

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

Depressive Störungen über die Lebensspanne

Ätiologie, Diagnostik und Therapie

Kohlhammer

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
Einführung	13
<i>Arnd Barocka</i>	
Literatur	14
I Grundlagen	
1 Epidemiologie depressiver Störungen	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 Das immunologische Krankheitskonzept der Depression	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

3	Postpartale Depression	41
	<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
4	Die depressive Störung der Eltern als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung	54
	<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
5	Depression im Alter	65
	<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

6	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der wieder- kehrenden Depression	81
	<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
7	Verhaltenstherapeutische und interpersonelle Verfahren bei chronischen Depressionen	96
	<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
8	Pharmakotherapie der therapieresistenten Depression	123
	<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
9	Evidenzbasierte psychodynamische Ansätze in der Behandlung depressiver Störungen	137
	<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

10	Tiefe Hirnstimulation und Transkranielle Magnetstimulation	171
	<i>Thomas E. Schlöpfer, Sarah Kayser</i>	
	Einleitung	171
	10.1 Tiefe Hirnstimulation	171
	10.2 Transkranielle Magnetstimulation	175
	Literatur	182
11	Suizidprophylaxe	188
	<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
12	Therapie und Prophylaxe von Burnout – oder: Die Zähmung des Ungeheuers von Loch Ness	202
	<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
	Stichwortverzeichnis	215

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
Simmelweisstraße 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
Sammelweisstraße 10
04103 Leipzig

Prof. Dr. med. Thomas E. Schlöpfer

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

Depressionen¹ 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-

¹ 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).

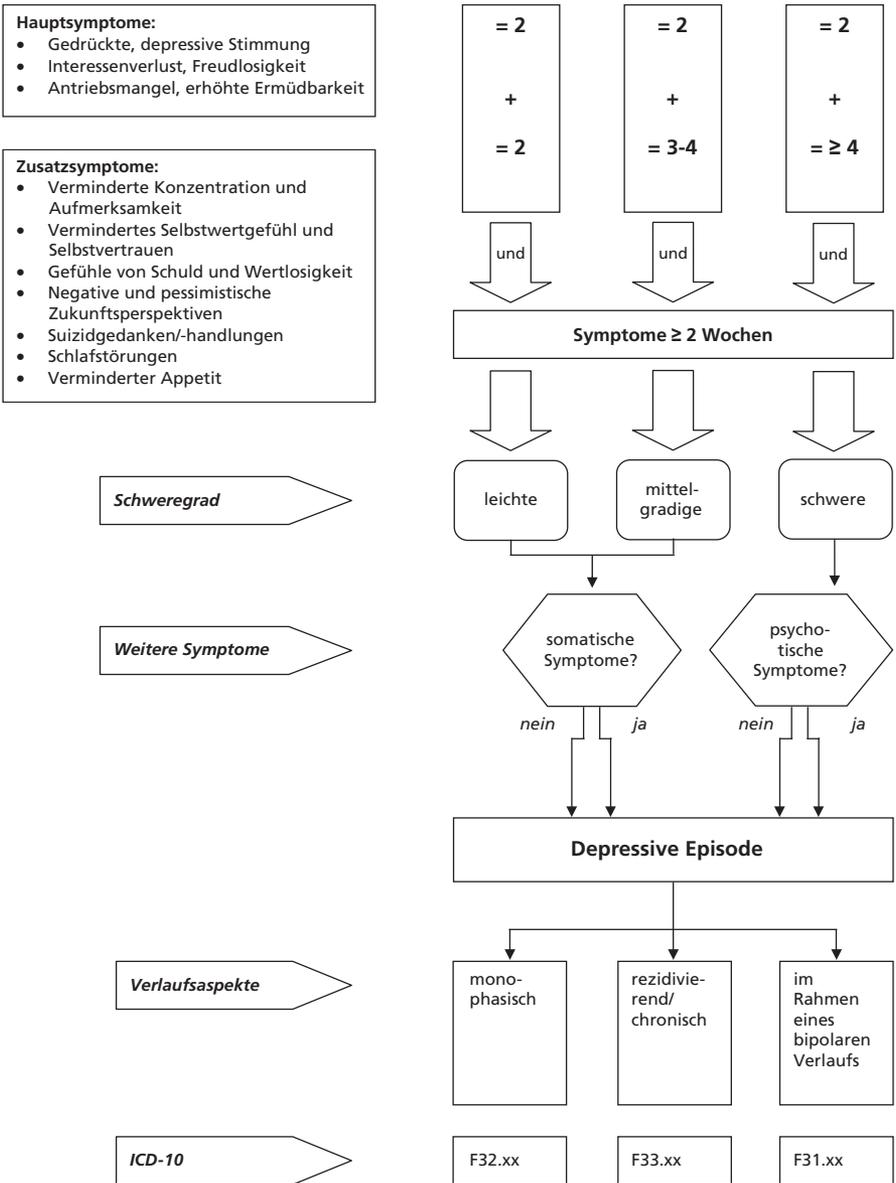


Abb. 1.1: Diagnose depressiver Episoden nach ICD 10 Kriterien; nach S3 Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009).

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 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 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

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-Sieberer 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 depres-