

Martin Hautzinger

Akute Depression

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Akute Depression

Fortschritte der Psychotherapie

Band 40

Akute Depression

von Prof. Dr. Martin Hautzinger

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Akute Depression

von Martin Hautzinger

Prof. Dr. Martin Hautzinger geb. 1950. 1971–1976 Studium der Psychologie in Bochum und Berlin. 1980 Promotion. 1981–1983 Assistent Professor am Department of Psychology der University of Oregon, Eugene, USA. 1984–1989 Hochschulassistent für Klinische und Differentielle Psychologie an der Universität Konstanz. 1987 Habilitation. 1990–1996 Professor für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Mainz. Seit Oktober 1996 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Klinische 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 abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung 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 handele.

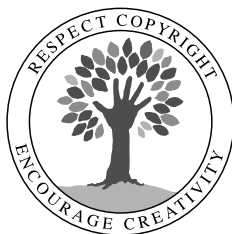
Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2144-2

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Beschreibung der Störung	4
1.1 Definitionskriterien und Diagnostik	6
1.2 Differenzialdiagnose	8
1.3 Epidemiologie und Risikofaktoren	10
1.3.1 Prävalenz, Inzidenz und Morbiditätsrisiko	10
1.3.2 Risikofaktoren	11
1.4 Verlauf und Prognose	12
1.5 Komorbidität	16
1.6 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	16
1.6.1 Interviews und Diagnose-Checklisten	17
1.6.2 Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen	18
1.6.3 Problemanalyse	19
1.6.4 Fallbeispiel	21
2 Störungswissen und Erklärungsmodelle	23
2.1 Lebensereignisse und soziale Einflussfaktoren	23
2.2 Aspekte der Persönlichkeit	25
2.3 Mangel an positiver Verstärkung und negative Interaktionen	26
2.4 Nichtkontrolle und erlernte Hilflosigkeit	28
2.5 Dysfunktionale kognitive Schemata	30
2.6 Genetische Faktoren	32
2.7 Gestörte Neurotransmission	33
2.8 Neuroendokrinologische Störungen	35
2.9 Schlaf und zirkadiane Rhythmik	36
2.10 Neuroanatomie	37
2.11 Psychobiologisches Erklärungsmodell	38
3 Diagnostische Entscheidungen und Indikationen ..	40
3.1 Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik	40
3.2 Behandlungsentscheidungen und Indikation	42
4 Behandlung akuter Depressionen	44
4.1 Pharmakologische Behandlungen	45
4.2 Wachtherapie	47
4.3 Lichttherapie	47

4.4	Elektrokrampftherapie	48
4.5	Psychologische Interventionen	48
4.5.1	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	48
4.5.1.1	Therapeutische Grundelemente und professionelle Rahmenbedingungen	52
4.5.1.2	Verhaltensänderung und Kompetenzerweiterung	56
4.5.1.3	Kognitive Methoden	62
4.5.1.4	Vorbereitung auf Krisen, Notfallplanung, Erfolg- sicherung	65
4.5.1.5	Gruppentherapie bei akuter Depression	66
4.5.1.6	Kognitive Verhaltenstherapie bei akuten Depressionen im Alter	68
4.5.1.7	Kognitive Verhaltenstherapie mit depressiven Jugendlichen	70
4.5.2	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	73
4.5.3	Prävention depressiver Entwicklungen	75
4.6	Krisenintervention und Umgang mit Suizidalität	77
5	Evaluation der Psychotherapie bei akuter Depression	78
5.1	Ergebnisse der Psychotherapieforschung	78
5.2	Grundelemente für wirksames therapeutisches Handeln ..	80
6	Folgerungen, Empfehlungen, offene Fragen	81
7	Weiterführende Literatur	82
8	Literatur	83
9	Anhang	85
	Differenzialdiagnose für Affektive Störungen	85
	Quick – Inventar Depressiver Symptome (QIDS) (Klinikerurteil)	87
	Zielerreichungsskalierung	91
	Ursachen und Einflussfaktoren einer Depression	92
	Wochenplan zur Alltagsgestaltung und zum Aufbau angenehmer Tätigkeiten	93
	Tagesprotokoll für negative Gedanken	94
	 Karten: Interview zur Diagnose einer akuten Depression Indikatoren für akute Suizidalität	

Einführung

Eine akute Depression ist gekennzeichnet durch die Beeinträchtigung der Stimmung, Gefühle der Niedergeschlagenheit, Ängste, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interesseverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden. Rechnet man mildere Formen depressiver Beeinträchtigungen sowie die resignativ-depressive Reaktionen bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen mit, dann sind Depressionen vermutlich die häufigsten und in allen Lebensabschnitten vorkommenden psychischen Beeinträchtigungen.

Depressionen sind die häufigsten psychischen Beeinträchtigungen

Viele der genannten Gefühlszustände und Beschwerden kennen jedoch alle Menschen. Sie sind, wenn sie eine bestimmte Dauer und/oder Intensität nicht überschreiten, normale, gesunde Reaktionen auf die Erfahrungen von z. B. Verlusten, Misserfolgen, Enttäuschungen, Belastungen, Zeiten der Ziellosigkeit, der Einsamkeit oder der Erschöpfung. Wann und wodurch die Grenze zwischen diesen normalen Reaktionen und den als klinisch auffällig betrachteten Symptomen überschritten wird, gehört unverändert zu den ungelösten Fragen im Zusammenhang mit depressiven Störungen.

Grenze zwischen normalen Reaktionen und klinisch auffälligen Symptomen gehört zu den ungelösten Fragen

In diesem Buch geht es um die *akute Depression*. Eine akute Depression kann diagnostisch als einzelne oder wiederholt auftretende „depressive Episode“ (F32, F33), als „Anpassungsstörung“ (F43.2) oder auch als „nicht näher bezeichnete andere bzw. sonstige affektive Störung“ (F38, F39) diagnostisch nach ICD-10 verschlüsselt werden (vgl. Kasten).

Akute Depressionen kommen auch im Verlauf sogenannter „bipolar affektiver Störungen“ vor. Auf diese besondere Form einer Depression soll jedoch hier nicht eingegangen werden. Diesem Störungsbild ist ein eigener Band in dieser Buchreihe gewidmet (Meyer & Hautzinger, 2010). Ferner kann eine akute Depression nach mehreren Erkrankungsepisoden oder auch von Anfang an chronifizieren (z. B. als Dysthymie oder als Vollbild einer Depression über mehr als 2 Jahre anhalten). Akute Depressionen können auch auf Behandlungen unzureichend ansprechen. Diese chronisch verlaufenden bzw. therapierefrakträren Depressionen soll hier auch nicht das Thema sein. Hierzu wird ein eigener Band in dieser Buchreihe erscheinen (Schramm, Brakemeier & Hautzinger, in Vorb.).

Dieser Band zur „akuten Depression“ basiert auf dem früheren Buch mit dem Titel „Depression“ (Hautzinger, 1998). Seitdem hat sich das Feld der „affektiven Störungen“ durch Erkenntnisfortschritte und neue Behandlungsmöglichkeiten weiter aufdifferenziert. Das psychologische und neurobiolo-

Diagnostische Kategorien affektiver Störungen nach ICD-10

Manische Episode (F30)	Rezidivierende Depression (F33)
Bipolare Störung (F31)	<ul style="list-style-type: none"> • ohne somatische Symptome • mit somatischen Symptomen • ohne psychotische Symptome • mit psychotischen Symptomen
<ul style="list-style-type: none"> • hypomanische Episode • manische Episode <ul style="list-style-type: none"> – mit psychotischen Symptomen – ohne psychotische Symptome 	Anhaltende affektive Störung (F34)
Depressive Episode (F32)	<ul style="list-style-type: none"> • Dysthymia • Zykllothymia
<ul style="list-style-type: none"> • ohne somatische Symptome • mit somatischen Symptomen • ohne psychotische Symptome • mit psychotischen Symptomen 	Sonstige affektive Störungen (F38)
	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen (F39)
	Anpassungsstörung (F43.2)
	Postpartum Depression (F53.0)
	Organische affektive Störung (F06.3)

gische Verständnis sowie die psychiatrischen und psychologischen Behandlungsoptionen rechtfertigen nicht nur die Unterscheidung in unipolare bzw. bipolare affektive Störungen, sondern auch in akute, in chronische und in rezidivierende (unipolare) Depressionen. Insbesondere bei der Psychotherapie im Rahmen von bipolaren affektiven Störungen und bei den rezidivierenden unipolaren Episoden stehen die Rückfallprophylaxe, die Vermeidung von Hospitalisierung und der Erhalt eines möglichst hohen sozialen Funktionsniveaus im Mittelpunkt. Auch dieser rückfallprophylaktische Fokus rechtfertigt eigenständige Konzepte (z. B. Meyer & Hautzinger, 2004; Risch, Stangier, Heidenreich & Hautzinger, 2010) und damit verbundene Untersuchungen. Eine weitere Aufdifferenzierung unseres Wissens über affektive Störungen erlaubt heute auch die „universelle bzw. selektive Prävention“ depressiver Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen (Pössel, Horn, Seemann & Hautzinger, 2004).

Der Schwerpunkt dieses Buches liegt auf dem psychologischen Verständnis und der Psychotherapie akuter depressiver Episoden. Damit verbunden ist das Ziel der Symptomreduktion und der Überwindung aktueller depressiver Beeinträchtigungen. Dies wird vom Schweregrad der depressiven Symptomatik und von der vorhandenen Komorbidität beeinflusst. Da der Schwerpunkt des früheren Buches bereits auf dem Verständnis und der Therapie akuter depressiver Zustände lag und dabei wissenschaftlich gut begründete

Konzepte zur Anwendung kamen, liegt mit diesem Buch kein vollständig neues Werk vor. Es werden die bewährten und erfolgreichen, auf wissenschaftlichen Evidenzen begründeten Erklärungen und Behandlungen übernommen, doch um aktuelle Entwicklungen und Interventionen ergänzt. Es ist so ein Buch entstanden, das Neues und weiterhin Bewährtes, man könnte auch sagen Modernes und Klassisches miteinander verbindet.

Tübingen, August 2009

Martin Hautzinger

1 Beschreibung der Störung

Merke:

Niedergeschlagenheit, traurige Verstimmung, Gefühllosigkeit, Angst, Antriebsminderung, Selbstzweifel, Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, häufig begleitet von Ängstlichkeit und Unruhe, Energielosigkeit, Appetitstörungen, Gewichtsverlust, Libidoverlust, Schlafstörungen, Schmerzen, Konzentrationsprobleme und Suizidideen sind typische Beschwerden und Auffälligkeiten einer akuten Depression.

Leitsymptome sind Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit

Neben der umgangssprachlichen Anwendung des Begriffs „Depression“ auf Verstimmtheitszustände im Bereich normalen Erlebens wird von Depressionen im Bereich psychischer Störungen auf drei Ebenen gesprochen: (a) auf der symptomatologischen Ebene, wenn es um Einzelsymptome wie z. B. Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit geht; (b) auf der syndromalen Ebene als ein als zusammenhängend angenommener Merkmalskomplex mit emotionalen, kognitiven, motorischen, motivationalen, physiologischen, endokrinologischen Komponenten; und schließlich (c) als Oberbegriff für möglicherweise verschiedene Erkrankungen und dem zugehörigen (hypothetischen) Ursachen-, Verlaufs- und Behandlungswissen.

Körperliche und psychische Symptome kommen gemeinsam vor

Akute depressive Syndrome sind durch eine Vielzahl heterogener Symptome gekennzeichnet. Charakteristisch ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam vorkommen. In Tabelle 1 sind die wesentlichen Symptome einer Depression nach psychologischen Gesichtspunkten geordnet. Hilfreich ist die Unterscheidung in Symptome auf emotionaler, motivationaler, kognitiver, vegetativ-somatischer, motorisch-behavioraler und interaktioneller Ebene.

Erkennen depressiver Störungen erfordert eine sorgfältige Diagnostik

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

Tabelle 1: Symptomatik akuter Depressionen

Verhalten/Motorik/ Erscheinungsbild	Emotional	Physiologisch-vegetativ	Imaginativ-kognitiv	Motivational
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Körperhaltung:</i> kraftlos, gebeugt, spannungslos; Verlangsamung der Bewegungen; Agitiertheit, nervöse, zappelige Unruhe, Händereiben o. Ä. - <i>Gesichtsdruck:</i> traurig, weinerlich, besorgt; herabgezogene Mundwinkel, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrt, manchmal auch nervöse, wechselnd angespannte Mimik - <i>Sprache:</i> leise, monoton, langsam - <i>Allgemeine Aktivitätsverminderung</i> bis zum Stupor, wenig Abwechslung, eingeschränkter Bewegungsradius, Probleme bei der praktischen Bewältigung alltäglicher Anforderungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefühle von Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit und innerer Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst und Sorgen, Gefühl der Gefühllosigkeit und Distanz zur Umwelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tageszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterfühligkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Libido-verlust, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden) - Bei der Diagnose ist auf Folgendes zu achten: Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Kalziummangel, Eisenwerte, Serotonin/Adrenalinmangel, Cortisolüberschuss, Schilddrüsenfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> - 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, Einfallsarmut, 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Misserfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nichtkontrolle und Hilflosigkeit, Interessenverlust, Verstärkenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen

1.1 Definitionskriterien und Diagnostik

Schweregrade der Depression

Akute Depressionen werden heute durch eine gewisse Anzahl gleichzeitig vorhandener Symptome, die über eine gewisse Zeit andauern müssen und nicht durch andere Erkrankungen bzw. Umstände erklärbar sind, definiert (vgl. Kasten). Der Verlauf, die Schwere (leicht, mittelgradig, schwer) und die besondere Ausprägung der Symptomatik (z. B. somatisch, psychotisch) werden zur Definition von weiteren Untergruppen herangezogen.

Akute Depression

1. *Depressive Stimmung* in einem für den Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und *mindestens zwei Wochen* anhaltend.

Bezogen auf den in (1) kodierten Zeitraum zusätzlich:

2. Verlust von *Interesse* oder *Freude* an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind.
3. Verminderter *Antrieb* oder erhöhte *Ermüdbarkeit*.
4. Verlust von *Selbstvertrauen* und *Selbstwertgefühl*.
5. Unbegründete *Selbstvorwürfe* oder ausgeprägte und unangemessene *Schuldgefühle*.
6. Wiederkehrende *Gedanken* an den Tod oder Suizid oder *suizidales Verhalten*.
7. Klagen über oder Anzeichen für vermindertes *Denk- oder Konzentrationsvermögen* wie *Unentschlossenheit* oder *Unschlüssigkeit*.
8. Änderung der *psychomotorischen Aktivität* mit Agitiertheit oder Hemmung.
9. *Schlafstörungen* jeder Art.
10. *Appetitverlust* oder *gesteigerter Appetit* mit entsprechender *Gewichtsveränderung*.

Beurteilung mit Hilfe der Symptome (1) bis (10) in ... Episode:

- *Leicht*: Insgesamt mindestens 4 der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3).
- *Mittelschwer*: Insgesamt mindestens 6 der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3).
- *Schwer*: Insgesamt 7 bis 8 der Symptome (1) bis (10), darunter alle 3 Symptome (1), (2) und (3).

Keinerlei Hinweise auf (frühere) Hypomanie und Manie!

Falls eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung vorliegt, bedarf es ergänzend der Beurteilung, ob die diagnostischen Kriterien für ein „somatisches Syndrom“ erfüllt sind.

Somatisches Syndrom bei einer akuten Depression (mindestens 4 aus folgenden 8):

1. Deutlicher Verlust von *Interesse* oder *Freude* an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind.
2. Mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu *reagieren*, auf die normalerweise eine emotionale Reaktion erfolgt.
3. *Frühmorgendliches Erwachen* zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit.
4. *Morgentief* der Depression.
5. Objektive Hinweise für ausgeprägte *psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit* (von anderen bemerkt oder berichtet).
6. Deutlicher *Appetitverlust*.
7. *Gewichtsverlust* (5 % oder mehr im vergangenen Monat).
8. Deutlicher *Libidoverlust*.

Endogenität

Die veraltete, nicht länger gebrauchte Diagnose einer „endogenen Depression“ wird heute als „Major Depression mit Melancholie“ (DSM-IV) oder „Depressive Episode mit *somatischen* Symptomen“ (ICD-10) beschrieben. Die folgenden Symptome weisen die höchsten Korrelationen auf und werden zur Charakterisierung herangezogen: Psychomotorische Veränderungen (in der Regel Hemmung, gelegentlich aber auch Agitation), Schwere depressive Symptomatik und Mangel an Reagibilität, depressive (nihilistische) Wahnideen, Schuld- und Selbstvorwürfe, deutlicher Interessenverlust, (terminale) Schlafstörungen, Morgentief, Appetitverlust. Ob Verlaufskriterien oder das Ansprechen auf Behandlung weitere differenzierende Merkmale darstellen, ist umstritten.

Endogene Depression ist veraltete Diagnose

Psychotische Symptome

Diese zusätzliche Beschreibung einer depressiven Episode erfordert das Vorliegen stimmungskongruenter wahnhafter Symptome. Diese haben im Rahmen einer Depression typischerweise den Inhalt von Schuld, Sünde, Verarmung, Strafe, selten von Verfolgt-werden. Bei Manien herrschen Inhalte der Wichtigkeit, der Einmaligkeit, der Größe, der Unverletzbarkeit, doch auch des Geliebtwerdens vor. Bei stimmungsinkongruenten psychotischen Symptomen bzw. bei zusätzlich formalen Denkstörungen ist die Diagnose einer schizoaffektiven oder einer schizophrenen Störung in Erwägung zu ziehen.

Psychotische Symptome drehen sich um Schuld, Sünde, Verarmung, Strafe

Ergänzende Unterteilungen

Winterdepression

Weitere Spezifizierungen depressiver Störungen ergeben sich durch das jahreszeitlich gebundene Auftreten affektiver Störungen („Winterdepression“ bzw. „saisonal abhängige Depression“) und durch das Auftreten einer Depression in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes („Postpartum Depression“) oder in Verbindung mit der Menstruation („Prämenstruelle Dysphorische Störung“ – vgl. Schwärzler & Hautzinger, 2002).

Postpartum Depression

Ferner werden atypische Depressionen (ängstliche Symptome, Hypersomnie, Hyperphagie, Gewichtszunahme), leichte, subklinische Depressionen („Minor Depression“) und eine nicht näher bezeichnete Depression („Depression NNB“) unterschieden.

Organisch bedingte Depression

Die Unterkategorien der „Altersdepression“ (Erstmanifestation im höheren Lebensalter, Dominanz somatischer Symptome), der „larvierten Depression“ (sich hinter somatischen Symptomen verbergende affektive Störung), der „symptomatischen Depression“ (Depression als Begleitung körperlicher Erkrankungen), der „organischen Depression“ (Depressionen verursacht z. B. durch Tumore, Schlaganfall) und der „sekundären Depression“ (Trennung von Störungen nach zeitlicher Manifestation bzw. nach Dominanz von Symptomen) werden heute offiziell nicht länger als Subkategorien verwendet, finden jedoch im klinischen Rahmen noch vielfach Verwendung.

1.2 Differenzialdiagnose

Traurigkeit, Selbstzweifel, Resignation, Dysphorie und das Auftreten einzelner depressiver Symptome ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Depression. Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Studien, die zeigen, dass mit körperlichen Erkrankungen, Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, endokrinen bzw. immunologischen Störungen, zerebralen Abbauprozessen sowie mit neurologischen Erkrankungen Depressionen einhergehen. Es gibt Schätzungen, dass 15 bis 20 % der Patienten in einer Allgemeinarztpraxis an in der Regel nicht erkannten akuten Depressionen leiden, entsprechend nicht bzw. falsch behandelt werden und so zur Chronifizierung der Störung beigetragen wird.

Merke:

Für eine Differenzialdiagnose einer Depression ist zunächst auszuschließen, dass die deutlich depressive Stimmung durch eine *körperliche Erkrankung* (wie z. B. Schilddrüsenunterfunktion, bestimmte neuronale Noxen und Fehlfunktionen usw.) oder durch *Substanzabhängigkeit* bzw. Medikamentenwirkung bedingt ist.

Dies bedarf in jedem Fall einer gründlichen ärztlichen, apparativen und labormedizinischen Abklärung. Weiterhin ist die direkte Einwirkung von Medikamenten, Drogen und Alkohol zu klären, die ein depressives Bild zur Folge haben können. Insbesondere mit fortschreitendem Alter bekommen selbst verordnete Medikamente (z. B. Antihypertensiva) in diesem Zusammenhang diagnostische Bedeutung.

Daher gehört zur Diagnostik einer Depression immer auch eine gründliche ärztliche (kardiovaskuläre, internistische, respiratorische, neurologische, metabolische, endokrine und immunologische) Untersuchung, was Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenfunktion, Schilddrüse, EEG, CT, MRT einschließt.

Psychopathologisch ist dann das Vorliegen einer *bipolaren affektiven Störung* bzw. einer Zykllothymie zu bestimmen bzw. auszuschließen. Dies erfordert die Berücksichtigung der Kriterien nach ICD-10 für eine Depressive Episode und eine Manische Episode, eine Hypomanie bzw. eine Zykllothymie. Liegt eine dieser Störungen vor, dann hat dies therapeutische Konsequenzen, da sowohl pharmakologisch als auch psychotherapeutisch in der Regel eine unipolare Depression anders behandelt wird als eine Depression im Rahmen einer bipolar affektiven Störung (siehe dazu Meyer & Hautzinger, 2004 bzw. den geplanten Band zu bipolar-affektiven Störungen in dieser Buchreihe, Meyer & Hautzinger, 2010).

Bipolare Störung bzw. Zykllothymie ausschließen

Die unipolaren akuten Depressionen werden unterteilt in *depressive Episoden, Dysthymien und Anpassungsstörungen* (kurze bzw. längere depressive Reaktion). Bei den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 wird deutlich, dass die möglichen Symptome dieser Störungen identisch sind. Diagnostische Unterschiede ergeben sich durch die Menge zeitgleich auftretender Beschwerden, die zeitliche Erstreckung dieser Symptome und durch den Zusammenhang (innerhalb 6 Monate nach Ereignis) depressiver Symptome mit einer psychosozialen Belastung (bei der Anpassungsstörung). Zur „chronischen Depression“ (wozu auch die Dysthymien gehören) wird auf das Buch von Schramm, Brakemeier und Hautzinger (in Vorb.) und bezüglich der „Anpassungsstörungen“ auf das Buch von Bengel und Hubert (2010) in dieser Reihe verwiesen.

Akute Depressionen werden unterteilt in: Depressive Episoden, Dysthymien, Anpassungsstörungen

Wichtig ist die Abgrenzung der „*Trauer*“ von einer Depression. Trauerreaktionen können durchaus Symptome einer Depression aufweisen. Stehen depressive Symptome in engem Zusammenhang mit dem Tod einer nahe stehenden, geliebten Person, dann gilt dies als sozial erwartet und normal. Wir sprechen von einer Trauerreaktion bzw. Trauerphase und sehen darin keine Störung mit Krankheitswert. Erst wenn eine Trauerreaktion über Monate (ab 2 Monate) unverändert anhält, zu suizidalen Krisen oder gar schweren, somatischen bzw. psychotischen Symptomen führt, gilt dies als abnorm und behandlungsbedürftig. Das Buch von Znoj (2004) zum Verständnis und Hilfe bei „Komplizierter Trauer“ ist hier zu empfehlen.

Abgrenzung zu Trauer

Im Anhang (vgl. S. 85/86) findet sich ein Entscheidungsbaum, der nochmals diese Differenzialdiagnosen für alle affektiven Störungen zusammenfasst. Differenzialdiagnostisch wichtig ist insbesondere der Ausschluss einer durch körperliche Prozesse provozierten bzw. durch Substanzen induzierten akuten Depression. Ferner ist beim Vorliegen wahnhafter Symptome die Abgrenzung von schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störungen wichtig.

Akute Depressionen können parallel zu, in Folge von und/oder als Vorläufer von allen psychischen Störungen auftreten und sind beim Vorliegen der entsprechenden Kriterien auch zusätzlich zu den anderen Störungen, etwa einer Zwangsstörung oder einer Alkoholabhängigkeit, zu diagnostizieren (multiple Diagnosen, Komorbidität).

1.3 Epidemiologie und Risikofaktoren

1.3.1 Prävalenz, Inzidenz und Morbiditätsrisiko

Zunahme der Häufigkeit in den letzten Jahrzehnten

Depressionen sind häufige psychische Störungen, die zudem in den letzten Jahrzehnten offensichtlich zunehmen, immer jüngere Altersgruppen erfassen und bereits eine echte „Volkskrankheit“ darstellen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden Depressionen bis zum Jahr 2020 die Krankheit sein, die neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten gesunden und unbeeinträchtigten Lebensjahre rauben werden. Es liegen heute eine ganze Reihe repräsentativer epidemiologischer Studien vor, die recht übereinstimmende Schätzungen der Häufigkeit und der Risikofaktoren erlauben.

Untersuchungen in Industrienationen, unter Anlegen der Kriterien operationaler Diagnostik (DSM-IV, ICD-10), kommen zu einer Punktprävalenz für depressive Störungen von 6,3 %. Die Jahresprävalenz derselben Störungen liegt bei 11,9 %. Tabelle 2 fasst den aktuellen Kenntnisstand zur Epidemiologie zusammen. Dabei liegt die Nichtbehandlungsquote bei über 60 % (Jacobi et al., 2004).

Tabelle 2: Häufigkeiten akuter Depressionen nach den Bundesgesundheitsurvey

	4-Wochen-Punktprävalenz	12-Monats-Prävalenz	Lebenszeit-Prävalenz
Depression (insgesamt)	6,3 %	11,9 %	17,1 %
Frauen	7,8 %	15,4 %	23,3 %
Männer	4,8 %	8,5 %	11,1 %

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 11,1 % für Männer und bis zu 23,3 % für Frauen. Mehrere internationale Studien sowie die Hochrechnungen der WHO (2004) unterstützen diese Zahlen.

**Morbiditäts-
risiko für
Depressionen
insgesamt 17 %**

1.3.2 Risikofaktoren

In Bezug auf Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren, die Einfluss auf die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit einer akuten Depression haben können, lässt sich Folgendes sagen.

Geschlecht: Frauen weisen in nahezu allen (Quer- und Längsschnitt-)Untersuchungen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für Depressionen wie Männer auf. Neuere Studien, insbesondere unter Berücksichtigung jüngerer Stichproben und mehrerer Indikatoren (Punktprävalenz und Inzidenz), lassen vermuten, dass das Erkrankungsrisiko für Mädchen und junge Frauen höher ist und außerdem im Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter steiler ansteigt als für Jungen und junge Männer. Frauen weisen zudem eine höhere Rückfallneigung für weitere depressive Episoden auf. Diese Geschlechtsunterschiede werden im mittleren und höheren Lebensalter geringer, bleiben jedoch erhalten.

**Frauen
erhöhtes Risiko**

Lebensalter: Depressionen treten in allen Lebensaltern auf. Lag in früheren Untersuchungen der Ersterkrankungsgipfel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, so zeigen neuere Studien, dass sich dieser Altersgipfel vorverlagert hat, nämlich zwischen das 18. und 25. Lebensjahr (WHO, 2004). Offensichtlich gibt es zwischen Geschlecht und Lebensalter insofern einen Zusammenhang, als das Erkrankungsrisiko bei Frauen im jüngeren Alter höher ist, rascher ansteigt, früher einen Gipfel erreicht und so bis ins Alter der Geschlechtsunterschied bezüglich der Depressionsrate erhalten bleibt.

**Frühes
Erwachsenen-
alter erhöhtes
Risiko**

Sozio-ökonomische Faktoren: Unter den sozialen Faktoren sind der Familienstand und das Vorhandensein bzw. Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung als Risiko- bzw. Protektionsfaktoren bei unipolaren Depressionen gesichert. Getrennte und geschiedene Personen und solche ohne vertraute Personen erkranken eher. Als wichtige protektive Faktoren erwiesen sich positive Sozialbeziehungen, aber auch der Wohn- und berufliche Bereich. Verheiratete Personen, Personen mit höherer Bildung und beruflicher (sicherer) Anstellung sowie ein Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung hatten in einer amerikanischen Studie die niedrigsten Depressionsraten.

**Soziale Benach-
teiligung, Allein-
leben erhöhen
das Risiko**

Stressreiche, traumatische Belastungen: Belastende und traumatisierende Lebensereignisse kommen in der Vorgeschichte einer Person und im Vor-

Lebensereignisse und Traumatisierung erhöhen Risiko

feld depressiver Episoden gehäuft vor. Dies gilt für personenabhängige (Krankheiten, Misserfolge usw.), aber auch für unabhängige (nicht durch die Krankheit oder den Patienten selbst herbeigeführte) Ereignisse (z. B. Verlust, Trennung, Misshandlung). Belastende Ereignisfolgen (chronische Belastungen) in Zeiträumen, in denen keine Erholung von den früheren Belastungen eintreten kann, scheinen besonders kritisch zu sein. Stress steht in engem Zusammenhang mit der Art (Schicht, familiäres Milieu, ländlich, städtisch) und mit dem Grad der Komplexität (Industrialisierung) der Lebenswelt. Eine Studie konnte zeigen, dass sowohl in Nigeria als auch in Kanada, die Depressionsraten auf dem Land (10,1 bis 17,7 %) niedriger sind, als in der Großstadt (20,7 bis 32,7 %). In Nordamerika finden sich deutlich höhere Depressionsraten als in Afrika.

Familiäre Belastung vergrößert Erkrankungsrisiko

Familiäre Belastung: Bei Depressionen erweist sich die familiäre Belastung mit affektiven Störungen als die einflussreichste Risikovariablen. Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer manisch-depressiven Erkrankung weisen ein Erkrankungsrisiko für Depressionen von 25 %, Angehörige unipolar depressiv Erkrankter von 20 % und Angehörige gesunder Kontrollpersonen von 7 % auf.

Merke: Risikofaktoren für eine akute Depression

Frühere depressive Phasen, frühere traumatisierende Erfahrungen, weibliches Geschlecht, jüngeres Erwachsenenalter, familiäre Belastung mit affektiven Störungen, dysharmonische Partnerschaft, Mangel an sozialen Stützsystemen, untere soziale Schichtzugehörigkeit, belastende Lebensereignisse, chronische Belastungen, städtische Lebensumwelt, Industrialisierung und Modernisierung.

1.4 Verlauf und Prognose

Große Variabilität der Krankheitsverläufe

Alle Verlaufsstudien kommen zu dem Schluss, dass die Verläufe von depressiven Syndromen eine große interindividuelle Variabilität aufweisen. Angesichts dieser großen Variabilität der Krankheitsverläufe und des Fehlens eindeutiger Parameter wird von verschiedenen Fachgesellschaften folgende Einteilung in Abschnitte einer depressiven Episode (vgl. Abb. 1) vorgeschlagen: „Remission“ wird definiert als Zustand bzw. kurze Zeitstrecke der (vollständigen oder partiellen) Besserung depressiver Symptomatik; „Recovery“ (Genesung) ist eine vollständige Remission über einen längere Zeitstrecke (je nach Kriterium nach 2 bis 6 Monaten), dabei ist der Bezug die aktuelle depressive Episode; „Rückfall (Relapse)“ ist das Wiederauftreten von depressiven Symptomen während der Remission, bevor Genesung („Recovery“) erreicht und damit die aktuelle depressive Episode abgeschlossen ist; „Wiedererkrankung (Recurrence)“ ist das Auftreten einer neuen depressiven