

Freitag, Barocka, Fehr,  
Grube, Hampel (Hrsg.)

# Depressive Störungen über die Lebensspanne

Ätiologie, Diagnostik und Therapie





Christine M. Freitag, Arnd Barocka, Christoph Fehr,  
Michael Grube, Harald Hampel (Hrsg.)

# **Depressive Störungen über die Lebensspanne**

Ätiologie, Diagnostik und Therapie

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind. Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten  
© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart  
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher  
Gesamtherstellung:  
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart  
Printed in Germany

ISBN 97 3 17 021881 9

# Inhalt

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren . . . . .	9
<b>Einführung</b> . . . . .	13
<i>Arnd Barocka</i>	
Literatur . . . . .	14
 <b>I Grundlagen</b>	
 1 <b>Epidemiologie depressiver Störungen</b> . . . . .	17
<i>Maya Steinmann, Birgit Watzke, Claudia Lehmann, Martin Härter</i>	
Einleitung . . . . .	17
1.1 Prävalenz und Risikofaktoren depressiver Störungen über die Lebensspanne . . . . .	20
1.2 Nimmt die Häufigkeit depressiver Störungen in den letzten Jahren zu? . . . . .	24
Literatur . . . . .	26
 2 <b>Das immunologische Krankheitskonzept der Depression</b> . . . .	29
<i>Hubertus Himmerich, Holger Steinberg</i>	
Einleitung . . . . .	29
2.1 Klinische und technische Meilensteine der psychiatrischen Immunologie . . . . .	30
2.2 Bedeutung von Zytokinen für die Pathophysiologie der Depression . . . . .	34
2.3 Zytokinantagonisten und Immunmodulatoren gegen Depression . . . . .	35
2.4 Wirkung von Antidepressiva auf das Immunsystem . . .	36
2.5 Zusammenfassung und Diskussion . . . . .	39
Literatur . . . . .	40

<b>3</b>	<b>Postpartale Depression</b> . . . . .	<b>41</b>
	<i>Michael Grube</i>	
	Einleitung . . . . .	41
3.1	Was wissen wir über postpartale Depressionen?	
	Definition und Prävalenzrate . . . . .	41
3.2	Risikofaktoren für die Entstehung postpartaler Depressionen . . . . .	43
3.3	Auswirkungen der postpartalen Depressionen auf die Mutter-Kind-Beziehung . . . . .	45
3.4	Partnerschaftsaspekte . . . . .	46
3.5	Therapieansätze . . . . .	47
3.6	Eigene klinische Erfahrung . . . . .	49
	Literatur . . . . .	50
<b>4</b>	<b>Die depressive Störung der Eltern als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung</b> . . . . .	<b>54</b>
	<i>Christine M. Freitag</i>	
	Einleitung . . . . .	54
4.1	Elterliche Depression als biologischer Risikofaktor . . . . .	54
4.2	Elterliche Depression als psychosozialer Risikofaktor . . . . .	56
4.3	Therapeutische Aspekte . . . . .	60
4.4	Zusammenfassung . . . . .	61
	Literatur . . . . .	61
<b>5</b>	<b>Depression im Alter</b> . . . . .	<b>65</b>
	<i>Barbara Schneider, Bernhard Weber, Harald Hampel</i>	
	Einleitung . . . . .	65
5.1	Klassifikation und Klinik depressiver Störungen im Alter . . . . .	65
5.2	Epidemiologie . . . . .	67
5.3	Therapie . . . . .	68
5.4	Versorgungsrelevante Aspekte . . . . .	71
5.5	Neuere Forschungsergebnisse zu biologischen Faktoren . . . . .	72
5.6	Ausblick . . . . .	73
	Literatur . . . . .	74

## II Ausgewählte Therapieansätze

<b>6</b>	<b>Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der wiederkehrenden Depression</b> . . . . .	<b>81</b>
	<i>Christine Hilling, Ulrich Stangier</i>	
	Einleitung . . . . .	81
6.1	Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie . . . . .	83

6.2	Integration der kognitiven Behandlungsansätze: Die CBMT-Behandlung . . . . .	91
	Literatur . . . . .	93
<b>7</b>	<b>Verhaltenstherapeutische und interpersonelle Verfahren bei chronischen Depressionen . . . . .</b>	<b>96</b>
	<i>Vera Engel, Eva-Lotta Brakemeier, Elisabeth Schramm, Martin Hautzinger, Mathias Berger</i>	
7.1	Chronische Depressionen . . . . .	96
7.2	Verhaltenstherapeutische und interpersonelle Ansätze zur Behandlung der chronischen Depression . . . . .	100
7.3	Zusammenfassung und Ausblick . . . . .	119
	Literatur . . . . .	120
<b>8</b>	<b>Pharmakotherapie der therapieresistenten Depression . . . . .</b>	<b>123</b>
	<i>Nadine Dreimüller, Klaus Lieb, André Tadić</i>	
	Einleitung . . . . .	123
8.1	Diagnostik . . . . .	124
8.2	Pharmakotherapeutische Optionen bei TRD . . . . .	125
8.3	Ausblick . . . . .	131
8.4	Zusammenfassung . . . . .	132
	Literatur . . . . .	133
<b>9</b>	<b>Evidenzbasierte psychodynamische Ansätze in der Behandlung depressiver Störungen . . . . .</b>	<b>137</b>
	<i>Heinz Böker, Holger Himmighoffen</i>	
	Einleitung . . . . .	137
9.1	Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie und Pharma- kotherapie bei depressiv Erkrankten . . . . .	138
9.2	Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie: Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien . . . . .	141
9.3	Psychoanalytische und Psychodynamische Langzeit- psychotherapie: Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien . . . . .	151
9.4	Manualisierung Psychodynamischer Psychotherapie bei depressiv Erkrankten . . . . .	160
9.5	Schlussfolgerungen . . . . .	162
	Literatur . . . . .	164



<b>10</b>	<b>Tiefe Hirnstimulation und Transkranielle Magnetstimulation</b>	<b>171</b>
	<i>Thomas E. Schläpfer, Sarah Kayser</i>	
	Einleitung	171
	10.1 Tiefe Hirnstimulation	171
	10.2 Transkranielle Magnetstimulation	175
	Literatur	182
<b>11</b>	<b>Suizidprophylaxe</b>	<b>188</b>
	<i>Barbara Schneider</i>	
	Einleitung	188
	11.1 Warum brauchen wir Suizidprävention?	
	Die Bedeutung des Suizidproblems	188
	11.2 Risikofaktoren für Suizid	189
	11.3 Welche Initiativen zur Suizidprävention gibt es?	190
	11.4 Strategien der Suizidprävention	192
	11.5 Zukunft der Suizidforschung und -prävention	198
	11.6 Exkurs: Suizidprävention contra Freiheit zum Suizid – Einstellungen, ethische, religiöse und rechtliche Aspekte	199
	Literatur	199
<b>12</b>	<b>Therapie und Prophylaxe von Burnout – oder: Die Zähmung des Ungeheuers von Loch Ness</b>	<b>202</b>
	<i>Arnd Barocka</i>	
	Einleitung	202
	12.1 Verlauf	203
	12.2 Ätiologische Hypothesen	203
	12.3 Zur Frage nach empirischen Daten	205
	12.4 Burnout und Depression	207
	12.5 Therapie und Prophylaxe	208
	12.6 Abschließende Bemerkung	211
	Literatur	212
	<b>Stichwortverzeichnis</b>	<b>215</b>

# Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

*Prof. Dr. med. Arnd Barocka*

Ärztlicher Direktor der Klinik Hohe Mark  
Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik des Deutschen Gemeinschafts-  
Diakonieverbandes GmbH  
Friedländerstraße 2  
61440 Oberursel

*Prof. Dr. Mathias Berger*

Universitätsklinik Freiburg  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg

*Prof. Dr. med. Heinz Böker*

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Klinik für affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost  
Lenggstrasse 31  
Postfach 1931  
CH-8032 Zürich

*Dr. Eva-Lotta Brakemeier*

Universitätsklinik Freiburg  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg

*Dr. med. Nadine Dreimüller*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8  
55131 Mainz

*Dipl.-Psych. Vera Engel*

Universitätsklinik Freiburg  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg

*Prof. Dr. med. Dr. theol. Christine M. Freitag*

Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Heinrich-Hoffmann-Str. 10

60528 Frankfurt a. M.

*Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Grube*

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Psychosomatik

Klinikum Frankfurt Höchst

Akademisches Lehrkrankenhaus der J. W. Goethe Universität Frankfurt a. M.

Gotenstr. 6–8

65929 Frankfurt a. M.

*Prof. Dr. med. Harald Hampel, M. Sc.*

Professur für Psychiatrie

Johann Wolfgang Goethe-Universität

Heinrich-Hoffmann-Str. 10

60528 Frankfurt a. M.

*Prof. Dr. Dr. Martin Härter*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, W26

Martinistraße 52

20246 Hamburg

*Prof. Dr. Martin Hautzinger*

Universität Tübingen

Schleichstraße 4

72076 Tübingen

*Dipl.-Psych. Christine Hilling*

Klinik Hohe Mark

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik des Deutschen Gemeinschafts-  
Diakonieverbandes GmbH

Friedländerstraße 2

61440 Oberursel

*Prof. Dr. med. Hubertus Himmerich*

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Semmelweisstraße 10

04103 Leipzig

*Dr. med. Holger Himmighoffen*

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Klinik für affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost  
Lenggstrasse 31  
Postfach 1931  
CH-8032 Zürich

*Dr. Sarah Kayser*

Uniklinikum Bonn  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Sigmund-Freud-Straße 25  
53105 Bonn

*Dr. phil. Claudia Lehmann*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, W26  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

*Univ.-Prof. Dr. Klaus Lieb*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8  
55131 Mainz

*PD Dr. Holger Steinberg*

Archiv für Leipziger Psychatriegeschichte  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig  
Simmelweisstraße 10  
04103 Leipzig

*Prof. Dr. med. Thomas E. Schläpfer*

Uniklinikum Bonn  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Sigmund-Freud-Straße 25  
53105 Bonn  
Departments of Psychiatry and Mental Health  
The Johns Hopkins University, Baltimore, USA, MD

*Priv.-Doz. Dr. Barbara Schneider*

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10  
60528 Frankfurt a. M.

*Prof. Dr. Elisabeth Schramm*

Universitätsklinik Freiburg  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg

*Prof. Dr. phil. Ulrich Stangier*

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Varrentrappstraße 40–42  
60486 Frankfurt a. M.

*Dipl. Psych. Maya Steinmann*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, W26  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

*Dr. André Tadić*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8  
55131 Mainz

*PD Dr. phil. Birgit Watzke*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, W26  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

*Dr. Bernhard Weber*

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10  
60528 Frankfurt a. M.

# Einführung

Arnd Barocka

»Depression« als Bezeichnung für ein psychiatrisches Krankheitsbild taucht erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf; der Begriff »mental depression« ist an die »cardiac depression« der Internisten angelehnt (Berrios 1996). Griesinger stellt 1861 die »psychischen Depressionszustände« – Hypochondrie, Melancholie, Schwermut – den »psychischen Exaltationszuständen« – Manie, Tobsucht, Wahnsinn – gegenüber. In der 8. Auflage seines »Lehrbuchs für Studierende und Ärzte« (1909–1915) fasst Kraepelin alle affektiven Störungen unter dem einen Begriff des »manisch-depressiven Irreseins« zusammen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickeln sich zwei Konzepte, die uns noch heute beeinflussen: Die Bipolaren Erkrankungen werden – in einer Gegenbewegung zu Kraepelin und seinen Nachfolgern – als Sonderform der großen Gruppe der Affektiven Erkrankungen wieder separiert (Leonhard 1957, Perris 1966, Angst 1966, Winokur et al. 1967; mehr dazu bei Marneros 1999). Dafür werden bei den »unipolaren« Depressionen weitergehende klinische Differenzierungen – z.B. die Dichotomien neurotisch/psychotisch oder endogen/reaktiv – aufgegeben oder in vergessene Subtypen der Klassifikationssysteme (z.B. Subtyp »Melancholie« im DSM) verschoben und damit im Ergebnis aufgegeben. Dies resultiert im relativ weit gefassten Begriff der »Depressiven Episode«, die durch ein Schweregradkriterium definiert ist. Leichtere Verläufe müssen als Dysthymie oder Anpassungsstörung klassifiziert werden, sodass eine »leichte« depressive Episode immer noch einen höheren Schweregrad als eine Dysthymie oder eine Anpassungsstörung aufweist – für Fachfremde nicht immer ganz leicht nachzuvollziehen. Fluktuationen im Schweregrad führen zur Verdoppelung, zur »double depression«, einfach dadurch, dass Perioden geringeren Schweregrads (Diagnose »Dysthymie«) und solche höheren Schweregrads (Diagnose »Depressive Episode«) aufeinander folgen. Der Begriff »Episode« ist insofern optimistisch, als jede Episode ja einmal zu Ende geht. Tritt sie erneut auf, kommt es zur »rezidivierenden depressiven Störung«, die die Frage der Prophylaxe dringlich macht. Doch liegt zwischen Episode und Rezidiv immerhin eine Atempause, manchmal von vielen Jahren. Die Chronifizierung der Episode über einen Zeitraum von zwei Jahren hinaus ist in ICD-10 und DSM-IV gegenwärtig nicht vorgesehen, kommt leider aber dennoch vor.

Dieses hier notwendigerweise grob skizzierte Krankheitsbild der singulären, rezidivierenden, chronischen oder anderweitig modifizierten unipolaren depressiven Episode stellt ein massives gesellschaftliches und sozialmedizinisches Problem dar, das lange Zeit vom öffentlichen Bewusstsein verdrängt wurde. Das Erstaunen und die Fassungslosigkeit, wenn Fußballprofis, also sportliche junge Männer, an

einer Depression erkranken, ist ein Beleg dafür. Gleichzeitig besteht kein Mangel an Büchern über Depression, warum also dieses?

Bei einer Diskussion unter Kollegen stellte sich heraus: Es besteht Einigkeit darüber, dass Depressionen außerordentlich *häufig* sind. Aber werden sie auch *häufiger*? Die Ansichten dazu waren sehr unterschiedlich. Immer wieder zeigt sich, dass es in der Psychiatrie oft schwerfällt, empirisch begründete Antworten auf einfache Fragen zu geben. Aus diesem Grund haben die Herausgeber Fachleute gebeten, den momentanen Forschungsstand zu wichtigen Einzelaspekten des Themas »Depression« darzustellen. Das Problem der steigenden Lebenserwartung und damit der Wechselwirkung von Alter und Depression ebenso wie das Problem depressiver Eltern zeigt die Bedeutung der Lebensspanne für die Ausprägung des Krankheitsbilds. Es gibt das Problem der Epidemiologie mit ihren immer größer werdenden Zahlen oder das Problem der modernen Arbeitswelt, aus der das geheimnisvolle Burnout-Syndrom entstanden sein soll. Es gibt neue und alte Therapieverfahren. Ohne das Inhaltsverzeichnis in seiner Gänze kommentieren zu wollen, konnten diese Beispiele, wie wir hoffen, unser Anliegen illustrieren: Wir möchten aktuelle empirische Daten vorstellen zu häufig gestellten Fragen beim Thema »Depression«.

## Literatur

- Angst J (1966): Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Berlin u. a.: Springer.
- Berrios GE (1996): The History of Mental Symptoms. Cambridge: CUP.
- Griesinger W (1861): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 2. Auflage. Stuttgart: Krabbe.
- Kraepelin E (1909 1915): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Auflage, 4 Bd. Leipzig: Barth.
- Leonhard K (1957): Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie Verlag.
- Marneros A (1999): Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Stuttgart: Thieme.
- Perris C (1966): A study of bipolar (manic depressive) and unipolar recurrent psychoses. Acta Psychiatr Scand; 194 Suppl:1 89.
- Winokur G, Clayton P (1967): Two types of affective disorders separated according to genetic and clinical subtypes. In: Wortis J ed.: Recent Advances in Biological Psychiatry. New York: Plenum.

# I Grundlagen





# 1 Epidemiologie depressiver Störungen

*Maya Steinmann, Birgit Watzke, Claudia Lehmann, Martin Härter*

## Einleitung

Depressionen<sup>1</sup> sind mit einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 10,7 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung sehr weit verbreitet und zählen damit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Jacobi et al. 2004). Sie sind in der Regel mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Leid, einer hohen Krankheitslast und starken Beeinträchtigungen verbunden (WHO 2001). Depressive Störungen stellen für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar und sind – aus ökonomischer Perspektive – mit stark erhöhten direkten sowie indirekten Kosten verbunden (Von Korff 1997). Mittels detaillierter Schätzungen lässt sich prognostizieren, dass die mit Depressionen einhergehende Krankheitslast in den nächsten 20 Jahren weiter zunehmen und dass depressive Störungen nach kardiovaskulären Erkrankungen die zweitwichtigste Ursache für Beeinträchtigungen und frühzeitiges Versterben in den wirtschaftlich entwickelten Ländern darstellen werden (WHO 2001).

Im vorliegenden Beitrag wird zunächst ein Überblick zur Prävalenz depressiver Störungen und zu Risikofaktoren für das Vorliegen einer Depression gegeben. Im Anschluss daran wird die Auftretenshäufigkeit von Depressionen über die Lebensspanne detailliert beschrieben. Darüber hinaus wird die Frage untersucht, ob die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hat.

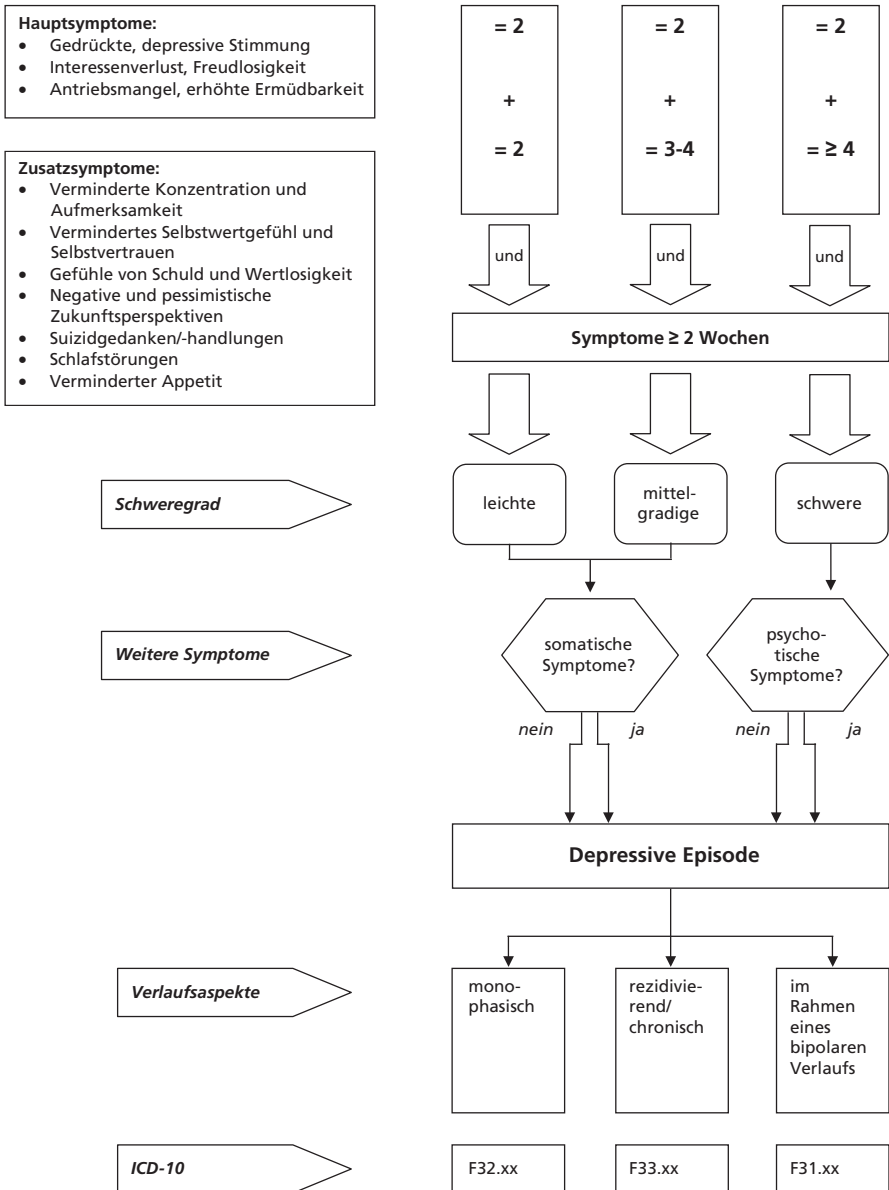
## Klassifikation und Diagnostik depressiver Störungen

Depressionen werden den affektiven Störungen zugeordnet, zu denen sowohl depressive als auch manische bzw. bipolare Störungen zählen. Depressionen können nach den Kriterien der Klassifikationssysteme des ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. überarb. Aufl.) (WHO 1992) und des DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4. Aufl.) (APA 1994) diagnostiziert werden. Zu den Hauptsymptomen depressiver Störungen gehören gemäß ICD-10 gedrückte Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit sowie ein verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit (► **Abb. 1.1**). Des Weiteren kommen als Zusatzsymptome Konzentrationsprobleme, vermindertes Selbstwert-

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag fokussiert ausschließlich auf die Epidemiologie unipolarer depressiver Störungen, aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist im Folgenden mit der Bezeichnung »Depressionen« nur diese Gruppe affektiver Störungen gemeint.

gefühl, Schuld- oder Wertlosigkeitsgefühle, negative Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen und Appetitverlust hinzu (WHO 1992).



**Abb. 1.1:** Diagnose depressiver Episoden nach ICD 10 Kriterien; nach S3 Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009).

Schätzungen zur Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland liegen meist strukturierte Interviews oder Screening-Fragebögen zur depressiven Symptomatik zugrunde. Besonders maßgeblich ist hierbei das Zusatzmodul »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98; Wittchen, Müller et al. 2000, Wittchen, Müller et al. 1999, Jacobi et al. 2002). Hierbei wurden über 4000 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren durch klinisch geschulte Interviewer mittels des standardisierten, auf den Kriterien der ICD-10 Munich-Composite International Diagnostic Screener (CID-S; Wittchen, Höfler et al. 1999) untersucht. In den letzten Jahren fanden mehrere weitere telefonische Gesundheitssurveys statt (Kurth 2009). Aktuell wird zwischen 2009 und 2012 die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS; Kurth 2009) durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine Längsschnittstudie, die Teilnehmer des BGS98 einschließt und ebenfalls ein Zusatzmodul »Psychische Störungen« enthält.

## Prävalenz depressiver Störungen

Die 1-Jahres-Prävalenzraten depressiver Störungen bei Erwachsenen liegen in Deutschland sowie in den meisten anderen europäischen Ländern bei durchschnittlich 12 %; die Lebenszeitprävalenz, d. h. der Anteil von Personen, die mindestens einmal im Leben an einer depressiven Störung erkranken, ist mit 19 % fast doppelt so hoch. Bei etwa 60–75 % der Patienten ist davon auszugehen, dass ein rezidivierender Verlauf auftritt (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000). Eine Übersicht zu depressiven Störungen in Deutschland liegt mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im Heft 51 »Depressive Erkrankungen« des Robert Koch Instituts vor, auf das im Folgenden u. a. Bezug genommen wird (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

## Inzidenz depressiver Störungen

Eine Depression kann in jedem Alter erstmalig auftreten. Dies ist bei Erwachsenen am häufigsten zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr der Fall. Vor dem 16. Lebensjahr erkranken vergleichsweise wenige Personen an einer depressiven Störung (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

## Risikofaktoren für depressive Störungen

Sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren stehen in einem Zusammenhang mit depressiven Störungen. So sind Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer betroffen (14 % vs. 8 %) (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000). Auch treten bei Frauen häufiger rezidivierende Depressionen als eine einzelne depressive Episode auf (6 % bzw. 5 %), während bei Männern umgekehrt 3 % an isolierten depressiven Episoden und lediglich 2 % an rezidivierenden Depression leiden. Darüber hinaus scheint der soziale Status für die Entwicklung einer depressiven Störung bedeutsam zu sein: So leiden Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich häufiger an depressiven Störungen als Personen mit einem mittleren oder hohen Sozialstatus (Lampert et al. 2005). Auch das Lebens-

alter steht in engem Zusammenhang mit der Auftretenshäufigkeit von Depressionen; die entsprechenden Studienergebnisse werden im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt.

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zeigte sich außerdem, dass 60 % der Personen mit einer depressiven Episode und 80 % der Personen mit Dysthymie mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen, die meist vor der Depression bestand und somit als Risikofaktor für die Entwicklung der Depression gesehen werden kann. Studien zeigen auch, dass psychische Belastungen und behandlungsbedürftige psychische Störungen häufige Begleiterscheinungen bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen sind. Diese Beeinträchtigungen sind nicht nur als Reaktion auf eine schwerwiegende körperliche Erkrankung zu verstehen, sondern sie sind in ein komplexes, miteinander interagierendes Beziehungsgefüge eingebunden (Härter 2000). Es ist daher umstritten, ob diese als Risikofaktoren für eine Depression gelten können (Wittchen, Schmidtke et al. 2000).

## **1.1 Prävalenz und Risikofaktoren depressiver Störungen über die Lebensspanne**

Im Folgenden werden die Prävalenzen depressiver Störungen in unterschiedlichen Abschnitten der Lebensspanne dargestellt (► Tab. 1.1 und ► Abb. 1.2).

### **Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre)**

Die Prävalenz depressiver Störungen ist bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 14 Jahren eher gering (2–3 %). Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren weisen hingegen eine ähnlich hohe Querschnittsprävalenz wie junge Erwachsene auf (Wittchen et al. 1998), wobei die Schätzungen zwischen 0,4 % (Steinhausen 1996) und 25 % (Lewinsohn et al. 1998) allerdings sehr stark schwanken. In Deutschland wurden in der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer 2007) über 2800 Familien mit Kindern oder Jugendlichen im Alter von 7–17 Jahren hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten untersucht. Eine depressive Symptomatik wurde hier anhand des Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) erfasst, wobei 5 % der Kinder und Jugendlichen ein auffälliges Ergebnis aufweisen.

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ähneln denen Erwachsener im Hinblick auf Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsprobleme und Suizidgedanken. Allerdings weisen Kinder und Jugendliche häufiger Gereiztheit und Schuldgefühle sowie einen höheren Anteil an Suizidversuchen auf (Davison & Neale 1998). Häufig gehen Depressionen in dieser Altersgruppe mit Verhaltensauffälligkeiten einher, wodurch die Diagnose einer depressiven Störung erschwert wird. Diese mögliche Ursache für Unterschätzungen muss in der Diskussion um die relativ geringe Prävalenz von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen bedacht