

Das Störungsbild der rezidivierenden Depression

- 1.1 Depressive Störungen verlaufen meist rezidivierend – 2
- 1.2 Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden Depression – 3
- 1.3 Epidemiologie und Häufigkeit – 5
- 1.4 Komorbiditätsraten und Folgen – 7

Fallbeispiel

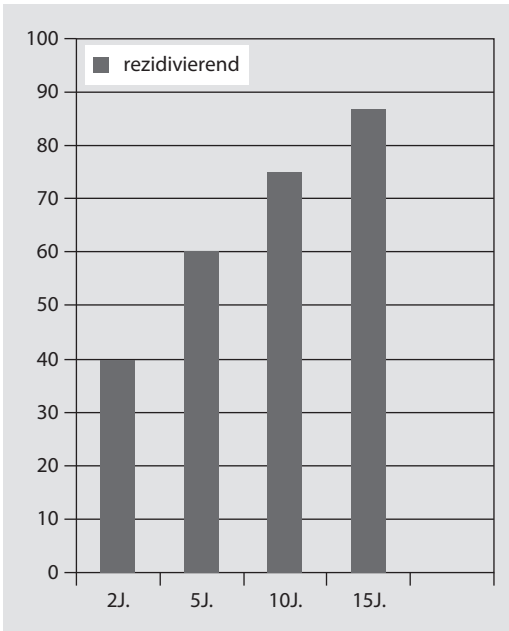
Frau W. (45 Jahre), die als Erzieherin in einer großen Kindertagesstätte arbeitet, kommt in die psychotherapeutische Praxis, da sie sich privat und beruflich seit Jahren stark belastet fühle. Beruflich mache ihr die Arbeit mit den Kindern zwar Freude, allerdings sei der Krankenstand unter den meist älteren Kolleginnen sehr hoch, sodass sie häufig Überstunden mache oder Arbeit mit nach Hause nehme. Es falle ihr schwer, abends abzuschalten und sich zu entspannen. Auch privat sei sie sehr belastet, seit ihre Mutter vor einigen Jahren an Demenz erkrankt sei. Frau W. und ihr Bruder kümmerten sich abwechselnd um die Mutter, die noch in einer eigenen Wohnung lebe. Frau W. fühle sich immer wieder phasenweise niedergeschlagen, erschöpft und ausgelaugt. Sie könne sich dann schlecht auf ihre Arbeit konzentrieren und sei ihrer Mutter gegenüber sehr gereizt. Sie fühle sich schuldig und als Versagerin. Bereits zweimal sei es ihr so schlecht gegangen, dass sie über mehrere Wochen krankgeschrieben worden sei. Die letzte schlimme Phase habe sie vor einem halben Jahr gehabt, da habe sie auch lebensmüde Gedanken gehabt. Mittlerweile ginge es ihr zwar etwas besser, aber sie fürchte sich davor, noch einmal so abzustürzen, zumal die Pflege der Mutter immer belastender werde. Ihre Hausärztin habe ihr empfohlen, sich professionelle Hilfe zu suchen.

1.1 Depressive Störungen verlaufen meist rezidivierend

Depressive Episoden gehen typischerweise mit Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Grübeln, Konzentrationsproblemen, sozialem Rückzug, Appetitverlust, Libidoverlust und Schlafproblemen einher. In schweren Fällen können auch Suizidgedanken bzw. -handlungen auftreten. Depressive Episoden verursachen einen starken Leidensdruck und beeinträchtigen

die Lebensqualität in erheblichem Maße (Wittchen u. Jacobi 2006). Lange Zeit wurde jedoch vernachlässigt, dass die Depression nicht als einmalige Episode auftritt, sondern zumeist einen rezidivierenden, d. h. wiederkehrenden Verlauf nimmt. Naturalistische prospektive Langzeitstudien finden Rückfallraten von 25–40 % nach 2 Jahren, von 60 % nach 5 Jahren, von 75 % nach 10 Jahren und von 85 % nach 15 Jahren (Keller u. Boland 1998). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass selbst nach 5 oder sogar 10 Jahren das Risiko eines Rückfalls sehr hoch bleibt und sogar ansteigt (■ Abb. 1.1).

Auf die Lebenszeit gesehen treten bei Betroffenen durchschnittlich 3–4 Episoden auf. Die Zeit bis zum nächsten Rückfall hängt stark mit der **Anzahl der vorangegangenen depressiven Episoden** zusammen. So kommt es nach der ersten depressiven Episode durchschnittlich nach vier Jahren zu einem depressiven Rückfall. Die dritte depressive Episode folgt dann durchschnittlich nach nur noch 2 Jahren. Bei Personen mit drei oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte liegen die Abstände zwischen den Rückfällen nur noch bei 1–1,5 Jahren, mit abnehmender Tendenz. Ein weiterer Faktor, der die Zeit bis zum nächsten Rückfall beeinflusst, ist der **Remissionsgrad** der Depression nach Abklingen der depressiven Episode. Bei Patienten ohne Residualsymptome (Vollremission) vergingen zwischen zwei depressiven Episoden durchschnittlich 3,5 Jahre. Bei Patienten dagegen, bei denen nach der Remission der depressiven Episode noch Residualsymptome bestehen blieben (Teilremission), verging durchschnittlich nur ein halbes Jahr bis zur nächsten depressiven Episode (Boland u. Keller 2002). Abzugrenzen sind teilremittierte Depressionen von chronischen Depressionen. Bei Letzteren sind die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode mindestens 2 Jahre durchgehend erfüllt, bei Ersteren bestehen nur noch depressive Residualsymptome (z. B. geringes Selbstvertrauen, Schlafstörungen). In der folgenden Übersicht sind einige



■ Abb. 1.1 Rezidivierender Verlauf der Depression

Risikofaktoren zusammengefasst, die mit einem rezidivierenden Verlauf der Depression in Zusammenhang stehen.

Risikofaktoren der rezidivierenden Depression

- Mehrere depressive Episoden in der Vorgeschichte
- Instabile Remission (Residualsymptome)
- Double Depression (Major Depression plus Dysthymia)
- Beginn der Depression nach dem 60. Lebensjahr
- Lange Dauer der einzelnen Episoden
- Affektive Störungen in der Familie
- Geringe Symptomreduktion während der Behandlung

Nach dem ICD-10 spricht man von einer rezidivierenden Depression, wenn zwischen zwei depressiven Episoden mindestens zwei Monate die Kriterien einer depressiven Episode nicht er-

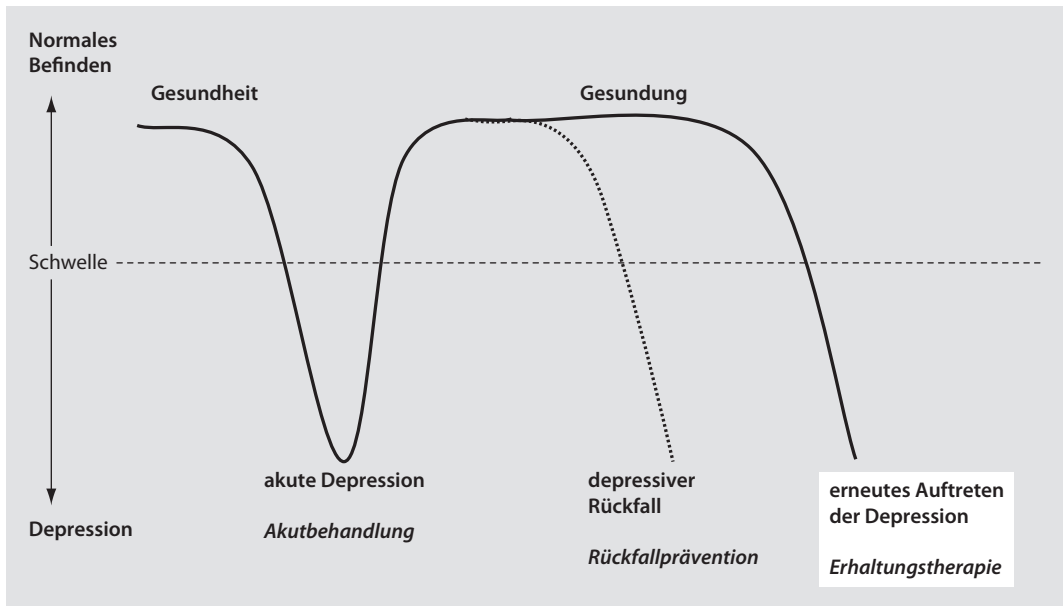
füllt sind. Allerdings kann es vorkommen, dass bereits vor der Zweimonatsfrist eine erneute depressive Episode auftritt. In diesem Fall wird im englischen Sprachraum von einem »relapse« (Rückfall) gesprochen, der von dem Wiederauftreten (»recurrence«) einer neuen depressiven Episode abzugrenzen ist (■ Abb. 1.2).

1.2 Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden Depression

Die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation 2000), unterscheidet zwischen:

- einzelner depressiver Episode (ICD-10 F32; ■ Tab. 1.1)
- rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33, ■ Tab. 1.2)

Die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung sind laut ICD-10 dann erfüllt, wenn **mindestens zwei depressive Episoden** vorliegen (inklusive der aktuellen Episode), zwischen denen mindestens zwei Monate lang nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt sind. In der Literatur wird auch eine besondere Verlaufsform der rezidivierenden Depression beschrieben, die besonders häufig bei älteren Menschen vorkommt: die **rezidivierende kurze depressive Störung**. Die rezidivierende kurze depressive Störung wird in der ICD-10 in der Kategorie »Andere rezidivierende affektive Störungen« unter dem Schlüssel F38.10 genannt (die Aufnahme dieser altersspezifischen depressiven Störung in die ICD-11 wird allerdings diskutiert; vgl. Forstmeier u. Maercker 2008). Die rezidivierende kurze depressive Störung entspricht hinsichtlich Anzahl der Symptome und Schweregrad der depressiven Episode, ist aber durch eine kürzere Dauer (typischerweise 2–4 Tage) gekennzeichnet. Die Episoden



■ Abb. 1.2 Behandlungsphasen im Störungsverlauf

■ Tab. 1.1 Diagnostische Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10

ICD-10	
A:	Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.
B:	Mindestens zwei der drei folgenden Symptome liegen vor: 1. depressive Stimmung; 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren; 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
C:	Eines oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome, sodass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens 4 oder auch 5 ergibt: 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls; 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle; 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten; 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit; 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung; 6. Schlafstörungen; 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.
D:	In der Vorgeschichte finden sich keine manischen oder hypomanischen Episoden.
E:	Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

■ **Tab. 1.2** Diagnostische Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung nach ICD-10

Störungsbild	ICD-10	
Rezidivierende depressive Störung	A.	Zusätzlich zur aktuellen depressiven Episode findet sich in der Anamnese mindestens eine weitere depressive Episode mit einem Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung bis zur gegenwärtigen depressiven Episode.
	B.	In der Vorgeschichte findet sich keine hypomanische oder manische Episode.
	C.	Die Episode lässt sich nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückführen.
Rezidivierende kurze depressive Störung	A.	Die Kriterien für eine leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode sind erfüllt.
	B.	Die depressiven Episoden traten im letzten Jahr ca. einmal im Monat auf.
	C.	Die einzelnen Episoden dauern kürzer als 2 Wochen (typischerweise 2–4 Tage)
	D.	Die Episoden treten nicht nur in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus auf.

müssen mindestens einmal im Monat über ein Jahr aufgetreten sein und in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in den wichtigen Funktionsbereichen führen. Tabelle 1.2 gibt einen Überblick über die diagnostischen Kriterien der beiden rezidivierenden depressiven Störungen (■ Tab. 1.2).

Depressive Episoden können nach Schwere- und Remissionsgrad eingeteilt werden:

Schweregrad Im ICD-10 werden die Schweregrade wie folgt bestimmt:

- **leicht:** Es sind mindestens 4–5 depressive Symptome explorierbar;
- **mittelschwer:** Es sind mindestens 6–7 Symptome explorierbar;
- **schwer ohne psychotische Symptome:** Es sind mindestens 8 Symptome erfüllt;
- **schwer mit psychotischen Merkmalen:** Vorhandensein von Wahn oder Halluzinationen.

Remissionsgrad Ist die aktuelle depressive Episode abgeklungen, so kann von einer gegenwärtigen Remission gesprochen werden. Bei manchen Patienten klingen die depressiven Symptome

vollständig ab, bei anderen bleiben Residualsymptome zurück. Hinsichtlich des Remissionsgrades wird unterschieden zwischen

- **teilremittiert:** Kriterien für Depression sind nicht mehr erfüllt, aber es liegen noch einige Symptome vor bzw. der Remissionszeitraum liegt unter zwei Monaten und
- **vollremittiert:** mindestens zwei Monate ohne deutliche Symptome der Depression.

Differenzialdiagnostik Depressive Symptome können auch im Rahmen anderer affektiver (z. B. Dysthymia, bipolare Störung), psychischer oder körperlicher Störungen auftreten oder durch bestimmte Substanzen induziert sein. Bevor die Diagnose einer unipolaren depressiven Störung vergeben wird, sollte daher abgeklärt werden, ob andere Ursachen für die depressive Symptomatik ausgeschlossen werden können (■ Tab. 1.3).

1.3 Epidemiologie und Häufigkeit

Depressive Störungen sind die häufigsten psychischen Störungen. In Deutschland liegt die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres an

■ Tab. 1.3 Differenzialdiagnosen

Psychische Differenzialdiagnosen	Symptomatische bzw. organische Differenzialdiagnosen
<ul style="list-style-type: none"> – Demenz (F00; F01) – Postschizophrene Depression (F20.4) – Bipolare Störungen (F31) – Dysthymia (F34.1) – Zykllothymia (F34.0) – Nicht näher Bezeichnete affektive Störung (F39) – Anpassungsstörung (F43.2) – Postpartum Depression (F53.0) 	<p>Organische affektive Störung (F06.3) aufgrund von:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hirnstörungen (degenerative, vaskuläre, entzündliche Störungen usw.) – Infektionen, Entzündungen (Influenza, Viruspneumonie usw.) – Kardiopulmonale Störungen (Herzinsuffizienz usw.) – Endokrinologische und metabolische Störungen (Hypo-/Hyperthyreose, Diabetes Mellitus usw.) – Bösartige Neubildungen (Karzinome usw.) <p>Substanzinduzierte affektive Störungen durch</p> <ul style="list-style-type: none"> – Drogen (Alkohol, Steroide usw.) – Medikamente (Betablocker, Digitalis, Antiparkinsonmittel usw.)

■ Tab. 1.4 Ein-Jahres-Prävalenz depressiver Störungen (Wittchen u. Jacobi 2006*; Weiller et al. 1994¹)

	Major Depression, einzelne Episode*	Major Depression, rezidivierend*	Rezidivierende kurze depressive Störung ¹	Dysthymia*
Ein-Jahres-Prävalenz %	4,3	4,0	7,2	4,5

einer depressiven Störung zu erkranken, bei ca. 8%, die Lebenszeitprävalenz bei ca. 15% (Wittchen u. Jacobi 2006). Das sind ungefähr 5 bis 6 Millionen Deutsche pro Jahr (Jacobi et al. 2004).

Depressionen treten in allen Altersgruppen auf. Der Altersgipfel liegt zwischen dem 18. bis 25. Lebensjahr. Das Störungsrisiko für Kinder bis zum 14. Lebensjahr ist mit 2–3% recht niedrig, bei Jugendlichen (Alter 15–17) jedoch ähnlich hoch wie bei Erwachsenen (Wittchen et al. 1998). Frauen und Männer unterscheiden sich in der Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken. Für Frauen liegt die Lebenszeitprävalenz bei 10–25%, für Männer zwischen 5–12% (Saß et al. 2001). Betrachtet man die Ein-Jahres-Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland (Wittchen u. Jacobi 2006), so zeigt sich, dass Frauen in allen Altersgruppen ungefähr doppelt so häufig betroffen sind wie Männer (14,2% vs. 7,6%). Besonders häufig werden Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 65 Jahren depressiv (16,6% bzw. 15,6%). Neuere Untersuchungen,

insbesondere an jüngeren Stichproben, weisen darauf hin, dass Frauen eine höhere Rückfallneigung zeigen. Die Geschlechtsunterschiede werden im mittleren und höheren Lebensalter zwar geringer, bleiben insgesamt jedoch erhalten (vgl. Hautzinger 2010).

Neben Geschlecht und Alter haben auch Familienstand und sozioökonomischer Status einen Einfluss auf das Depressionsrisiko. Hinsichtlich des Familienstandes gibt es Befunde, dass verheiratete Männer das niedrigste und verheiratete Frauen mit Kindern sowie ohne Berufstätigkeit das höchste Störungsrisiko haben. Zudem steht ein niedriger sozioökonomischer Status (z. B. niedriges Einkommen, geringer Ausbildungsstand) in Zusammenhang mit einer erhöhten Rate depressiver Störungen (Wittchen u. Jacobi 2006). Einen Überblick über die Ein-Jahres-Prävalenz verschiedener Verlaufsformen der Depression gibt Tabelle 1.4 (■ Tab. 1.4).

1.4 Komorbiditätsraten und Folgen

Depressive Störungen weisen eine hohe Komorbiditätsrate auf: Bis zu drei Viertel aller depressiven Störungen gehen mit zumindest einer weiteren Störung einher (Kessler et al. 1994). Umgekehrt werden nahezu alle relevanten Diagnosen tendenziell häufiger bei Patienten mit Depressionen diagnostiziert als in einer Vergleichspopulation. Besonders häufig werden komorbide somatoforme Störungen, Angststörungen und Belastungsreaktionen diagnostiziert. Aber auch Zwänge, Essstörungen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Schlafstörungen und verschiedene Persönlichkeitsstörungen bestehen häufig parallel zur depressiven Störung. Hinsichtlich der somatischen Störungen gehen depressive Störungen vor allem mit Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel und Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule einher (Grobe et al. 2006). Schwer zu beantworten ist die Frage, ob die Depression primär vorhanden war oder als Folge der anderen Störung auftrat. Befragt man Probanden retrospektiv, welche der Störungen zuerst da war, dann erhält man mehrheitlich (60–80%) die Antwort, dass die Depression den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgte.

Suizidalität Aufgrund der Symptomschwere und des häufig rezidivierenden Verlaufs der depressiven Störung ist der Leidensdruck bei den Betroffenen sehr hoch. In einer Untersuchung von Wittchen u. Jacobi (2006) an Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichteten 90% derjenigen, die unter rezidivierender Depression litten, eine »sehr starke« Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit und den sozialen Beziehungen. Depressive Störungen können mit Suizidgedanken und Suizidhandlungen einhergehen. So ist die Suizidrate unter Personen, die an Depression leiden, ungefähr zwanzigmal höher als die Suizidrate in der Normalbevölkerung und bei ca. 80–90% aller erwachsenen Personen mit Selbst-

mordgedanken und -handlungen lag im entsprechenden Zeitraum eine depressive Störung vor (Harris u. Barraclough 1997; Kessler et al. 2005). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen lag die Rate etwas niedriger (50–60%; Wunderlich et al. 1998). 3–4% der Depressiven versterben an Suizid. Die Lebenszeitsuizidmortalität für schwer depressiv Erkrankte liegt bei 15% (Wolfersdorf 2006). Es kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere bei Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen die Depression einen erheblichen Risikofaktor für Suizide darstellt (Bronisch u. Wittchen 1994).

Morbidität und Mortalität Neben dem erhöhten Suizidrisiko gehen Depressionen mit einer Reihe weiterer Probleme einher, wie Gesundheitsproblemen, erhöhtem gesundheitlichem Risikoverhalten und zwischenmenschlichen Problemen (Dierker et al. 2002). Bei Depressiven, insbesondere Älteren, ist das Störungsrisiko für arteriosklerotische Herzerkrankungen, vaskuläre Läsionen des Zentralnervensystems, Asthma bronchiale, Heuschnupfen (Allergien), Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionsstörungen erhöht (DeJong-Meyer et al. 2007). Das erhöhte Krankheitsrisiko bei Depression geht einher mit einer gegenüber Nicht-Depressiven erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für unerkannte und unbehandelte Depressionen, v. a. Altersdepressionen. Die durch Depression verursachten Folgen im Leben der Betroffenen (z. B. verringerte Lebensqualität, erhöhte Sterblichkeit) entsprechen denen anderer chronischer Erkrankungen, wie z. B. Krebs, Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen (Hautzinger 2010).

Gesellschaftliche Kosten Neben den individuellen sind auch die volkswirtschaftlichen Kosten der Depression hoch. Da Depressionen mit massiven Einschränkungen der Funktionstüchtigkeit im Alltag und der Arbeitsproduktivität verbunden sind, fallen neben den direkten Behandlungskosten auch indirekte Kosten an, die mit

dem störungsbedingten Produktivitätsverlust einhergehen. So waren depressive Störungen im Jahre 2003 die häufigste Ursache für Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (VDR-Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004). Hinsichtlich der beruflichen Ausfalltage liegen Personen mit Depressionen deutlich über denen ohne Diagnose einer Major Depression (24,9 vs. 11,5 Ausfalltage) (Wittchen u. Jacobi 2006). Untersuchungen in den USA zeigten, dass die \$ 83 Mrd. ökonomischen Gesamtkosten im Jahr 2000, die durch Depressionen verursacht wurden, zu 31% auf die direkten (z. B. durch Arztbesuche, Kosten der Medikamente) und zu 69% auf die indirekten Kosten (z. B. durch Arbeitsunfähigkeit) zurückgingen (Greenberg et al. 2003). In Deutschland wurden die volkswirtschaftlichen Belastungen durch die Behandlung depressiver Störungen für das Jahr 2002 auf 4,03 Mrd. € beziffert (Stamm u. Salize 2006).

Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender
Depression

Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten.

Mit CD-ROM

Risch, A.K.; Stangier, U.; Heidenreich, Th.; Hautzinger,
M.

2012, X, 134 S. 38 Abb. Mit CD-ROM., Hardcover

ISBN: 978-3-642-04888-3