

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

# Depressive Störungen über die Lebensspanne

Ätiologie, Diagnostik und Therapie

Depressive Störungen haben eine hohe Lebenszeitprävalenz. Bis in das Erwachsenenalter haben ca. 15-20% aller Menschen in westlichen Ländern eine depressive Episode durchgemacht.

Der Band beleuchtet depressive Störungen interdisziplinär und praxisorientiert auf Basis aktueller Studien und fokussiert auf Risikofaktoren, Verlauf und Therapieansätze. Zudem wird die depressive Störung als Risikofaktor für die Entwicklung komorbider Störungen im Erwachsenenalter oder psychischer Störungen bei den eigenen Kindern diskutiert.

Prof. Dr. med. Dr. theol. Christine M. Freitag, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum der J.W. Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

Prof. Dr. med. Arnd Barocka, Ärztlicher Direktor der Klinik Hohe Mark, Oberursel.

PD Dr. med. Christoph Fehr, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt am Main.

PD Dr. med. habil. Michael Grube, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Psychosomatik, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt am Main.

Univ.-Prof. Dr. med. Harald Hampel, M. Sc., Professur für Psychiatrie, J.W. Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

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, Mikrofilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder 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

Print:

978-3-17-021881-9

E-Book-Formate

pdf: 978-3-17-023557-1

epub:978-3-17-027488-4

mobi:978-3-17-027489-1

# Inhalt

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

### Einführung

Literatur

### I Grundlagen

#### 1 Epidemiologie depressiver Störungen

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

Einleitung

1.1 Prävalenz und Risikofaktoren depressiver Störungen über die Lebensspanne

1.2 Nimmt die Häufigkeit depressiver Störungen in den letzten Jahren zu?

Literatur

#### 2 Das immunologische Krankheitskonzept der Depression

*Hubertus Himmerich, Holger Steinberg*

Einleitung

2.1 Klinische und technische Meilensteine der psychiatrischen Immunologie

2.2 Bedeutung von Zytokinen für die Pathophysiologie der Depression

2.3 Zytokinantagonisten und Immunmodulatoren gegen Depression

2.4 Wirkung von Antidepressiva auf das Immunsystem

2.5 Zusammenfassung und Diskussion

Literatur

#### 3 Postpartale Depression

*Michael Grube*

Einleitung

3.1 Was wissen wir über postpartale Depressionen? Definition und Prävalenzrate

3.2 Risikofaktoren für die Entstehung postpartaler Depressionen

3.3 Auswirkungen der postpartalen Depressionen auf die Mutter-Kind-Beziehung

3.4 Partnerschaftsaspekte

3.5 Therapieansätze

3.6 Eigene klinische Erfahrung

Literatur

4 Die depressive Störung der Eltern als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung

*Christine M. Freitag*

Einleitung

4.1 Elterliche Depression als biologischer Risikofaktor

4.2 Elterliche Depression als psychosozialer Risikofaktor

4.3 Therapeutische Aspekte

4.4 Zusammenfassung

Literatur

5 Depression im Alter

*Barbara Schneider, Bernhard Weber, Harald Hampel*

Einleitung

5.1 Klassifikation und Klinik depressiver Störungen im Alter

5.2 Epidemiologie

5.3 Therapie

5.4 Versorgungsrelevante Aspekte

5.5 Neuere Forschungsergebnisse zu biologischen Faktoren

5.6 Ausblick

Literatur

## **II Ausgewählte Therapieansätze**

6 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der wiederkehrenden Depression

*Christine Hilling, Ulrich Stangier*

Einleitung

6.1 Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie

6.2 Integration der kognitiven Behandlungsansätze: Die CBMT-Behandlung

Literatur

## 7 Verhaltenstherapeutische und interpersonelle Verfahren bei chronischen Depressionen

*Vera Engel, Eva-Lotta Brakemeier, Elisabeth Schramm, Martin Hautzinger, Mathias Berger*

### 7.1 Chronische Depressionen

### 7.2 Verhaltenstherapeutische und interpersonelle Ansätze zur Behandlung der chronischen Depression

### 7.3 Zusammenfassung und Ausblick

### Literatur

## 8 Pharmakotherapie der therapieresistenten Depression

*Nadine Dreimüller, Klaus Lieb, André Tadić*

### Einleitung

### 8.1 Diagnostik

### 8.2 Pharmakotherapeutische Optionen bei TRD

### 8.3 Ausblick

### 8.4 Zusammenfassung

### Literatur

## 9 Evidenzbasierte psychodynamische Ansätze in der Behandlung depressiver Störungen

*Heinz Böker, Holger Himmighoffen*

### Einleitung

### 9.1 Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie und Pharmakotherapie bei depressiv Erkrankten

### 9.2 Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie: Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien

### 9.3 Psychoanalytische und Psychodynamische Langzeitpsychotherapie: Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien

### 9.4 Manualisierung Psychodynamischer Psychotherapie bei depressiv Erkrankten

### 9.5 Schlussfolgerungen

### Literatur

## 10 Tiefe Hirnstimulation und Transkranielle Magnetstimulation

*Thomas E. Schläpfer, Sarah Kayser*

### Einleitung

### 10.1 Tiefe Hirnstimulation



## 10.2 Transkranielle Magnetstimulation

Literatur

## 11 Suizidprophylaxe

*Barbara Schneider*

Einleitung

11.1 Warum brauchen wir Suizidprävention? Die Bedeutung des Suizidproblems

11.2 Risikofaktoren für Suizid

11.3 Welche Initiativen zur Suizidprävention gibt es?

11.4 Strategien der Suizidprävention

11.5 Zukunft der Suizidforschung und -prävention

11.6 Exkurs: Suizidprävention contra Freiheit zum Suizid – Einstellungen, ethische, religiöse und rechtliche Aspekte

Literatur

## 12 Therapie und Prophylaxe von Burnout – oder: Die Zähmung des Ungeheuers von Loch Ness

Arnd Barocka

Einleitung

12.1 Verlauf

12.2 Ätiologische Hypothesen

12.3 Zur Frage nach empirischen Daten

12.4 Burnout und Depression

12.5 Therapie und Prophylaxe

12.6 Abschließende Bemerkung

Literatur

## **Stichwortverzeichnis**

# 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 Psychiatriegeschichte  
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 Psychiat 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

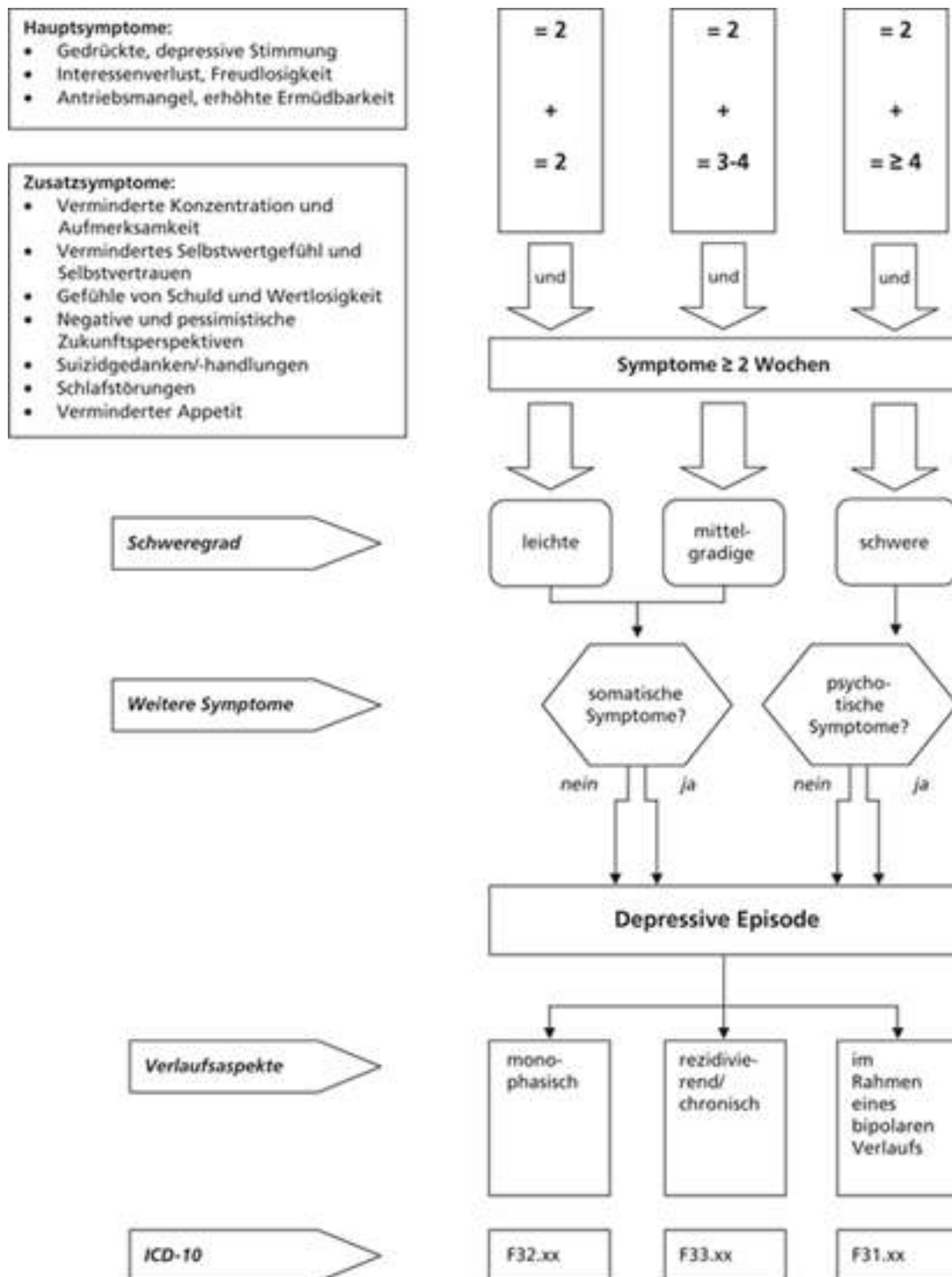
Depressionen<sup>1</sup> sind mit einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 10,7 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung sehr weit verbreitet und zählen damit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Jacobi et al. 2004). Sie sind in der Regel mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Leid, einer hohen Krankheitslast 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 Selbstwertgefühl, 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 Versorgungs Leitlinie 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 Depressionen 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 Lebensalter 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, Schmidtkunz 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 werden. Geschlechterunterschiede scheinen erst nach der Pubertät aufzutreten, nach der mehr Mädchen als Jungen an Depression erkranken (Lehmkuhl et al. 2008). In der deutschen BELLA-Studie



(Ravens-Sieberger 2007) fanden sich allerdings keine Geschlechterunterschiede in der Depressivität nach CES-DC.

## **Jüngere Erwachsene (18 – 39 Jahre)**

In der Gruppe der jüngeren Erwachsenen ist die 12-Monats-Prävalenz insgesamt höher als bei den unter 18-Jährigen. 9,5 % der 18- bis 29-Jährigen erkranken innerhalb eines Jahres an Depressionen, während dies bei 9,7 % der 30- bis 39-Jährigen der Fall ist. Unter den 18- bis 29-Jährigen erkranken 11,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer; unter den 30- bis 39-Jährigen betrifft dies 12,4 % der Frauen und 7,2 % der Männer (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

## **Erwachsene mittleren Alters (40 – 65 Jahre)**

Während die Depressionsprävalenz bei Männern mit wachsendem Alter nur geringfügig weiter ansteigt, erhöht sie sich bei Frauen mittleren Alters sehr deutlich. Insgesamt ist die 12-Monats-Prävalenz in der Gruppe der Erwachsenen mittleren Alters höher als in allen anderen Altersgruppen (12,4 % bei den 40- bis 49-Jährigen und 11,6 % bei den 50- bis 65-Jährigen). Dies ist fast ausschließlich auf die erhöhte Erkrankungshäufigkeit der Frauen in diesem Alter zurückzuführen, unter denen die 40- bis 49-Jährigen zu 16,6 % und die 50- bis 65-Jährigen zu 15,6 % an depressiven Störungen leiden. Die Männer mittleren Alters sind eher mit den jüngeren Erwachsenen (18 – 39 Jahre) vergleichbar, besonders die 50- bis 65-Jährigen mit 7,4 % von Depressionen Betroffenen. Nur die 40- bis 49-jährigen Männer haben mit 8,3 % eine gegenüber jüngeren und älteren Männern etwas erhöhte Depressionsprävalenz (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

Die steigende Zahl von Frauen mit einer depressiven Störung zwischen 46 und 65 Jahren könnte u. a. darin begründet sein, dass Frauen insgesamt häufiger von einer rezidivierenden depressiven Störung betroffen sind als Männer: Da das Ersterkrankungsalter bei durchschnittlich 31 Jahren liegt, würden chronische Verläufe einer

Depression, d. h. häufige Rezidive, dazu führen, dass in höheren Altersgruppen der Anteil erkrankter Frauen steigt.

## **Ältere Erwachsene (ab ca. 60 Jahren)**

Wittchen, Schmidtkunz et al. (2000) berichten, dass die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen bei Personen über 60 Jahren im Bundes-Gesundheitssurvey sowie in vergleichbaren europäischen Studien deutlich niedriger als bei den Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters ausfällt. In jedem Fall ist die Depression neben der Demenz die häufigste psychische Störung bei alten Menschen (Linden et al. 1998). Im Alter sind wesentliche Lebensumstellungen wie die Berentung, vermehrte Gesundheitsbeschwerden und der Tod von Angehörigen und Freunden zu bewältigen. Bestimmte Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz und Parkinson, welche häufiger bei älteren Personen auftreten, korrelieren ebenfalls mit depressiven Störungen (Riedel et al. 2010). Daher wäre zu erwarten, dass im Alter zumindest bei unzureichenden Bewältigungsstrategien ein erhöhtes Depressionsrisiko besteht. Empirische Studien kommen allerdings eher zum gegenteiligen Ergebnis, nämlich dass Depressionen bei älteren Personen seltener als bei jüngeren sind. Dies könnte daran liegen, dass depressive Störungen im Alter andersartige Erscheinungsformen aufweisen und deshalb unterdiagnostiziert werden. Ältere Personen berichten meist nur bestimmte Arten von Beschwerden im Rahmen einer Depression, z. B. Schlafstörungen, innere Unruhe und Gereiztheit, welche nicht unbedingt zum typischen Bild depressiver Störungen gehören (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000). Auch können kognitive Symptome wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei älteren Personen fälschlicherweise als Demenz interpretiert werden, welches im Begriff der Pseudodemenz zum Ausdruck kommt. Des Weiteren können Leistungs- und Motivationseinbußen bei älteren Erwachsenen teilweise unerkant bleiben, weil die eigene Leistungsfähigkeit nicht mehr an den Anforderungen einer Arbeitstätigkeit gemessen wird.

Die Berliner Altersstudie (BASE) wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 516 Personen im Alter von 70 bis über 100 Jahren durchgeführt (Linden et al. 1998). Hierbei wurde eine psychiatrische

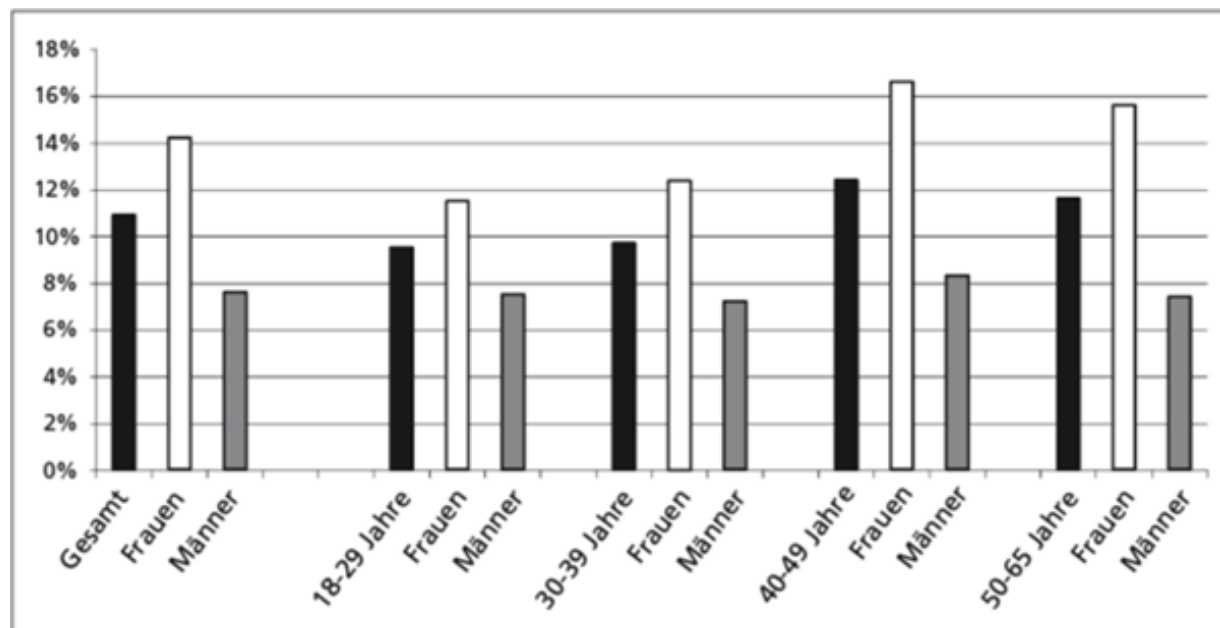
Untersuchung in drei Sitzungen durchgeführt, in denen u. a. das Geriatric Mental State Interview (GMS-A; Copeland et al. 1986) eingesetzt wurde. Insgesamt erhielten 5,3 % dieser Altersgruppe die Diagnose einer Major Depression nach DSM-III-R. Die Zahl der spezifizierten Depressionen ist in der BASE-Studie bei den 70- bis 84-Jährigen am niedrigsten (3,9 %), nimmt bei den 85- bis 95-Jährigen stetig zu (8,5 % bei den 90- bis 94-Jährigen), um dann bei den über 95-Jährigen wieder auf 4,4 % zu sinken. Dahingegen erhielt ein weitaus höherer Anteil von 27 % (19 % Männer und 30 % Frauen) eine nicht spezifizierte Depressionsdiagnose nach erweiterten DSM-III-R-Kriterien. Leichte oder unterschwellige Depressionen sind bei älteren Erwachsenen besonders häufig (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

Des Weiteren wurde zwischen 2005 und 2007 in Berlin eine epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER; Wild et al. 2011) durchgeführt, die über 8200 Personen im Alter von 53 bis 80 Jahren mithilfe des Geriatric Depression Scale (GDS-15; Koehler et al. 2005) untersuchte. Hier wiesen insgesamt 16 % der Teilnehmer Werte im auffälligen Bereich auf. Die 53- bis 59-Jährigen hatten mit 21 % einen höheren Anteil an auffälligen Werten als die älteren Gruppen; die 65- bis 69-Jährigen wiesen hingegen mit 12,6 % den niedrigsten Anteil auf.

In der BASE-Studie erhielten Frauen mit 5,9 % etwa doppelt so häufig wie Männer (3,5 %) eine spezifizierte Depressionsdiagnose nach DSM-III-R. Dieser Geschlechterunterschied ist auch im Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) und im CES-D zu beobachten. Der Familienstand ist ein weiterer soziodemographischer Faktor, der in dieser Altersgruppe mit Depression korreliert: Verheiratete Personen sind nur etwa halb so oft von einer nicht spezifizierten Depression betroffen wie verwitwete, geschiedene oder ledige Personen. Dieser Zusammenhang ist bei Frauen stärker als bei Männern. Eine weitere Studie (Ernst & Angst 2008) fand, dass bis zu 50 % der in Heimen lebenden älteren Personen depressive Symptome und zwischen 15 und 20 % schwere Depressionen aufweisen (Wittchen, Schmidtkunz et al. 2000).

Tab. 1.1: 12 Monats Prävalenz affektiver Störungen in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung; nach BGS98.

Irgendeine depressive Störung <sup>2</sup>		Major Depression (MD)	MD, einzelne Episode	MD, rezidivierend	Dysthyme Störung
Gesamt	10,9 %	8,3 %	4,3 %	4,0 %	4,5 %
18 29 Jahre	9,5 %	8,0 %	4,7 %	3,4 %	2,7 %
30 39 Jahre	9,7 %	7,5 %	3,1 %	4,4 %	3,8 %
40 49 Jahre	12,3 %	9,8 %	5,4 %	4,4 %	5,3 %
50 65 Jahre	11,6 %	8,1 %	4,2 %	3,9 %	5,7 %
Frauen	14,2 %	11,2 %	5,1 %	6,1 %	5,8 %
18 29 Jahre	11,5 %	9,5 %	4,6 %	4,9 %	3,5 %
30 39 Jahre	12,4 %	10,0 %	3,5 %	6,5 %	4,7 %
40 49 Jahre	16,6 %	14,0 %	7,2 %	6,9 %	6,4 %
50 65 Jahre	15,6 %	11,3 %	5,4 %	5,9 %	7,6 %
Männer	7,6 %	5,5 %	3,4 %	2,0 %	3,2 %
18 29 Jahre	7,5 %	6,6 %	4,8 %	1,9 %	1,8 %
30 39 Jahre	7,2 %	5,1 %	2,8 %	2,3 %	3,0 %
40 49 Jahre	8,3 %	5,7 %	3,7 %	2,0 %	4,1 %
50 65 Jahre	7,4 %	4,8 %	2,9 %	1,9 %	3,8 %



**Abb. 1.2:** 12 Monats Prävalenzen depressiver Störungen in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung; umfasst die Diagnosen: Major Depression (einzelne Episode oder rezidivierend) und/oder Dysthyme Störung; nach BGS98, zit. n. Wittchen, Schmidt kunz et al. (2000).

## 1.2 Nimmt die Häufigkeit depressiver Störungen in den letzten Jahren zu?

Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen der letzten Jahre erscheint es plausibel, eine Zunahme von Depressionen und psychischen Störungen allgemein zu vermuten. In den Industrienationen sind viele Lebensbereiche instabiler geworden: prekäre Arbeitsverhältnisse, geringere familiäre Kohäsion, Individualisierung, Urbanisierung und Globalisierung verändern grundlegend die Lebensumstände. Außerdem zeigen Berichte der Krankenkassen z. B., dass die Arbeitsunfähigkeitsrate aufgrund psychischer Störungen in Deutschland in den letzten ca. zehn Jahren stark zugenommen hat (Spießl & Jacobi 2008).

Querschnittsuntersuchungen, in denen Personen retrospektiv hinsichtlich depressiver Episoden in der eigenen Lebensgeschichte befragt wurden, zeigen tatsächlich eine weitaus größere Depressionshäufigkeit in den jüngeren Generationen, welches als »Geburtskohorteneffekt« bezeichnet wird (Wittchen, Schmidtke et al. 2000). Allerdings kann in Studien mit nur einem Messzeitpunkt nicht geklärt werden, welcher Anteil dieses Ergebnisses womöglich durch Erinnerungsdefizite bei den älteren Kohorten, in denen die Depression meist länger zurückliegt, zustande kommt (Compton et al. 2006). Auch könnten die Fähigkeit, depressive Symptome zu erkennen, und die Bereitschaft, diese zu berichten, in verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt sein (Kessler et al. 2003).

Daher ist es zur Beurteilung der Frage der Prävalenzveränderung notwendig, solche Studien heranzuziehen, die vergleichbare Stichproben zu mindestens zwei Messzeitpunkten erfassen. Hierbei sollten die Studienpopulationen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten jeweils unterschiedliche Personen umfassen und die jeweiligen Studiendesigns inklusive der Instrumentarien möglichst identisch sein. Nach diesen Kriterien wurde eine systematische Literaturübersicht (Richter et al. 2008) durchgeführt, um die Frage zu klären, ob psychische Störungen insgesamt zunehmen. Unter den so ausgewählten Studien fanden sich acht Untersuchungen, die ausschließlich die Prävalenz von Depressionen zum Gegenstand

hatten (Compton et al. 2006, Twenge & Nolen-Hoeksema 2002, Costello et al. 2006, Madianos & Stefanis 1992, Mattisson et al. 2005, Meertens et al. 2003, Goldney et al. 2007, Murphy et al. 2000) und die zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen: Bei Kindern und Jugendlichen fand eine Studie (Twenge & Nolen-Hoeksema 2002) eine Abnahme der Auftretenshäufigkeit depressiver Störungen zwischen 1980 und 1998 und eine Studie (Costello et al. 2006) fand keine Veränderung. Bei Erwachsenen fanden zwei Studien (Compton et al. 2006, Madianos & Stefanis 1992) eine Zunahme zwischen 1990 und 2001 bzw. zwischen 1978 und 1984, eine Studie (Mattisson et al. 2005) fand eine Abnahme zwischen 1972 und 1997 und zwei Studien (Meertens et al. 2003, Goldney et al. 2007) fanden keine Veränderung der Depressionsprävalenz zwischen 1998 und 2004 bzw. zwischen 1975 und 1996. Eine weitere Studie (Murphy et al. 2000) zeigte nur zwischen 1952 und 1970 eine Erhöhung der Prävalenzraten, während zwischen 1970 und 1992 keine Veränderungen resultierten.

Zwei Untersuchungen im US-amerikanischen Raum erfassten die 12-Monats-Prävalenzen anhand repräsentativer Bevölkerungsstichproben (Compton et al. 2006, Kessler et al. 2003). Das National Comorbidity Survey (NCS) wurde von 1990 bis 1992 durchgeführt und von 2001 bis 2002 repliziert (NCS-R) (Kessler et al. 2003). Der NCS untersuchte eine Stichprobe von Probanden im Alter von 15 bis 54 Jahren mithilfe einer modifizierten Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Robins et al. 1988) basierend auf DSM-III-R Kriterien und fand eine 12-Monats-Prävalenz von 8,6 % für Major Depression. Im NCS-R wurden über 9000 mindestens 18-jährige Personen mit einer erweiterten Version des CIDI nach DSM-IV Kriterien befragt. Hier wurde eine 12-Monats-Prävalenz von 6,6 % gefunden. Die Autoren diskutieren, dass diese Reduktion allerdings methodische Ursachen haben könnte, da die im NCS-R benutzte Version des CIDI Veränderungen gegenüber der älteren Form enthält, die auf eine erhöhte Spezifität und somit einer Verringerung der falsch-positiv eingestuften Personen abzielt. Ein weiterer methodischer Störfaktor ist die Unterschiedlichkeit der untersuchten Altersstufen. Der Ausschluss von Personen über 54 Jahren im NCS führt wahrscheinlich ebenfalls zu einer Überschätzung der Depressionsprävalenz in dieser Studie, da