere Episode auf eine Dysthymie aufgesetzt),
- Depressive Episode mit unvollständiger Remission.

Da etwa 90 % der dysthymen Patienten im Laufe der Zeit eine Major Depression entwickeln, wurde der Begriff der „*doppelten Depression*“ geprägt. Wenn also Patienten an einer Dysthymie leiden, dann – etwa im Rahmen einer Belastungssituation – eine Major Depression entwickeln, wird eine doppelte Depression diagnostiziert. Dieses Störungsbild ist prognostisch besonders ungünstig (vgl. Kap. 1.4). Abbildung 1 verdeutlicht den Verlauf der vier verschiedenen Subtypen (Dunner, 2001).

In einer großen Studie mit chronisch depressiven Patienten (Keller et al., 1998) wurde ein fünfter Subtyp identifiziert, die *Doppelte Depression/Chronische Depression* (20 % der Patienten erfüllten die Kriterien von 1 und 2), welche sich als die schwerste Form der chronischen Depressionen herausgestellt hat. Da beim Vergleich von demografischen, psychosozialen und gesundheitsbezogenen Variablen ansonsten aber keine signifikanten Unterschiede gefunden wurden, wird argumentiert, dass diese verschiedenen Subtypen keine qualitativ unterschiedlichen Einheiten darstellen. Daher plädieren McCullough und Mitarbeiter (2003) bzgl. der Einteilung von unipolaren Störungen für ein Vierfelderschema (vgl. Tab. 1): „milder“ vs. „moderat – schwerer“ Schweregrad und „akuter“ vs. „chronischer“ Verlauf. Chronische Depressionen können dementsprechend als Einheit mit Unterscheidung des Schweregrads kategorisiert werden (Gelenberg et al., 2006).

Vier Verlaufsformen chronischer Depressionen

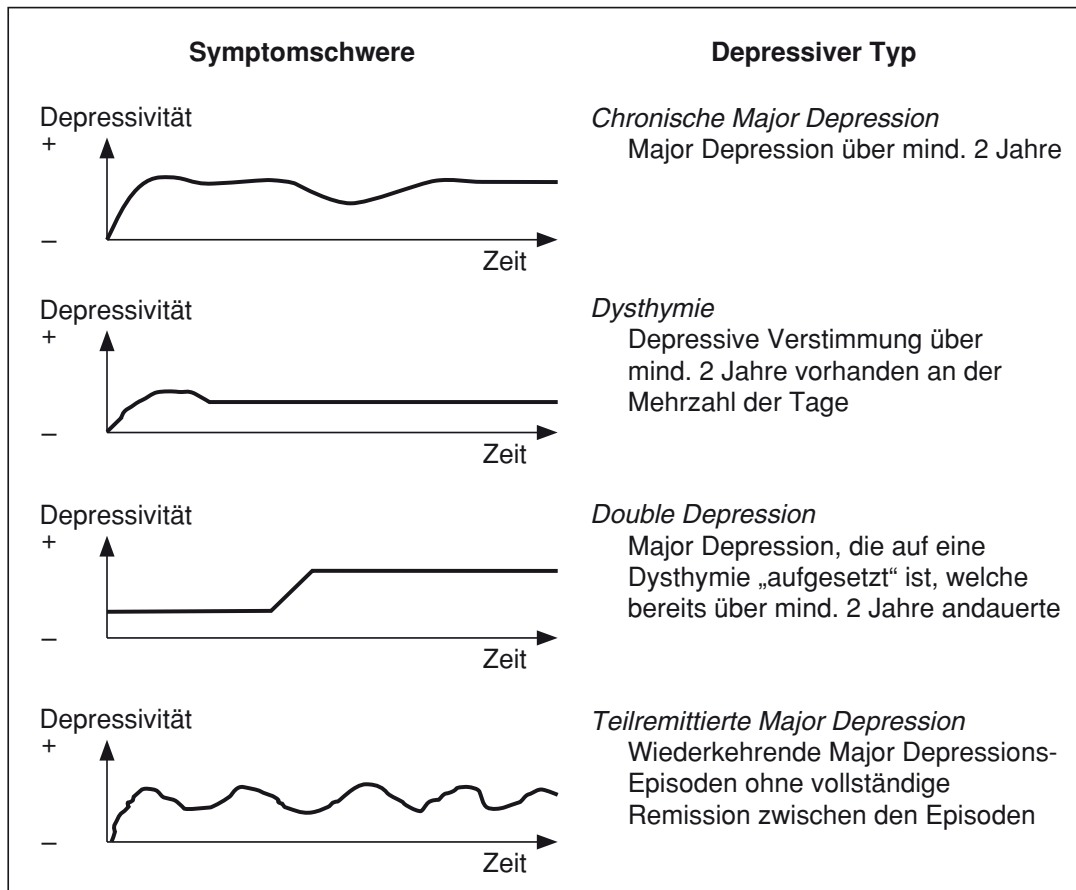


Abbildung 1: Vier verschiedene Formen chronischer Depressionen (nach Dunner, 2001)

Tabelle 1: Klassifikation der unipolaren Depression (nach McCullough, 2003)

Verlauf der Krankheit	mild	moderat – schwer
akut	subklinische bzw. leichte depressive Episode	depressive Episode
chronisch	Dysthymie	depressive Episode „doppelte Depression“ teilremittierte depressive Episode

Häufig finden sich frühe Traumatisierungen

Vorliegen bzw. Fehlen von frühen Traumatisierungen: Viele Kliniker nehmen an, dass die meisten chronisch depressiven Patienten frühe Traumatisierungen erfahren mussten. Daher wurde in den letzten Jahren vermehrt überprüft, ob und welche Traumatisierungen bei dieser Patientengruppe vorliegen. Dabei wird häufig der *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* (vgl. Kap. 1.7.2) angewendet. Studien legen nahe, dass bei ca. 70 bis 80 % der chronisch depressiven Patienten frühe Traumatisierungen vorliegen, wobei die meisten emotionale Vernachlässigung bzw. emotionalen Missbrauch angeben.

Chronische Depressionen in der ICD-10

Die ICD-10 sieht eine Klassifizierung chronischer Formen depressiver Erkrankungen nur begrenzt vor. Ein Zusatz „mit chronischem Verlauf“ für die Diagnose einer depressiven Episode findet sich offiziell nicht. Als einzige „chronisch“ benannte Verlaufsform der Depression kommt in der ICD-10 die Dysthymia (F34.1) vor (vgl. Kasten S. 6/7). Wir empfehlen jedoch bei Vorliegen einer depressiven Episode (F32 bzw. F33), die sich ohne oder nur mit teilweiser Besserung über mehr als 2 Jahre erstreckt, den Zusatz „chronischer Verlauf“.

Chronischer Verlauf als Zusatzkodierung

Merke:

„Chronizität“ ist eine Zusatzkodierung für eine Depressive Episode oder in Form einer Dysthymia eine eigene diagnostische Kategorie.

1.3 Epidemiologische Daten

Depressionen sind häufige psychische Störungen, wobei offenbar in den letzten Jahrzehnten vor allem die chronifizierte Depression zunehmen, immer jüngere Altersgruppen erfassen und bereits eine echte „Volkskrankheit“ darstellen (Hautzinger, 2010). Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden Depressionen bis zum Jahr 2020 sogar die Krankheit sein, die neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten gesunden und unbeeinträchtigten Lebensjahre rauben werden.

In Deutschland leben derzeit schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen, die als chronisch depressiv bezeichnet werden können. Wie erwähnt, ist insgesamt die Zahl der chronischen Depressionen in den letzten Jahren angestiegen: während der Anteil an chronischen Verläufen bei Depressionen vor wenigen Jahren noch auf 15 % gesetzt wurde, so muss mittlerweile davon ausgegangen werden, dass etwa 25 bis 30 % aller unipolaren Depressionen als chronisch eingestuft werden können (Arnow & Constantino, 2003; Dunner, 2001).

Chronifizierung bei mindestens ¼ aller Depressionen

Da jedoch die Diagnose der chronischen Depression bzw. der Dysthymie in dieser Form erst jüngeren Datums ist, gibt es bezüglich epidemiologischer Daten wesentlich weniger Studien und Verlaufsuntersuchungen als zur episodischen Depression. Zudem gestaltet sich die exakte Schätzung der Prävalenz aufgrund der individuellen Übergänge im Verlauf einer Erkrankung schwierig. So entwickeln beispielsweise drei Viertel der Patienten mit Dysthymie im Verlauf ihres Lebens eine Major Depression und erfüllen damit die Kriterien der Double Depression.

Die Lebenszeitprävalenz für affektive Erkrankungen allgemein liegt nach WHO bei 17,1 %. Das Lebenszeitrisiko, an einer der vier Formen der chro-

Lebenszeit-
risiko 5%
für Chronifizie-
rung

nischen Depression zu erkranken, wird auf 5 % geschätzt, wobei das Lebenszeitrisiko einer Dysthymie je nach Studie zwischen 2,5 % und 4 % angegeben wird (Jacobi et al., 2004).

Frauen mehr
als doppelt so
häufig betroffen
wie Männer

In einer europäischen Population betrug die 1-Jahres-Prävalenz für Dysthymie 1 % und die Lebenszeitprävalenz 4 %. Die anderen Subformen der chronischen Depression sind seltener, wobei die Double Depression etwa zweimal so häufig vorkommt wie die (rezidivierende) Depression mit unvollständiger Remission zwischen den Episoden. Die chronische Depression liegt in ihrer Prävalenz dazwischen (vgl. Tab. 2). Wie bei akuterer depressiven Verläufen sind Frauen doppelt so häufig von chronischer Depression betroffen wie Männer (Klein & Santiago, 2003).

Tabelle 2: Prävalenz, Inzidenz, Alters-, Geschlechtsverteilung chronischer Depressionen

Punktprävalenz	3–5 %
Lebenszeitprävalenz	5 % (chronische depressive Episoden) 2,5–4 % (Dysthymie)
Altersverteilung	75 % früher Beginn (vor 21. Lebensjahr) 25 % später Beginn
Geschlechtsverteilung	mind. 2:1 (Frauen : Männer)

1.4 Verlauf und Prognose

Wie bereits erwähnt, scheinen etwa 30 % aller Depressionen zu chronifizieren, 10 bis 15 % dauern länger als fünf Jahre an (Nierenberg, 2001). Keller und Mitarbeiter haben diese Zahlen in einer Langzeitbeobachtung von ursprünglich 431 depressiv Erkrankten eindrucksvoll untermauert: Nach sechs Monaten waren 50 % der Patienten gesundet. Nach zwei Jahren befanden sich noch 21 % der Erkrankten in der depressiven Episode (Keller et al., 1984), nach fünf Jahren waren es 12 % (Keller et al., 1992) und nach 10 Jahren waren es immer noch 7 % (Mueller et al., 1996).

Keine Spontanremission: Chronische Depressionen, wie oben definiert, bessern sich nicht mehr von alleine. Über 90 % der Fälle weisen auch nach Jahren unverändert depressive Symptome auf und erfüllen die Diagnosekriterien.

Keine Spontan-
remission und
kaum Plazebo-
wirkung

Kaum Plazeboresponse: Die Plazeboresponseraten chronisch depressiver Patienten liegen zwischen 12 bis 15 % und sind somit deutlich geringer als die für episodisch depressive Patienten (ca. 40 %).

Behandlungen: Chronisch depressive Patienten sind häufiger stationär als ambulant in Behandlungen mit zahlreichen Fehlschlägen und ohne (lang anhaltenden) Erfolg, was zu einer resignativen Anpassung führt.

Suizidalität: Außerdem unternehmen Patienten mit einer chronischen Verlaufsform häufiger Suizidversuche als episodisch depressive Patienten und berichten über stärkere und lang andauernde Suizidgedanken. Bezüglich des Kriteriums vollendete Suizide unterscheiden sich beide Gruppen nicht.

Bedeutsames Symptom: Suizidalität

Psychosoziale Situation: Chronische Depressionen gehen mit höherer psychosozialer und beruflicher Beeinträchtigung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einher. So interferiert diese Erkrankung mit beruflichen und zwischenmenschlichen Entwicklungsschritten und bedingt umfangreiche psychosoziale Folgeprobleme: Zum Beispiel zeigen Daten aus Deutschland und der Schweiz, dass chronisch depressive Patienten seltener verheiratet, seltener in festen Arbeitsverhältnissen, häufiger arbeitslos und häufiger auf Sozialhilfe bzw. früher auf Rente angewiesen sind als episodisch depressive Patienten.

Kosten: Chronische Depressionen sind wegen des meist frühen Beginns mit oftmals lebenslangem Verlauf für einen substanziellen Anteil der enormen direkten und indirekten Kosten verantwortlich, die im Zusammenhang mit Depressionen stehen.

Prognose und Risikofaktoren

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Prognose chronisch depressiver Patienten schlechter ausfällt als die episodisch depressiver Patienten. So ist z. B. die Prognose bei Patienten mit Dysthymie im Allgemeinen ungünstig. Dysthymie-Patienten haben sogar ein Lebenszeitrisiko von etwa 90 %, ein oder mehrere schwere depressive Episoden zu erleiden. Auch für chronisch depressive Patienten, die in der Vorgeschichte wiederkehrende schwere depressive Episoden aufweisen oder deren Depression lange unbehandelt blieb, wird eine schlechte Prognose beschrieben.

Insgesamt ist der Anteil der Patienten, die zur Remission gelangen, gering – selbst wenn durch die Behandlung eine Besserung der Symptomatik erzielt wird. Zudem minimiert Chronizität nicht nur die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges, sie erhöht auch die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bzw. einer Wiedererkrankung.

Chronizität mindert Erfolgsaussichten, erhöht Rückfallgefahr

Merke:

Chronizität senkt die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls.

1.5 Differenzialdiagnose

Folgende psychiatrische Erkrankungen gehen häufig mit (chronischen) Depressionen einher und sollten in der klinischen Untersuchung, der Anamneseerhebung und der Diagnostik daher besondere Aufmerksamkeit erhalten:

- Suchterkrankungen (Missbrauch und Abhängigkeit),
- hirnorganische Erkrankungen, z. B. (beginnende) Demenzen,
- posttraumatische Belastungsstörung,
- Schizophrenie, insbesondere schleichende Verläufe wie bei der Schizophrenia simplex und schizophrene Residualzustände sowie schizoaffektive Erkrankungen,
- Somatisierungsstörung,
- Autismus.

Suchterkrankungen: Hinweise auf eine *Abhängigkeitserkrankung* können neben der systematischen Exploration Blut-, Atem- und Urinanalysen auf Alkohol, Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial und Drogen sowie typische Laborveränderungen liefern. Bei Evidenz für eine Abhängigkeitserkrankung sollte während der systematischen Exploration vor allem der zeitliche Verlauf beider Störungen erfragt werden: Wenn das depressive Syndrom bzw. die depressiven Symptome nur zeitgleich mit der Abhängigkeitserkrankung aufgetreten sind (bzw. nach einem Rückfall), sollte eher die Abhängigkeitserkrankung behandelt werden, wenn das depressive Syndrom auch unabhängig auftritt, scheint dies die primäre Diagnose zu sein, die behandelt werden sollte.

Hirnorganische Erkrankung: Die gezielte Untersuchung kognitiver Funktionen wie z. B. Alt- und Neugedächtnis, Merkfähigkeit, Orientierung, Konzentration und Abstraktionsvermögen im Rahmen der psychopathologischen Befunderhebung liefert Anhaltspunkte für eine mögliche hirnorganische Erkrankung, denen dann durch gezielte testpsychologische und apparative Diagnostik weiter nachzugehen ist. Eher für eine depressive Pseudodemenz als für eine beginnende Demenz sprechen u. a. eine Aggravierungsneigung und Selbstvorstellung des Patienten bezüglich der kognitiven Defizite (Demenz: Dissimulation und Vorstellung durch die Angehörigen), gleichermaßen beklagte Defizite in Kurz- und Langzeitgedächtnis (beginnende Demenz: überwiegend Kurzzeitgedächtnisstörungen), plötzlicher Beginn der kognitiven Defizite (Demenz: schleichend) und eine eher unmotiviert oder wenig kooperativ erscheinende Auskunftsverweigerung („Ich weiß nicht.“; Demenz: Versuch, die vorhandenen Defizite wortreich zu überspielen).

Posttraumatische Belastungsstörung: Die posttraumatische Belastungsstörung grenzt sich von (chronisch) depressiven Erkrankungen zum einen durch den Beginn nach einem traumatischen Ereignis mit schwerer außergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophenartigem Ausmaß ab und