

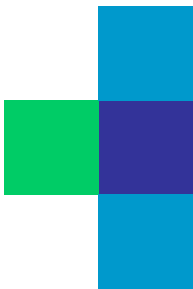
# Depression hat viele Gesichter

## Varianten und Verlaufsformen der Depression

Jan Limmer

05.12.2018

**Universitätsklinikum  
Erlangen**



# Die vielen Gesichter der Depression

Im Grundstudium Psychologie lernte ich im 1. Semester eine scheinbar banale Regel kennen. Sie lautet: „Jeder Mensch ist wie jeder andere. Jeder Mensch ist wie manch anderer. Jeder Mensch ist wie kein anderer.“ Dies trifft sicher auch auf die Depression zu. Es gibt gewisse Gemeinsamkeiten bei allen Betroffenen, es gibt verschiedene Unterformen der Depression, die nur ein Teil der anderen Betroffenen mit mir teilt und es gibt immer auch das individuelle Schicksal, dass sich bei genauerer Betrachtung doch von dem jeden anderen Menschens unterscheidet. Auf den Bildern sehen sie berühmte Philosophen, Künstler, Schriftsteller, Schauspieler, Musiker, Staatschefs und Milliardäre, welche alle eine gemeinsame Krankheit eint und die doch nicht unterschiedlicher hätten sein können. Ich möchte sie in den folgenden Minuten mit einigen der bekannteren Varianten der Depression vertraut machen. Doch bevor wir uns damit beschäftigen, wie unterschiedlich Depressionen verlaufen können, sollten wir uns zunächst die Frage stellen, ob es denn wirklich Gemeinsamkeiten zwischen allen Depressiven gibt?



# Depression – was ist das?

- Länger anhaltende Veränderung der Stimmung oder Affektivität hin zur Depression (z.B. tiefe Traurigkeit, Dysphorie, Gefühl der Gefühllosigkeit), oft von Angst begleitet
- meist auch Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus
- die meisten weiteren Symptome lassen sich aus der Veränderung von Stimmung und Antrieb heraus erklären
- Beginn der Episoden oft im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen oder Situationen
- im ICD-10 in Kapitel 3 mit den Manien und Bipolaren Störungen als „Affektive Störungen“, es gibt aber auch depressive Symptomatiken in anderen Kapiteln



# Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 20-35%
- Punktprävalenz 5,2% (D)
- ca. 4,1 Mio. Deutsche leiden aktuell an einer Depression
- Geschlechterverhältnis 2:1, aber vermutlich andere Verlaufsformen bei Männern



# Verlauf von Depressionen

- können plötzlich beginnen oder sich langsam über Wochen und Monate entwickeln
- Prävalenz nimmt mit Alter zu, wobei Frauen im Alter 18-34 J. einen hohen Anteil (ca. 15%) aufweisen
- Ersterkrankungen treten immer früher auf
- können unterschiedlich schwer sein und bis zu psychotischen Symptomen und Stupor führen
- sie können einmalig, wiederkehrend oder chronisch verlaufen
- sie können mit anderen Beschwerden einhergehen (z.B. körperliche Symptome, Ängste, Wahn)
- sie können vielfältige Ursachen haben



# Klassifikation Depression

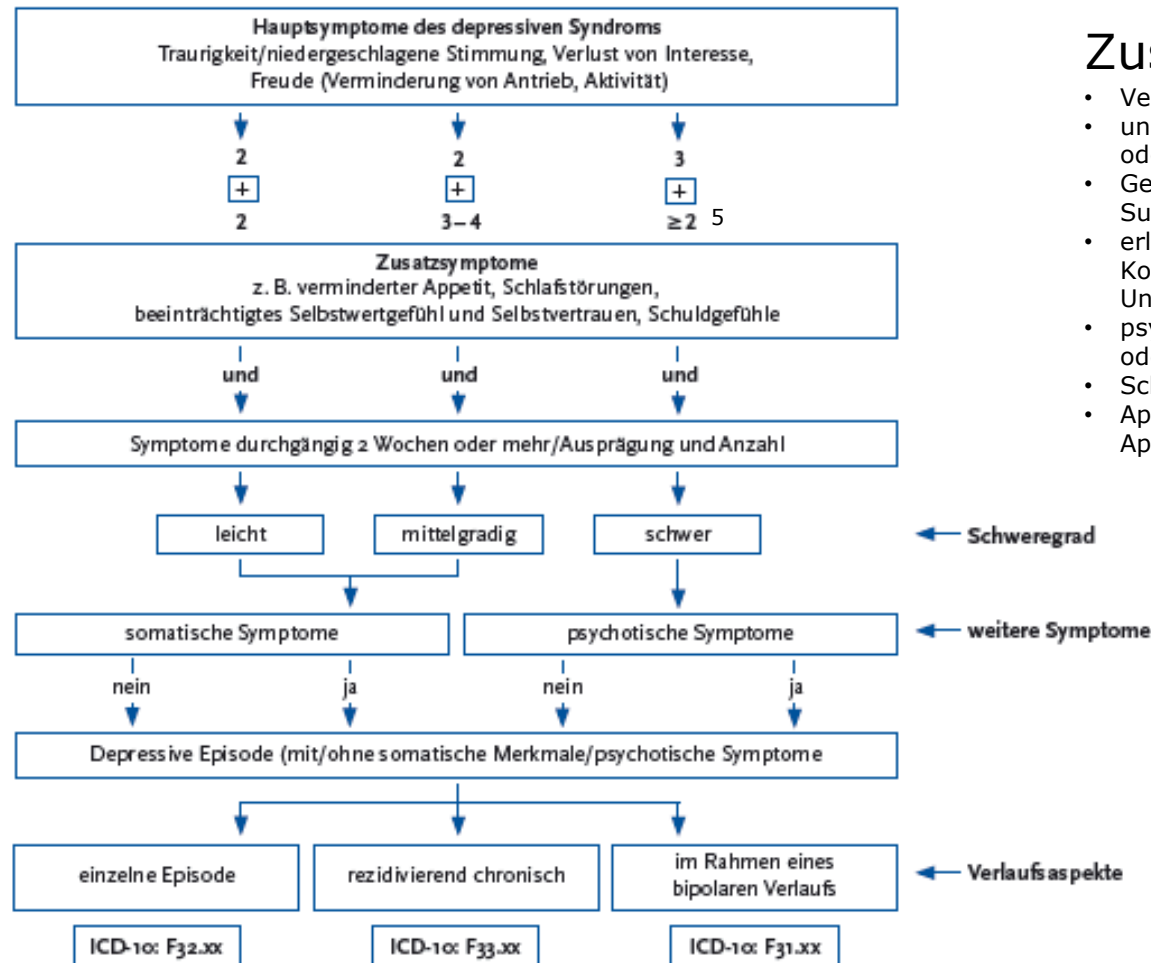
## Häufig verwendete, z.T. veraltete Begriffe:

- Somatogene Depression vs. Psychogene Depression (neurotische Depression, reaktive Depression, Erschöpfungsdepression)
- Exogene vs. Endogene Depression
- anaklitische Depression (Babys und Kinder nach Verlassenwerden)
- Somatisierte, maskierte oder larvierte Depression („Präsentiersymptome“)
- Agitierte Depression
- Spät-/Involutionsdepression (>45 J., lange Prodromalphase)
- Altersdepression (>60 J.)
- Depression in verschiedenen Lebensphasen (Wochenbett, Saisonal, Pubertät, Wechseljahre)
- atypische Depression

## Aktuelle Diagnostische Einordnung im ICD-10:

- Leichte & mittelgradige depressive Episode mit/ohne somatisches Syndrom (F32.0(1) und F32.1(1))
- Schwere depressive Episode mit/ohne psychotische Symptome (F32.2 und F32.3)
- Anpassungsstörung mit kürzerer/längerer depressiver Reaktion (F43.20 und F43.21)
- Organische Depression (F06.3)
- Chronische Verlaufsformen: Dysthymie (F34.1) und rezidivierende dep. Störung (F33.x), Rezidivierende kurze depressive Störung (F38.10), Saisonale Affektive Störung (F38.11)
- Bipolare Störungen (F31.x) und Zykllothymia (F34.0), (Rezidivierende) gemischte affektive Episoden (F38.00 und F38.12)
- Ermüdungssyndrom/Neurasthenie (F48.0)
- Burnout (Z73.0)
- Chronic Fatigue Syndrom (G93.3)

# ICD-10-Diagnose der Depression



## Zusatzsymptome

- Verlust des Selbstvertrauens
- unangemessene Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe
- Gedanken an den Tod oder Suizidalität
- erlebtes reduziertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit
- psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Schlafstörungen
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit

# Melancholische Depression (Endogene Depression)

- gilt als am ehesten genetisch determiniert und spricht oft gut auf medikamentöse Behandlung an
- wird im ICD-10 als „somatoformes Syndrom“ ergänzend zu den Depressionsdiagnosen gestellt (z.B. F32.11 mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom)
- umfasst mdst. 4 der folgenden Symptome
  - deutlicher Interessen- oder Freudverlust
  - mangelnde Fähigkeit, emotional auf Positives zu reagieren
  - Morgendliches Früherwachen (>2h)
  - Morgentief
  - objektiv psychomotorische Hemmung (o. Agitiertheit)
  - deutlicher Appetitverlust
  - Gewichtsverlust
  - deutlicher Libidoverlust





# Schwere DE mit psychotischen Symptomen (F32.3)

- schwere depressive Episode mit
  - Halluzinationen
  - oder Wahnideen/Wahnwahrnehmungen
  - oder Störungen des Ich-Erlebens
  - oder psychomotorischer Hemmung
  - oder Stupor
- Unmöglichkeit alltäglicher sozialer Aktivitäten
- ggf. Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- i.Ggs. zur Schizophrenie sind die Wahninhalte oft synthym und nicht bizarr (z.B. Schuldwahn, Verarmungswahn, Nihilistischer Wahn, Hypochondrischer Wahn)
- ca. 20% der schwer depressiv Erkrankten



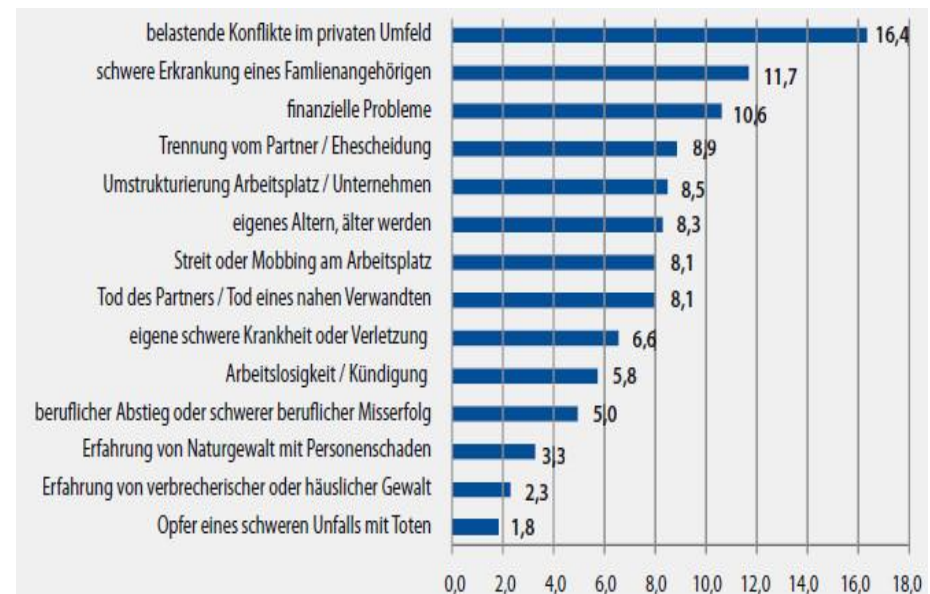
# Organische Depression (F06.3)

- Durch körperliche Erkrankungen hervorgerufene depressive Syndrome
  - Schilddrüsenfunktionsstörungen
  - Hypophysen- oder Nebennierenerkrankungen
  - Schlaganfall
  - Frontalhirnsyndrom
  - Multiple Sklerose
- für Diagnose und Behandlung ist die zugrundeliegende Erkrankung unbedingt zu berücksichtigen



# Anpassungsstörungen (F43.2, „reaktive Depression“)

- Psychische Reaktion auf einmalige oder fortbestehende identifizierbare psychosoziale Belastungsfaktoren (oft „kritische Lebensereignisse“)
- Symptome erfüllen nicht den Schweregrad einer depressiven Episode
- unterschieden werden Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion < 1 Monat (F43.20), längerer depressiver Reaktion < 2 Jahre (F43.21) und Angst und Depression gemischt (F43.23)
- Prävalenz bei ca. 0,9% in Allgemeinbevölkerung, bei Kindern, Jugendlichen und Älteren höher (2-8%)



# Atypische Depression

- **Affektive Schwingungsfähigkeit**
- deutliche Gewichtszunahme
- erhöhtes Schlafbedürfnis
- „Schweregefühl“ in Armen und Beinen
- erhöhte Kränkbarkeit
  
- höherer Frauenanteil
  
- oft verbunden mit Angst, Schuldgefühlen, reduzierter Libido, Depersonalisation, Misstrauen und körperlichen Beschwerden
  
- ICD-10: F32.8 (sonstige depressive Episoden)



# Agitierte Depression

- **nichtreduzierter Antrieb (!)**
- Gefühle von Rastlosigkeit und Getriebenheit
- Angstzustände
- Schlaflosigkeit
- Bewegungsdrang, Aktionismus
- erhöhter Redebedarf (cave: Klagsamkeit)
  
- lt. einiger Quellen Vorstufen oft nicht erkannt, nach außen normales Funktionsniveau
  
- erhöhte Suizidgefahr
  
- ICD-10: F32.2 (schwere depressive Episode)
- ggf. auch Anzeichen einer gemischten Episode im Rahmen einer bipolaren Störung (F31.6) oder bei gemischten affektiven Störungen (F38.00 und F38.12)



# Depression im Alter (>60 Jahre)

- Jede Form „normaler Depression“ auch im Alter möglich
- oft stehen körperliche Beschwerden, Wahngedanken, bizarres Verhalten und dementielle Syndrome mehr im Vordergrund
- neben Genetik Einflüsse der Multimorbidität im Alter, Rollenkonflikte, Verluste
- Kognitive Beschwerden durch Depression vs. kognitive Beeinträchtigung durch Demenz oft schwer unterscheidbar („Pseudo-Demenz“)



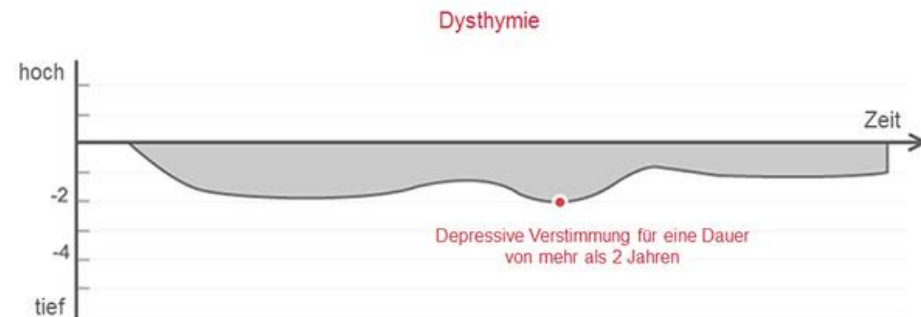
# Depression im Kindes- und Jugendalter

- oft kombiniert mit anderen psychischen Störungen wie ADHS, Angststörungen und somatoformen Störungen
- wird häufig übersehen, da andere Symptome im Vordergrund stehen und die „typ.“ Symptome des Erwachsenenalters (noch) fehlen (z.B. Traurigkeit)
- z.T. überlagert durch normale Entwicklungsphasen (z.B. Pubertät)
- Epidemiologie: ca. 1% Vorschule, ca. 2% Grundschule, 3-10%(!) der 12-17jährigen



# Dysthymie (F34.1, Dysthymia, neurotische Depression, chronische Depression, depressive Persönlichkeit)

- langanhaltende depressive Verstimmung (> 2 Jahre)
- gleiche Muster im Denken und Fühlen wie bei Depression, aber weniger ausgeprägt
- wird von den Betroffenen oft als Teil ihrer Persönlichkeit begriffen
- wenig Energie & Antrieb, geringes SW-Gefühl, Anhedonie, Schwermut
- es kann zusätzlich eine depressive Episode entstehen („Double Depression“)
- global ca. 1,5% Prävalenz
- kürzer als 2 Jahre bestehende milde depressive Zustände werden auch als Minor Depression bezeichnet





# Herbst-Winter-Depression (Seasonal Affective Disorder (SAD))

- Symptome ähneln der atypischen Depression (verlängerte Schlafdauer, Kohlehydrat-Heisshunger, Gewichtszunahme)
- tritt wiederkehrend (meist) in den **lichtarmen Monaten** auf, zwischendurch Remission
- ICD-10: F33.0 oder F33.1 (leichte oder mittelgradig depressive Episoden im Rahmen einer rezidivierenden Depression) oder F38.11 als saisonal affektive Störung
- USA: 25% Bipolar-I und -II
- Lichttherapie möglich



# Rezidivierende kurze depressive Störung (RKD, ICD-10: F38.10)

- Meist wenige Tage anhaltende depressive Episoden, die vollständig remittieren und sich etwa monatlich wiederholen
- Unabhängigkeit vom Menstruationszyklus und Beobachtungsdauer von 1 Jahr wird lt. ICD-10 vorausgesetzt
- Suizidrisiko ähnlich der „normalen“ Depression
- Kombinierte Depression = RKD + DE
- Punktprävalenz 2-3% Männer  
2-10% Frauen
- Wird zu den unterschwelligen psychiatrischen Störungen (UPS) gezählt und meist übersehen
- zur Behandlung liegen bisher nur wenige Daten vor



# Maskierte Depression (larvierte Depression, somatisierte Depression)

- **Somatische Beschwerden** oder Verhaltensstörungen dominieren das klinische Bild und „verbergen“ die darunterliegende affektive Störung
- Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen,...
- Spielsucht, Arbeitssucht, Drogen,...
- Veränderungen der Libido (verringert oder erhöht)
- oft bei Männern, keine Einsicht in die psychologische Komponente
- oft in den 1970er und 1980er Jahren, heute kaum noch verwendet (Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Störungen der Impulskontrolle)



# Male Depression (Männliche Depression)

- Statistisch sind Männer bei Depressionen unterrepräsentiert, was zu tun haben kann mit
  - geringerem Hilfesuchverhalten
  - Schwierigkeit, über „weiche“ Gefühle sprechen zu können
  - Neigung, auf somatische Beschwerden zu fokussieren
  - Andere Symptome als bei Frauen: Aggression, Ärger, Reizbarkeit, Substanzmissbrauch, antisoziales oder riskantes Verhalten
  - große Dunkelziffer, kaum geeignete Diagnose-Instrumente



# Postpartale Depression

- Auftreten in den ersten beiden Jahren nach der Entbindung, oft schleicher Beginn
- ähneln im Verlauf der unipolaren Depression mit ausgeprägter Angst und Sorge um das Kind und Zweifel an den elterlichen Fähigkeiten, häufig mit Zwangsgedanken
- ca. 6% der gebärenden Frauen, auch Männer können betroffen sein
- zu unterscheiden vom milderen postpartalen Stimmungstief, das bei 20-80% der Frauen in den ersten Tagen bis Wochen nach der Entbindung auftritt und wohl aus der Hormonumstellung resultiert („Babyblues“)



# Burnout (Erschöpfungsdepression, Neurasthenie)

- ähnliche Symptombilder wie das Burnout gab es früher auch schon unter anderen Begriffen
- Burnout, wenn eine relativ eindeutige Ursache in der Arbeit oder der Pflege/Versorgung eines Angehörigen liegt
- Leitsymptome sind emotionale Erschöpfung, Depersonalisation (Zynismus, Distanz) und Nachlassen der Arbeitsleistung
- Kann sich im Sinn eines Teufelskreises bis hin zu schwereren Formen von Depression und anderen psychischen und organischen Erkrankungen entwickeln oder umgekehrt Folge von Grunderkrankungen sein
- unter dem Begriff nicht als eigenständige Krankheit anerkannt (Z73.0)



# Ursache von Depression

- genetische Ursachen
- Depression als Fehlanpassung bei chronischen Stresseinflüssen
- evolutionsbiolog. Theorien: Handlungshemmung
- Erlernte Hilflosigkeit
- Dysfunktionale Kognitionen
- Verstärkerverlust-Hypothese
- Gratifikationskrise etc.



# Verlauf von Depressionen

