



Mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 20 Prozent zählen Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Unbehandelt dauert eine Depression sechs bis acht Monate, bei einer entsprechenden Therapie 16 Wochen. Mit der Erhaltungstherapie ist es möglich, das Rückfallrisiko um bis zu 70 Prozent zu verringern.

Depression

Depressionen zählen mit einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 20 Prozent zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern. Dennoch werden ungefähr 45 Prozent der depressiven Erkrankungen nicht erkannt oder fehldiagnostiziert und in der Folge nicht adäquat behandelt. Aktuell erhalten lediglich 20 Prozent aller Menschen, die stationär an einer nicht-psychiatrischen Abteilung behandelt werden und eine psychische Erkrankung haben, eine psychiatrische Entlassungsdiagnose. Die Gründe dafür liegen sowohl in der vielfältigen Symptomatik, den atypischen Manifestationsformen und auch am gesellschaftlichen Stigma. Etwa 6,5 Prozent der Österreicher leiden im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Erkrankung; Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen. Die höchste Prävalenz in Österreich liegt bei Personen zwischen 45 und 59 Jahren. Allerdings erkranken auch rund 2,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von zehn bis 18 Jahren an einer depressiven Störung. Bei fast jedem Fünften verläuft eine Depression Schätzungen zufolge chronisch.

Depressionen haben Auswirkungen auf diverse somatische Erkrankungen wie Insult oder Myokardinfarkt. Menschen, die an einer Depression leiden, weisen ein signifikant erhöhtes Risiko für ein vaskuläres/kardiovaskuläres Ereignis und eine erhöhte Mortalität auf als nicht depressive Patienten mit einer ähnlichen körperlichen Symptomatik. Auch der Krankheitsverlauf von Karzinomen und Diabetes mellitus wird durch eine Depression negativ beeinflusst. Bipolare Störungen, die bei ungefähr einem Fünftel der Patienten mit depressiven Episoden auftreten, werden als eigenständige Erkrankung von der unipolaren Depression abgegrenzt.

Risikofaktoren

Depressive Störungen treten familiär gehäuft auf. Angehörige ersten Grades haben ein 50-prozentig höheres Risiko als die Allgemeinbevölkerung, an einer unipolaren Depression zu erkranken. Ein genetischer Marker auf DNA-Ebene wurde bislang noch nicht identifiziert; es wird allerdings angenommen, dass affektive Störungen durch Alterationen auf verschiedenen Genen verursacht werden und sich diese in Familien und bereits Erkrankten unterschiedlichen kombinieren. Außerdem scheinen Stressreaktionen und Stressbewältigung einen Einfluss auf Neuro-

transmittersysteme zu haben. Eine entscheidende Rolle dabei spielt, ob die Stressoren kontrollierbar sind. Unkontrollierbare Stressquellen überfordern bei anhaltender Stressexposition die zentralnervösen Möglichkeiten der Stressadaption schneller als kontrollierbare. Die Folge ist depressionsäquivalentes Verhalten.

Bei Patienten mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren ist eine depressive Störung wahrscheinlich:

- frühere depressive Episoden;
- bipolare oder depressive Störung in der Familiengeschichte;
- Suizidversuche in der eigenen Vor- oder Familiengeschichte;
- komorbide somatische Erkrankungen;
- komorbider Substanzmissbrauch oder komorbide Substanzabhängigkeit;
- aktuell belastende Lebensereignisse;
- Mangel an sozialer Unterstützung.

Symptome und Diagnose

Selten schildern Patienten typische Symptome einer Depression, sondern sie berichten vielmehr unterschiedliche somatische Beschwerden und allgemeines Unwohlsein. Umso wichtiger ist daher das frühzeitige Erkennen – besonders wenn Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit oder Schmerzen genannt werden.

Folgende Beschwerden können auf eine Depression hinweisen:

- allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit;
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen);
- Appetitlosigkeit, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhoe;
- diffuse Kopfschmerzen;
- Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl;
- funktionelle Störungen des Herz-/Kreislaufsystems (Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen), der Atmung (Dyspnoe) sowie des Gastrointestinaltrakts;
- Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen;
- Muskelverspannungen, diffuse (neuralgiforme) Schmerzen;
- Libidoverlust, Sistieren der Menstruation, Impotenz;
- Gedächtnisstörung.

»

» Laut ICD-10 gehen depressive Episoden mit folgenden Hauptsymptomen einher:

- depressive, gedrückte Stimmung;
- Interessensverlust und Freudlosigkeit;
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit.

Zusätzlich können folgende Symptome auftreten:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit;
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen;
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit;
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven;
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen;
- Schlafstörungen;
- Appetitlosigkeit.

Diagnose: ICD-10-Kriterien

Die Diagnose und der Schweregrad einer Depression werden anhand der ICD-10-Kriterien gestellt und bestimmt. Demnach müssen mindestens zwei Hauptsymptome zumindest zwei Wochen anhalten. Der Schweregrad hängt von der Zahl der zusätzlichen Symptome ab: Eine leichte Episode liegt vor bei zwei zusätzlichen Symptomen; eine mittelschwere bei drei bis vier und eine schwere Episode bei vier Symptomen. Treten bei einer schweren Episode zusätzlich Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor auf, kann die Klassifikation den Zusatz „mit psychotischen Symptomen“ erhalten. Eine rezidivierende Episode jeglichen Schweregrades liegt vor, wenn der aktuellen Episode zumindest eine vorangegangen ist. Auf syndromaler Ebene ist für eine unipolare Depression im Gegensatz zu bipolaren Störung kennzeichnend, dass Phasen der Manie, Hypomanie, Zylothymie beziehungsweise gemischt manisch-depressiven Phasen fehlen.

Somatisches Syndrom und Suizidalität

Gemäß ICD-10 kann bei leichten und mittelgradigen Episoden außerdem eruiert werden, ob ein somatisches Syndrom vorliegt. Typische Aspekte dabei sind:

- Interessensverlust oder Verlust der Freude an angenehmen Aktivitäten;
- mangelnde Fähigkeit, auf freundliche Umgebung oder freundliche Ereignisse emotional zu reagieren;
- frühmorgendliches Erwachen (zwei oder mehr Stunden vor der üblichen Zeit);
- morgendliches Pessimismus;
- objektiver Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit;
- deutlicher Appetitverlust;
- Gewichtsverlust (mehr als fünf Prozent des Körpergewichts in einem Monat);
- deutlicher Libidoverlust.

Die Subklassifizierung „mit somatischem Syndrom“ unterstützt die klinische Diagnose und lässt eine differentielle Therapie zu, da Patienten mit einem somatischen Syndrom stärker zu psychotischen Symptomen neigen und eher Suizidgefährdet sind. Das Suizidrisiko ist bei Patienten mit einer Depression ungefähr 30 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Zwischen 60 und 70 Prozent der depressiv Erkrankten haben während einer akuten Episode Suizidgedanken. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen führen depressive Störungen zu Suizidgedanken, suizidalem Verhalten, Suizidversuchen und Suiziden. Der erste Peak liegt zwischen dem zwölften und 17. Lebensjahr. Auch Männer über 70 Jahren weisen eine erhöhte Suizidalität auf. Umso wichtiger ist es, im Zuge der Erstdiagnostik Patienten aktiv und empathisch zur Suizidalität zu explorieren beziehungsweise im weiteren Therapieverlauf die Suizidalität gegebenenfalls neu zu bewerten. Dabei muss der aktuelle Handlungsdruck

Tab. 1: Kindliche Depression: Symptome

Altersstufe	Psychopathologisch	Somatisch
Kleinkind	Schreien, Unruhe, Apathie, Weinattacken, Anhänglichkeit, Selbststimulierendes Verhalten etc.	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund von gestörten Selbstberuhigungsstrategien, Essstörungen, Infektanfälligkeit
Vorschulkind	Weinen, Reizbarkeit, Aggression, Freudlosigkeit, geringe Frustrationstoleranz, Autostimulation, soziale/kognitive Entwicklungsverzögerung uvm.	Sekundäre Enuresis/Enkopresis, regressiver Sprachgebrauch, motorische Entwicklungsrückstände Schlaf- und Essstörungen.
Schulkind	Weinen, Trotz, auto-aggressives Verhalten, Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Sorgen; ggf. erste lebensmüde Gedanken uvm.	Schlaf- und Essstörungen, somatische Beschwerden, regressives Verhalten
Jugendliche	Teilnahmslosigkeit, Verzweiflung, Wut, Rückzug, kognitive Einschränkungen, Apathie, Ekel, Unsicherheit, Suizidalität uvm.	Schlaf- und Essstörungen, psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

(Lebensüberdross, Todesgedanken, Suizidabsichten) eruiert werden. Von einer derartigen Befragung geht keine Gefahr aus, dass Patienten dadurch in ihrem Vorhaben bestärkt werden. Im Gegenteil: Die meisten Betroffenen empfinden es als Erleichterung, über das Thema sprechen zu können. Folgende Risikomerkmale helfen bei der Abschätzung des Suizidrisikos:

- Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?
- Häufiger?
- Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?
- Konnten Sie diese Gedanken beiseiteschieben?
- Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun würden?
- Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
- Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?
- Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen?
- Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?
- Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?

Kinder und Jugendliche

Je jünger die Patienten sind, desto unspezifischer und heterogener sind die Symptome. So sind bei Kleinkindern somatische Symptome im Sinn einer larvierten Depression nachweisbar; im weiteren Verlauf kann es zu passivem und desinteressiertem Verhalten kommen. Im Jugendalter nähern sich die Symptome allmählich jenen von Erwachsenen an und zeigen sich als Leistungsabfall, Antriebslosigkeit oder sozialer Rückzug (siehe Tabelle 1). Treten depressive Störungen in der Adoleszenz auf, geht ein erhöhtes Risiko für langfristige Verläufe und psychosozialen Einbußen damit einher. Ebenso negativ beeinflussen Komorbiditäten wie Suchterkrankungen oder suizidale Verhaltensstörung die psychosoziale Entwicklung. Die frühe Intervention reduziert Entwicklungsstörungen.

Verlaufsformen

Depressionen weisen einen episodischen Verlauf mit zeitlich begrenzten Krankheitsphasen, die auch ohne Intervention abklingen, auf. Je nach interindividueller Variabilität lassen sich dabei folgende vier Verlaufsformen ausmachen:

- vollständige Remission mit anschließender Symptomfreiheit;
- unvollständige Remission mit Residualsymptomatik und erhöhtem Risiko für eine erneute Episode;
- Dysthymie mit subsyndromalen depressiven Symptomatik über mindestens zwei Jahre;
- doppelte Depression, die sich aus einer Dysthymie ergibt.

»

- » Die Episoden können leicht, mittelschwer oder schwer verlaufen. Als wesentlicher Prädiktor für den Krankheitsverlauf gilt die Anzahl der vorangegangenen depressiven Episoden. Nach der ersten depressiven Episode liegt das Rückfallrisiko innerhalb eines Jahres bei 50 Prozent; nach jeder weiteren steigt sie um zehn Prozent. Die durchschnittliche Verlaufsauer beträgt unbehandelt sechs bis acht Monate; wird eine mittel- bis schwergradige unipolare Depression behandelt, 16 Wochen.

Therapie

Bei der Behandlung unterscheidet man drei Phasen: a) Akutphase, b) Erhaltungstherapie und c) Langzeit- und Rezidiv-Prophylaxe, die folgende Behandlungsziele verfolgen:

- vermindern der Symptome der depressiven Störung und letztlich vollständige Remission;
- verringern der Mortalität - besonders durch Suizid;
- Wiederherstellung der beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit und Teilhabe;
- Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts;
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines direkten Rückfalls oder einer späteren neuerlichen Erkrankung.

Die Therapie der unipolaren Depression erfolgt individuell nach dem Schweregrad der aktuellen Episode, der klinischen Symptomatik und dem bisherigen Erkrankungsverlauf. Liegen zusätzliche Risikofaktoren wie Suizidalität oder Therapieresistenz vor, ist eine stationäre Therapie zu bevorzugen. Therapieoption der ersten Wahl sind Antidepressiva. Bei bis zu 30 Prozent der Patienten mit einer schweren Depression ist eine Therapie mit Antidepressiva erfolgreich. Die medikamentöse Behandlung muss von Beginn an mit einem Gesprächsangebot flankiert werden. Bei einer leichten Form der Depression stellt die aktiv-abwartende Begleitung eine Alternative zur medikamentösen Therapie dar; die Symptome sollten innerhalb von 14 Tagen erneut überprüft werden.

Im Rahmen der vier- bis achtwöchigen Akutbehandlung einer unipolaren Depression werden Arzneimittel aus acht Substanzklassen (siehe Tabelle 2) eingesetzt. Dabei orientiert sich die Wahl des geeigneten Antidepressivums an der klinischen Symptomatik, den Komorbiditäten und dem Nebenwirkungsprofil. Substanzen wie SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer), SNRI (Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer), NaSSA (Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva), NDRI (Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer), SARI (Serotonin-Antagonist- und Wiederaufnahmehemmer) sowie Agomelatin und Vortioxetin verfügen über ein günstiges Nebenwirkungsprofil. Trizyklische Antidepressiva (TZA) weisen mehr unerwünschte Nebenwirkungen wie etwa Mundtrockenheit und Obstipation auf und sind Mittel der zweiten Wahl.

Tab. 2: Antidepressiva

- Tri-/tetrazyklische Antidepressiva und nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)
- Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)
- Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI)
- Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)
- Alpha2-Rezeptor-Antagonisten
- Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion)
- Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT1/MT2)
- Serotonin 5-HT2C-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin)

Bei der Erhaltungstherapie kommt das Antidepressivum der Akuttherapie in unveränderter Dosierung für einen Zeitraum von vier bis neun Monaten zum Einsatz. Bei älteren Patienten kann ein längerer Zeitraum angedacht werden. Mit der Erhaltungstherapie ist es möglich, das Rückfallrisiko um bis zu 70 Prozent zu reduzieren. Vor allem bei Patienten mit einer hohen Rezidivneigung ist eine langfristige Rezidivprophylaxe angezeigt. Die Rezidivneigung lässt sich aus der Zahl und dem zeitlichen Abstand der depressiven Phasen des Patienten ermitteln. Je mehr Phasen es gab und je kürzer die Abstände dazwischen waren, umso höher ist das Rezidiv-Risiko. Ziel der Therapie ist es, Rezidive und eine Zuspitzung der Symptomatik in Richtung Suizidalität zu verhindern. Bei unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit kann die Umstellung auf Lithium erfolgen. Bei akuter suizidaler Gefährdung ist – off-label – die intravenöse Gabe von Ketamin in subanästhetischer Dosierung (0,5 mg pro Kilogramm Körpergewicht) möglich.

Zusätzlich zur Pharmakotherapie werden (Trazodon), Lithiumsalze und Phytopharmaka (Johanniskraut) bei der Behandlung eingesetzt; in speziellen Situationen auch Benzodiazepine und Antipsychotika. Je nach Indikation können ergänzend nicht-pharmakologische Behandlungsstrategien wie Psychotherapie, Lichttherapie (bei der Herbst/Winter-Depression), Schlafentzug, Elektrokonvulsionstherapie (bei Therapieresistenz und schweren Verläufen), transkranielle Magnetstimulation (TMS) oder Vagusnerv-Stimulation (bei Therapieresistenz) zum Einsatz kommen. ☉

Quellen:

- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, Version 5, 2015 www.depression.versorgungsleitlinien.de
- Gotberg, C. et al.: Depressionsbehandlung aus hausärztlicher Sicht. ZFA, 1/2020
- Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Griebler, Robert (Hg.): Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, 2019