

Epidemiologie und Symptomatologie depressiver Verstimmungen

O. Bach

Der terminologische Aspekt

Umgangssprachlich entsteht bei der Verwendung des Begriffs Depression (deprimere = herabdrücken) der Eindruck, man stehe vor einem einheitlichen Krankheitsbild. Der Gedanke ist aber falsch insofern, als man das Bild einer depressiven Verstimmung von der Symptomatologie her wohl beschreiben kann – dem Syndrom aber unterschiedlichste Krankheiten zuzuordnen sind und es damit unterschiedlich verursacht sein kann. Verwirrend erscheint die begriffliche Situation auch dadurch, dass sich über die Jahre hin die Klassifikationssysteme geändert haben und mithin sich unterschiedliche Ärztegenerationen in verschiedenen Terminologien bewegen. Die diagnostischen Klassifikationen von der ICD-9 zur ICD-10 (eine ICD-11 für psychische Störungen wird diskutiert), von der klassi-

schen Einteilung der depressiven Syndrome in endogene, reaktive und durch hirnanorganische Prozesse bedingte organische und die moderne nach ICD-10 laufen gewissermaßen nebeneinander her. Zu registrieren ist zudem die Neigung mancher Autoren, das Zusammentreffen von Depression und anderen Lebensphänomenen mit eigenen Begriffen zu belegen, wie „männliche Depression“ (1), „Schwangerschaftsdepression“, „Poststrokedepression“ und ähnlichem als handele es sich um eigene Endi-

täten. Abbildung 1 will versuchen, die Verbindung von Syndrombegriff und Ursachenbündel (alle diese Syndrome sind prinzipiell multifaktoriell verursacht – wobei die Faktoren in unterschiedlicher Stärke wirken – das Kästchen soll die Dialektik des Zusammenwirkens symbolisieren) sowie die Beziehung von sogenannter klassischer Terminologie zur heute gültigen ICD-10 herzustellen.

Es ist dabei im Auge zu behalten, dass auf unterschiedlichen Ebenen ärztlichen Handelns (Haus- und Ver-

Syndromatologie	Ätiologische Ebene	Krankheitsbezeichnung	ICD-10-Klassifikation
Organisch bedingte Syndrome	organische Ursachen	Depressives Durchgangssyndrom z. B. bei Enzephalitis	F06.3 Organische affektive Störung
		manisch-depressive Erkrankung	F 31 bipolare affektive Störung
Endogene Syndrome	organische Ursachen	endogene Depression bei Schizophrenie	F 32.2 monopolare Depression
		manisches Syndrom	F 25.1 schizoaffektive Störung – depressiv F 30.1 Manie
Reaktive Syndrome	psycho-soziale Ursache	neurotische Depression reaktive Depression (psychogene Depression)	F 43 reaktive Depression-Belastungsreaktion

Abb. 1 Synopsis depressiver Syndrome

tragsarzt – Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – hochspezialisierte universitäre Einrichtung) vernünftigerweise die diagnostischen Differenzierungen gegebenenfalls unterschiedlichen Rastern gehorchen. Für die Ausrichtung und Zielstellung

unserer Artikelserie kommt es weniger darauf an, welche ganz spezielle Diagnose gestellt werden könnte (es gibt Klassifikationen, die trennen nicht nur monopolare von bipolaren (manisch-depressiven) Störungen, sondern unterteilen weiter in bipolare

I und II ...), sondern ob sich die Verstimmung als leicht, mittelschwer oder schwer darstellt, ob Lebensgefahr etwa durch Suizidalität besteht und wie der Hausarzt mit den Gegebenheiten umzugehen hat, und ob es sich eher um eine situative Traurigkeit oder eine krankhafte Verstimmung handelt. Die Grenze zwischen einer „physiologischen“, gleichsam situationsadäquaten Traurigkeit und einer psychopathologisch relevanten Verstimmung ist schwer zu ziehen, da die individuelle affektive Beteiligung an Verlusterlebnissen (zum Beispiel Partnerverlust) bezüglich Tiefe und Dauer von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein kann.

Tabelle 1 ist der Versuch einer Differenzierung.

Epidemiologie

Depressive Verstimmungen sind sehr häufig auftretende Störungen in der Praxis des Allgemeinmediziners, des Internisten und des Nervenarztes. Sie werden aber häufig (man geht von 30 bis 50 Prozent aus) nicht erkannt. Für die bipolaren Erkrankungen (die man früher manisch-depressive Erkrankungen nannte) geht man davon aus, dass sie erst 8 bis 10 Jahre nach den ersten Erscheinungen regelrecht diagnostiziert werden (siehe auch Fallvignette am Ende dieses Artikels). Das mag unterschiedliche Gründe haben. Zum einen maskieren sich die Beschwerden, werden als Schmerz oder andere körperliche Missempfindungen erlebt – oder die Verstimmung tritt in Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten auf und

Tabelle 1: Unterschiede von Trauer und Depression

	Trauer	Depression
Von den Symptomen her	Verstimmung ist objektbezogen – Zeiger der Schuld nach außen – kein Realitätsverlust	Mehr oder wenig tiefe Verstimmung; oft situationsunabhängig; alle Lebensbereiche betreffend, Zeiger der Schuld nach innen
Von den Ursachen her	Erkennbarer Anlass Verlustsituation	Viefältige Ursachen: z. B. vererbte Anlagen; Gehirnkrankheiten
Von der psychologischen Deutung her	Verarbeitung des Verlustes; Steuerung der Beziehung zu anderen; Rückzug, Appell	Bestimmte Persönlichkeitstypen Mögliche frühkindliche Beeinträchtigungen
Aus Sicht der Partner des Betroffenen	Verständnis – weil einfühlbar Keine Krankheit	Oft unverständlich; zur Ratlosigkeit führend, als Krankheit erkennbar

der Kegel der Aufmerksamkeit richtet sich sowohl seitens des Patienten wie des Arztes auf das körperliche Problem. Vielleicht fehlt auch oft die Zeit zu einer einfühlsamen Exploration. Angaben von nahen Bezugspersonen vermögen oft wichtige Hinweise zu geben.

Verstimmungen treten generell in etwa 5 bis 10 Prozent der Bevölkerung zu irgendeinem Zeitpunkt einmal auf. Von diesen suchen nur etwa 30 Prozent einen Arzt auf. 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung erkrankt an endogenen Depressionen. Frauen sind häufiger als Männer befallen – bei endogenen, monopolaren Erkrankungen.

Nach Schätzungen der WHO sollen 2030 die unipolaren Depressionen (sie machen etwa 60 Prozent der schweren Depressionen aus) häufiger sein als Herzkreislauferkrankungen. Von der Punktprävalenz ausgehend leiden in Deutschland etwa 4 Millionen Menschen an Depressionen. Viele Depressionen, vor allem die endogenen, haben einen rezidivierenden Verlauf. Rezidivierungen und Chronifizierungen sind auch bei leichteren Verstimmungen möglich. Auf der anderen Seite sind die Hilfen, die ärztlich durch pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen gegeben werden können, sehr erfolgversprechend. Insbesondere auch die Pharmakotherapie hat in den letzten 40 Jahren auf diesem Felde enorme Fortschritte gemacht (siehe auch den nachfolgenden Artikel).

Patienten mit Depressionen sind epidemiologisch gesehen stark mit Suizidgefahren belastet. Jeder 6. – 7. Patient mit schweren Depressionen stirbt am Suizid. Man kann davon ausgehen, dass jeder 6. Hausarztpatient an depressiven Verstimmungen leidet. Depressive Erkrankungen sind damit ein gesundheitspolitisch bedeutsames Problem, dem u. a. auch mit intensiverer innerärztlicher Kooperation, zum Beispiel in Depressionsnetzwerken versucht wird, gerecht zu werden. Dieses Thema wird in einem weiteren Artikel in diesem Heft vertieft. Zur Epidemiologie speziell bezogen auf das Suizidgeschehen mehr im nachfolgenden Artikel von Hegerl et al.

Symptomatologie der Depression

Affektpsychotische Syndrome sind durch Störungen von Stimmung und Antrieb, pathologischen Gedankeninhalten und vegetativen Begleiterscheinungen bestimmt. Die Stimmung ist herabgedrückt, resignativ, niedergeschlagen, schwermütig. Die Mimik drückt den verzweiferten Zustand aus. Ein „Nicht-traurig-sein-können“, „Nicht-weinen-können“ wird geklagt. Seelisches und körperliches Leid verschmelzen und werden als schwerer Druck auf der Brust erlebt. Man spricht von gestörten Vitalgefühlen. Der Antrieb kann bis zu völliger motorischer Versteinerung gemindert sein. Die Patienten fühlen sich passiv und schwach. Im Gegensatz zu ihrer früheren Aktivität sind sie nicht mehr zu spontaner Leistung fähig. Denkinhalte werden von Ver-

sagen und Insuffizienz bestimmt, in deren Mittelpunkt die Körperlichkeit (hypochondrische Ängste) stehen kann. Selbstvorwürfe und Schuldgefühle beziehen sich auf das eigene Seelenheil und können zu panischer Verzweiflung führen. Befürchtungen um materielle Existenz können hinzukommen. All diese Gedanken können zu einem fortlaufenden, sich immer wiederholenden Grübeln führen und ggf. auch die Qualität von Wahn erreichen (sogenannter synthemer – aus der Stimmung ableitbarer – Wahn: vom Inhalt her Schuld-Hypochondrischer-Verarmungs-Wahn). Aus der Hoffnungslosigkeit den Zustand je zu überwinden (manche Autoren sprechen von Zukunftsverlust oder Werdenshemmung) resultiert Suizidalität.

Neben den Störungen der Gedankeninhalte finden sich auch solche des Gedankenganges, der verlangsamt mühevoll (Denkhemmung) sein kann. Die Verstimmung muss natürlich nicht immer alle genannten Qualitäten erfüllen.

Ein weiterer häufiger Symptombereich sind Antriebsstörungen, Hemmungen des Wollens, Handelns, der allgemeinen Aktivität. Die Patienten erleben dieses ihrer sonstigen Lebensdynamik völlig entgegenstehende Gefühl der Lähmung als sehr einschneidend. Es können stuporöse Bilder auftreten. Im Kontrast zur völligen Ermattung der Lebensenergie kann eine innere ungezielte Erregung stehen (Agitiertheit).

Körperliche und vegetative Erscheinungen zeigen sich in Appetitlosigkeit, schweren, oft quälenden Schlafstörungen, Störungen von Stuhlgang und Wasserlassen, Potenzstörungen und diffusen Schmerzempfindungen. Bestimmte Verlaufskarakteristika weisen in die Richtung endogener Verstimmungen. Hierzu gehören Tagesschwankungen (morgendliches Pessimismus), phasenhafter Verlauf mit hypomanischen Nachschwankungen nach einer Depression (Wechsel von depressiven und manischen Phasen ist dagegen eher selten. Von rapid-cycling-Syndrom spricht man, wenn in regelmäßiger Folge, mindestens 4 mal im Jahr manische und depressive Zustände aufeinander folgen.), Bindung der Verstimmung an bestimmte Jahreszeiten (saisonale Depressionen), Bindung an Reifungsstufen des Menschen (Involution). Weitere Symptome einer depressiven Verstimmung können Reizbarkeit, Dysphorie und Zwangsgedanken sein.

Eine Komorbidität mit Angststörungen ist relativ häufig. Alle diese Verstimmungszustände sind mehr oder weniger zeitlich begrenzte Ereignisse, die allerdings phasenhaft verlaufen können und sich natürlich auch (vor allem die reaktiven) chronifizieren können. Zwei Störungsbilder seien am Rande erwähnt, die auch zu den Persönlichkeitsstörungen gerechnet werden: Es sind dies Zylothymia (F.34.= ICD-10): eine dauerhafte Stimmungsinstabilität vom Typ „himmelhochjauchend – zu Tode betrübt“, wie es der Volksmund nennt. Dysthymia (F 39.1 ICD 10) ist eine chronisch leichte, dauerhafte depressive Verstimmung, oft mit Essstörungen

verbunden. Beide müssen per Definitionen mindestens zwei Jahre bestehen.

Komorbidität

Für den Hausarzt dürften Fragen der Kombination von depressiven Verstimmungen und anderen körperlichen Erkrankungen von besonderem Interesse sein. Die pathogenetischen Zusammenhänge lassen sich etwa wie folgt gliedern:

- a) Komorbidität (Depression und Körperkrankheiten treten nebeneinander auf; gilt übrigens auch für das nebeneinander Bestehen unterschiedlicher psychischer Störungen),
- b) gemeinsame pathogenetische Teilstrecke (zum Beispiel hirnstrukturell), Depression und Parkinsonerkrankung,
- c) reaktive Verstimmungen auf existenzbedrohliche Körperkrankheiten,
- d) depressiv-neurotische Entwicklungen (psychodynamisch erklärbare Entstehung mit hoher Bindung an Angstsyndrome und somatoforme Störungen).

Zum Problem der Komorbidität:

- Depression und Herz-Kreislaufkrankheiten: Man geht zum Beispiel davon aus, dass 20 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankten Depressionen haben, jeder 3. Infarktpatient ist reaktiv verstimmt, jeder 6. hat eine endogene Depression. Umgekehrt haben Depressionspatienten ein 1,5-fach höheres Infarktrisiko. Initial depressive Infarktpatienten zeigen eine 3-fach höhere Koronarsterblichkeit (2).
- Depression und metabolisches Syndrom – Diabetes Typ II: 20 Prozent der Diabetiker leiden unter oft nicht erkannten Depressionen mit zusätzlichen Risiken für Stoffwechselsituationen, zum Beispiel wegen des Einflusses der Depression auf den Lebensstil; Patienten mit endogenen Depressionen haben umgekehrt ein höheres Diabetesrisiko. Auf die Beziehung von Depression und Parkinsonsyndrom wurde schon verwiesen.

Viele chronische Erkrankungen haben ein höheres Depressionsrisiko, etwa Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, onkologische Erkrankungen; besonders zu erwähnen ist die Poststroke-Depression, von der bis zu 50 Prozent der Schlaganfallpatienten – zum Teil dauerhaft – betroffen sind (3).

Eine Fülle von Kombinationen mit Depressionen – bei denen oft wechselseitige Beeinflussungen vorliegen – bestehen zu funktionellen Störungen, zum Beispiel psychosomatische Schmerzsyndrome und sexuelle Funktionsstörungen.

In der Gynäkologie sind bestimmte weibliche Lebenssituationen, wie Schwangerschaft und Geburt depressionsgefährdet – wobei zum Beispiel sogenannte baby-blues („Heultage“ nach der Geburt) sehr oft auftreten, die selten in schwere Wochenbettdepressionen übergehen können. Auch hier ist von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Möglicherweise spielen dabei auch endokrinologische Faktoren eine Rolle.

Überweisungs- oder Einweisungsentscheidungen

Für den Hausarzt ist es wichtig, zu entscheiden, ob er den Patienten selbst behandeln kann oder ob Überweisungen zu spezialisierter Therapie beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beim Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik (bei erkennbar zugrunde liegenden neurotischen Konstellationen und leichterem Schweregrad der Verstimmung) oder ob gar eine sofortige stationäre Einweisung angezeigt ist. Indikationen für die Überweisung zum Psychiater können sein: Unklarheiten in der Diagnose, mittelschwere bis schwere Symptomatik, psychotische Symptome (zum Beispiel Wahn), schwere psychosoziale Probleme, fehlende häusliche Betreuung, suizidale Gefährdung, psychiatrische Komorbidität (zum Beispiel Substanzmissbrauch), Therapieresis-

tenz. Eine direkte stationäre Einweisung sollte unbedingt ins Auge gefasst werden bei Suizidalität, eventuell bekannten früheren Suizidversuchen, schweren psychotischen oder stuporösen Bildern, gegebenenfalls auch, wenn der Wunsch des Patienten, von krankheitsbezogenen Motiven getragen, in diese Richtung geht und keine häusliche Betreuung möglich ist. Erforderlichenfalls müssen Sozialpsychiatrische Dienste eingeschaltet werden.

Dem Hausarzt kommt bei der Erkennung und Behandlung von Depressionen eine besonders große Rolle zu, wobei er auch als Therapiekoordinator zu fungieren hat. Abschließend sei eine Fallvignette zur Illustration aufgeführt.

Kasuistik (4)

Beispiel einer endogenen Depression; nach der ICD-10 würde man das Bild mit F 31.4 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, verschlüsseln.

Patientin U. (44 Jahre) erkrankte erstmals an einer Verstimmung. Ohne erkennbaren äußeren Anlass war es jetzt innerhalb weniger Tage zu einem für sie bis dahin völlig unbekanntem Zustand der Traurigkeit, des fortlaufenden Grübelns über sich, über Fehler, die sie in der Erziehung ihrer Kinder gemacht zu haben glaubte und völliger Energielosigkeit gekommen. Zu allen Handlungen, zum Beispiel den Erledigungen ihres Haushaltes, musste sie sich übermächtig zwingen, was im völligen Gegensatz zu ihren sonstigen Haushaltsabläufen stand. Sie galt und sah sich selbst als eine sehr perfekte, übergenaue, Pflichten sehr ernst nehmende Frau an. Die totale Lähmung ihrer Aktivität sowie die Ängstigungen, was denn die Zukunft bringen könnte, die wie ein Berg vor ihr lag, waren morgens besonders ausgeprägt und ließen zum Abend hin spürbar nach. Der Schlaf war schwer gestört, Appetit und Stuhlgang funktionierten nicht mehr richtig.

Der aufnehmende Arzt in der Klinik konstatierte einen schweren depressiven Affekt, völlige Hoffnungslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken, eine verzweifelte Zukunftsangst und eine deutliche motorische und psychomotorische Erstarrung. Die körperliche Diagnostik erbrachte keinen pathologischen Befund. Familienanamnestisch wurde berichtet, dass sich ein Geschwister der Patientin suizidiert hatte.

Der Ehemann berichtete, seine Frau, mit der er ein Leben in Harmonie und Ausgeglichenheit bisher geführt hatte, habe zwei Jahre zuvor schon einmal kurz über wenige Wochen einen Zustand ungewohnter Abgeschlagenheit und Gedrücktheit geboten, der von einigen Tagen einer seltsamen, durchaus sympathischen Euphorie und Aufgekrattheit gefolgt war. Man habe sich darüber aber kaum Gedanken gemacht.

Literatur beim Verfasser
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Leipzig