

# Depressionen aus der Sicht der klinischen PsychologInnen

Mag. <sup>a</sup> Marion Kronberger

Depressionen haben Ursachen in und **schwerwiegende negative Auswirkungen auf körperliche, psychische und soziale Faktoren** (biopsychosoziales Modell), treten sie in Komorbidität bei chronischen Erkrankungen auf, so beeinflussen sie den Verlauf negativ. Prävention, Diagnose und Behandlung von Depressionen sind wichtige Aufgaben der klinischen Psychologie. Um Compliance, Selbstbehandlung und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, ist die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** bei chronischen Erkrankungen im Hinblick auf Prävention, rechtzeitige Erkennung und Behandlung von Depressionen maßgebend für den Therapieerfolg.

## Prävalenz, Geschlechtsunterschiede und soziodemographische Faktoren

Laut des Depressionsberichtes (2019) zeigt sich bei einem Forschungsbericht von Wancata (2017, unveröffentlicht) zur „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“ eine **Ein-Monats-Prävalenz** der Depression entsprechend ICD-10 Kriterien **von 6,5 %** und eine **Ein-Jahres-Prävalenz von 9,8 %**. Bei der Ein-Jahres-Prävalenz finden sich zwischen Frauen (11,5 %) und Männern (7,9 %) deutliche Unterschiede. Die **Lebenszeitprävalenz** liegt für **Männer bei 12 % und für Frauen bei bis zu 26 %**.<sup>1</sup> Das Risiko eines **Suizids** ist im Falle einer Depression um das 20-fache erhöht und mindestens 50 % aller Suizide werden in Verbindung mit einer depressiven Störung begangen. Männer sterben dreieinhalbmal häufiger an einem Suizid als Frauen.<sup>2</sup>

Griebler und Kollegen (2017)<sup>3</sup> kommen zu dem Ergebnis, dass **8 % der österreichischen Bevölkerung (rund 550.000 Personen) eine ärztlich diagnostizierte Depression** haben oder in einem Fragebogen der österreichischen Gesundheitsbefragung angeben, depressiv zu sein. Bei Frauen (9,5 %) werden ungefähr doppelt so viele Depressionen diagnostiziert wie bei Männern (5,7 %). Bei den selbsteingeschätzten Depressionen ist der Geschlechtsunterschied nicht signifikant (2,1 % vs. 1,8 %). International stellen sich die Geschlechtsunterschiede in zahlreichen Studien ähnlich dar.

**Soziodemographische Prävalenzunterschiede** zeigen, dass mittlere Altersstufen am häufigsten betroffen sind.<sup>4</sup> Höhere Raten an Depressionen werden bei **Arbeitslosigkeit**<sup>5</sup> und **geringer Schulbildung**<sup>6</sup> gefunden. Das Risiko an Depressionen zu erkranken ist bei arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen 5 Mal so hoch und bei Männern 13 Mal so hoch.<sup>7</sup>

Aufgrund der verfügbaren Datenlage spricht einiges dafür, dass die **Häufigkeit von Depressionen in den letzten Jahrzehnten unverändert** geblieben ist, jedoch die **Anzahl der Diagnosen angestiegen** ist. Die negativen Folgen im Arbeitsleben (Krankstände, Invaliditätspensionen) haben beträchtlich zugenommen und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist deutlich gestiegen.<sup>8</sup>

## Verordnungen von Antidepressiva in Österreich

Im Jahr 2015 wurden insgesamt **805.259 PatientInnen** (davon 66 % Frauen) zumindest einmal Antidepressiva verordnet, das waren knapp 10 % aller im Jahr 2015 in der Krankenversicherung anspruchsberechtigten Personen in Österreich. Bei den **ab 60-Jährigen** ist der entsprechende Anteil etwa **doppelt so hoch** als bei 20- bis 59-Jährigen. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen ist erwartungsgemäß gering (unter 1 %).<sup>9</sup>

## Komorbidität

Depressive Störungen sind im Verlauf mit signifikant erhöhten somatischen Krankheitsrisiken assoziiert. Vor allem **Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen und zerebrovaskuläre Erkrankungen** sind als schwerwiegende somatische Komorbiditäten im Verlauf von depressiven Störungen anzuführen.<sup>10</sup>

# Depressionen aus der Sicht der klinischen PsychologInnen

Mag. <sup>a</sup> Marion Kronberger

In der Allgemeinbevölkerung ist eine Ein-Monats-Prävalenz von Major Depression von ca. 3-5 % anzunehmen, in einem **ambulanten Behandlungssetting** steigt diese auf 5-10 % an und erhöht sich im **stationären Therapiesetting** auf 10-14 %.<sup>11</sup>

Mit einer Depression verbundene Verhaltensweisen wie Bewegungsarmut, ungünstige Lebensstile und Ernährungsformen, Non-Adhärenz bei Einnahme der Medikation, aber auch therapiebezogene Variablen wie Nebenwirkungen von Antidepressiva tragen zu erhöhten somatischen Komorbiditätsrisiken bei. Im individuellen Krankheitsverlauf resultiert hieraus eine **höhere psychosomatisch-somatopsychische Gesamtmorbidität** einschließlich einer **deutlich erhöhten Mortalität**.<sup>12</sup> Ein erhöhtes Suizidrisiko ist zusätzlich zu diskutieren.<sup>13</sup>

Spezielle körperliche Erkrankungssituationen mit akut auftretender Lebensbedrohung (wie z. B. Herzinfarkt, Lungenversagen, septischer Schock) können traumatisch wirken. Die dann meist unvermeidbaren **intensivmedizinischen Behandlungen** erhöhen zusätzlich das Risiko für affektive, kognitive, Angst- und posttraumatische Folgestörungen.<sup>14 15</sup>

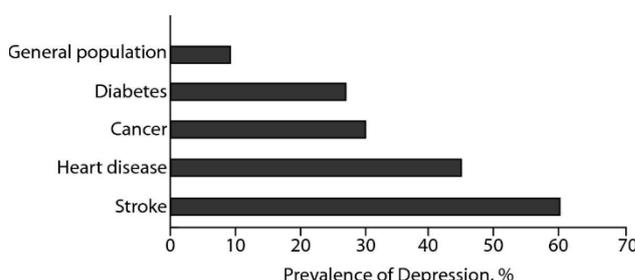
Menschen mit **Diabetes** haben ein doppelt so hohes Risiko an einer Depression zu erkranken. Das Risiko steigt mit der Entwicklung und der Anzahl der diabetischen Spätkomplikationen. Klinische und subklinische depressive Störungen haben einen negativen Einfluss auf Selbstbehandlung und Krankheitsverlauf. Personen, die unter einer Depression leiden, haben andererseits ein erhöhtes Risiko einen Diabetes Typ 2 zu entwickeln.<sup>16 17 18</sup>

Neben Stresshormonen schwächen auch Schlafmangel und Appetitverlust die **Wundheilung**, beides sind Symptome einer Depression. Da das Immunsystem geschwächt wird steigen die Infektionsrisiken. Die Kombination einer Depression mit der Diagnose einer Wundheilungsstörung hat starke negative Auswirkungen und verursacht psychosozialen Stress.<sup>19</sup>

Bei 62 Prozent der **Rheuma**-PatientInnen wird eine Depression diagnostiziert, bei rund 60 Prozent eine Angststörung.<sup>20</sup> Depressionen wirken sich negativ auf die Beschwerden bei Rheuma aus. Die Gelenksfunktion ist stärker eingeschränkt und die Anzahl der schmerzhaften Gelenke erhöht.

Rund zwei Drittel der Patienten mit der Diagnose einer „Major Depression“ berichten über **chronische Schmerzen**, bei rund 40 Prozent treten Schmerzen nach der Diagnose der depressiven Störung auf.<sup>21</sup>

Bislang konnte keine Kausalität zwischen Depressionen und **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** bewiesen werden. Depressionen führen jedoch zur Hyperregulation des autonomen Nervensystems mit erhöhter Herzfrequenzrate, überschießenden Herzfrequenzanstiegen und erniedrigter Herzfrequenzvariabilität (HRV). Erhöhte sympathikotone und reduzierte vagale Aktivität begünstigen, besonders bei PatientInnen mit KHK, maligne Arrhythmien und damit die Gefahr des plötzlichen Herztodes. Die HRV ist bei depressiven Patienten generell erniedrigt, was für eine gestörte Anpassungsfunktion des Herzens an sich ändernde Belastungsbedingungen spricht.<sup>22</sup>



Überblicksarbeit aller PubMed Artikel in englischer Sprache von 1992 bis 2012

Voinov, B., Richie W.D. & Bailey R.K. (2013)

## Literatur

- <sup>1</sup> Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T., Griebler, R. et al. (2019). Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.
- <sup>2</sup> Gender-Gesundheitsbericht (2019). Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: Wien.
- <sup>3</sup> Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., Pochobradsky, E., Schleicher, B., Schmutterer, I. (2017). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016*. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.
- <sup>4</sup> Roca M., Gili M., Ferrer V., Bernardo M., Montano JJ., Salva J., Flores J., Leal S. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34/(8)410-415.
- <sup>5</sup> Michalak E.E., Wilkinson C., Hood K., Srinivasan J., Dowrick C., Dunn G. (2002) Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. Results from the North Wales arm of the ODIN project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37/(12)567-571.
- <sup>6</sup> Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demeyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (420)21-27.
- <sup>7</sup> Statistik Austria (2014). Gesundheitsbefragung.
- <sup>8</sup> Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T., Griebler, R. et al. (2019). *Depressionsbericht Österreich*. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. BASGK, Wien.
- <sup>9</sup> ebenda
- <sup>10</sup> Kapfhammer H-P. (2017). Psychische Störungen bei somatischen Krankheiten. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie. 5. erweiterte und neu bearbeitete. Aufl., Berlin - Heidelberg - New York: Springer-Verlag.
- <sup>11</sup> Katon WJ. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 54/(3)216-226.
- <sup>12</sup> Kapfhammer H-P. (2017). Psychische Störungen bei somatischen Krankheiten. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie. 5. erweiterte und neu bearbeitete. Aufl., Berlin - Heidelberg - New York: Springer-Verlag.
- <sup>13</sup> ebenda
- <sup>14</sup> ebenda
- <sup>15</sup> Benton T, Blume J, Crits C. (2013). Depression and medical illness. In: Charney DS, Sklar P, Buxbaum JD, Nestler EJ: Neurobiology of mental illness, Oxford: *Oxford University Press* 496-507.
- <sup>16</sup> Anderson, R.J., Freedland, K.E. Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24 (6), 1069-78.
- <sup>17</sup> Hermanns, N. Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2005). Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabetic Medicine* 22 (3), 293-300.
- <sup>18</sup> Kruse, J., Schmitz, N., & Thefeld, W. (2003). On the Association between Diabetes and Mental Disorders in a Community Sample. Results from the German National Health Interview and Examination Survey. *Diabetes Care* 26 (6), 1841-1846.
- <sup>19</sup> Bosch, J.A., Engeland, C.G., Cacioppo, J.T. & Marucha, P.T. (2007). Depressive symptoms predict mucosal wound healing. *Psychosomatic Medicine* 69, 597-605.
- <sup>20</sup> Pu D. et al. (2018). Prevalence of depression and anxiety in rheumatoid arthritis patients and their associations with serum vitamin D level. *ClinRheumatol* 37: 179-184.
- <sup>21</sup> Kasper et al. (2015). Schmerz bei psychiatrischen Erkrankungen; Konsensus-Statement – State of the art; *CliniCum neuropsy* Sonderausgabe.
- <sup>22</sup> Ladwig KH, et al. (2011) Depression: Ein nach wie vor unterschätztes Risiko für die Entwicklung und Progression der koronaren Herzerkrankung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 1. Abbildung: Voinov, B., Richie W.D. & Bailey R.K. (2013). Depression and Chronic Diseases: It Is Time for a Synergistic Mental Health and Primary Care Approach. *Prim Care Companion CNS Disord* 15(2).

## WHO-5-Fragebogen zum Screening bei Depressionsverdacht

In den letzten beiden Wochen	Immer	Meistens	> Hälfte der Zeit	< Hälfte der Zeit	Ab und zu	Nie
1 Ich bin froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
2 Ich fühle mich ruhig und entspannt	5	4	3	2	1	0
3 Ich fühle mich aktiv und voller Energie	5	4	3	2	1	0
4 Beim Aufwachen fühle ich mich frisch und ausgeruht	5	4	3	2	1	0
5 Mein Alltag ist voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Bei Scores <13 ist eine weitere Depressionsdiagnostik erforderlich. WHO 1998; Heun, Burkart, Maier, Bech 1999.