Einleitung

Unipolare Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in den westeuropäischen Ländern (Wittchen et al., 2011) und stellen nach den Angststörungen die häufigste Gruppe psychischer Störungen in Deutschland dar (Wittchen & Jacobi, 2001; 2012). Eine Depression geht wie kaum eine andere psychische Störung mit starkem subjektiven Leiden und beträchtlichen Einbußen an Lebensqualität einher. Depressive Patienten sind in der Regel in ihrer gesamten Lebensführung deutlich beeinträchtigt und haben oft Schwierigkeiten, selbst alltägliche Aktivitäten aufrecht zu erhalten (Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2009).

Im Rahmen chronischer körperlicher Krankheiten treten depressive Störungen häufig komorbid auf (Härter, Baumeister, Reuter, Wunsch & Bengel, 2002; Jacobi, 2007; Wittchen, Müller & Storz, 1998). Eine solche Komorbidität führt nicht nur zu stärksten Belastungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Moussavi et al., 2007), sie geht auch mit zusätzlichen Reduktionen des allgemeinen und arbeitsbezogenen Funktionsniveaus einher (Baune, Adrian & Jacobi, 2007). Darüber hinaus ist eine komorbide Depression bei verschiedenen Krankheiten mit einer reduzierten Behandlungsadhärenz assoziiert (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Katerndahl, Calmbach & Becho, 2012) und wird daher als bedeutender negativer Prognosefaktor diskutiert (Katon, 2003; Klesse, Baumeister, Bengel & Härter, 2008). Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn die Krankheitsbehandlung ein hohes Maß an Eigenverantwortung erfordert – wie bei einem Diabetes mellitus (Gonzalez et al., 2008b).

Ein Diabetes ist insofern eine besondere chronische Krankheit, als dass die Behandlung gewöhnlich fast gänzlich autonom als Selbsttherapie durchgeführt wird. Dies erfordert die tägliche Beachtung von Verhaltensrichtlinien sowie Durchführung spezieller Aktivitäten, was von den Betroffenen häufig als bedeutende Einschränkung der freien Lebensgestaltung erlebt wird (Harris, 2003). Die Therapie beinhaltet die Einhaltung bestimmter Ernährungsschwerpunkte, in der Regel die mehrfach tägliche Durchführung von Blutzuckerselbstkontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie verschiedene Aktivitäten, welche der Erreichung einer guten Blutzuckereinstellung oder Minimierung akuter sowie langzeitlicher Gesundheitsrisiken dienen. Speziell im Rahmen einer Insulintherapie sind möglichst genaue Einschätzungen der in den Mahlzeiten enthaltenen Kohlenhydratmengen sowie darauf abgestimmte Gaben subkutan injizierten Insulins notwendige Verhaltensweisen, welche viele Situationen des Alltags bestimmen. Während die Behandlung von ärztlicher Seite lediglich kontrolliert und gegebenenfalls angepasst wird, ist der Patient für die Erreichung der Therapieziele im Wesentlichen selbst verantwortlich. Besonders hier stehen komorbide Depressionen im Verdacht, die Therapieadhärenz zu beeinträchtigen und den Krankheitsverlauf zu verkomplizieren (Katerndahl et al., 2012; Katon et al., 2009b; Katon et al., 2010b), weshalb die Komorbidität von Diabetes und Depression nicht selten als besonders un-

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

günstige und folgenschwere Interaktion beschrieben wird (Hermanns, 2011; Katon et al., 2008; Kruse, 2010; Kruse et al., 2006).

Internationale Metaanalysen weisen darauf hin, dass die Prävalenz depressiver Störungen bei Diabetes etwa doppelt so hoch ist wie in der Normalbevölkerung (Ali, Stone, Peters, Davies & Khunti, 2006; Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001). Bei Patienten mit dem primär insulinabhängigen Typ-1-Diabetes wurde sogar eine fast vierfach erhöhte Prävalenz gefunden (Barnard, Skinner & Peveler, 2006). Darüber hinaus wird angenommen, dass ein bedeutender Prozentsatz von 10 – 20% der Diabetespatienten eine subklinische Depressionssymptomatik aufweist (Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak & Haak, 2005), welche ebenfalls mit negativen Effekten auf die Diabetesbehandlung und Blutzuckereinstellung assoziiert wird (Bot et al., 2013; Schmitt, Gahr, Kulzer, Haak & Hermanns, 2011b).

Lloyd, Roy, Nouwen und Chauhan (2012) betonen jedoch, dass die Gesamtdatenlage vorwiegend auf Untersuchungen in englischsprachigen Ländern basiert und eine kulturabhängige Variation der Prävalenz durchaus zu vermuten ist. Andererseits kann das Ausmaß dieser Variation aufgrund der vorliegenden Studien nicht ausreichend beurteilt werden (ebd.). Zwar weisen auch einige deutsche Untersuchungen auf ein verstärktes Vorkommen depressiver Symptome und Störungen bei Diabetespatienten hin (Petrak et al., 2003; Hermanns et al., 2005a), aber es bestehen daneben auch mehrere unklare oder diskrepante Befunde (Icks et al., 2008; Icks et al., 2013a; Kruse, Schmitz & Thefeld, 2003) und die Gesamtdatenlage ist uneinheitlich. Zuverlässige Prävalenzschätzungen an deutschen Stichproben sind daher dringend angezeigt und eine standardisierte Depressionsdiagnostik, wie von Barnard et al. (2006) gefordert, sollte hierbei die Grundlage sein. Darüber hinaus wäre eine Differenzierung nach Diabetes-Typen und Patientensubgruppen wünschenswert, um die inkonsistente Datenlage aufzuklären.

Die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Diabetes und Depression werden derzeit noch nicht ausreichend verstanden und es ist unklar, welche psychologischen und somatischen Faktoren für die Häufung dieser Komorbidität verantwortlich sind. Populationsbasierte Studien weisen auf einen bidirektionalen Zusammenhang hin, sodass sowohl ein bestehender Diabetes das Risiko der Depressionsgenese erhöht, als auch umgekehrt (Chen, Chan, Chen, Ko & Li, 2012; Pan et al., 2010; Renn, Feliciano & Segal, 2011). Auch wurden Zusammenhänge zwischen diabetischen Folgekrankheiten und komorbider Depression beobachtet (de Groot, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001; van Steenbergen-Weijenburg et al., 2011) und diese Gesundheitsfolgen des Diabetes könnten eine Grundlage der Pathogenese depressiver Störungen sein, wie eine Studie am Tiermodell belegt (Suzuki et al., 2007). Zur Erklärung einer depressiven Störung infolge eines Diabetes werden häufig Diathese-Stress-Modelle herangezogen, wobei die Stoffwechselerkrankung mit ihren Konsequenzen sowohl als kritisches Lebensereignis als auch dauerhafte Belastung diskutiert wird (Gask, Macdonald & Bower, 2011). Allerdings fehlen Studien, welche fundierte Rückschlüsse über

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

die psychologischen Risikofaktoren der Depression bei Diabetes ermöglichen, und es ist weitgehend unklar, in welchem Maße Merkmale des Krankheitserlebens für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen ausschlaggebend sind. Längsschnittliche Untersuchungen zur Bedeutung von Krankheitsakzeptanz, krankheitsspezifischen Ängsten oder krankheitsbezogenen Belastungen für das Depressionsrisiko sind daher angezeigt.

Schließlich existieren bislang nur wenige deutsche Untersuchungen, welche die Auswirkungen depressiver Störungen auf Behandlung und Verlauf des Diabetes bewerten. Die internationale metaanalytische Literatur legt eine reduzierte Therapieadhärenz (Gonzalez et al., 2008b) und entsprechend geringere *glykämische Kontrolle* (Güte der Blutzuckereinstellung) nahe (Katon et al., 2009b; Lustman et al., 2000a). Darüber hinaus zeigen metaanalytische und populationsbasierte Studien auch erhöhte Risiken für die Entwicklung diabetischer Folgekrankheiten (Black, Markides & Ray, 2003; Lin et al., 2010) sowie eine erhöhte Mortalität (Egede, Nietert & Zheng, 2005; Ismail, Winkley, Stahl, Chalder & Edmonds, 2007; Katon et al., 2005; Pan et al., 2011), was ebenfalls für eine inadäquate Kontrolle des Diabetes bei depressiven Patienten spricht. Allerdings wurde der vermutete behaviorale Zusammenhang zwischen Depression und schlechter glykämischer Kontrolle bislang nicht bestätigt (Lustman, Clouse, Ciechanowski, Hirsch & Freedland, 2005; Dirmaier et al., 2010) und es werden auch biologische Wechselwirkungen über die Stressachse und das Immunsystem als Vermittler diskutiert (Lustman et al., 2005).

Sofern depressive Störungen tatsächlich die Selbstbehandlung und Blutzuckerkontrolle beeinträchtigten, sollte auch geklärt werden, ob sich die bei Diabetes vermutlich häufig vorkommende subklinische Depressivität ähnlich auswirkt. Auch diese wurde bei Diabetes bereits mit einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten (Dirmaier et al., 2010) sowie einer erhöhten Mortalität in Verbindung gebracht (Katon et al., 2005).

Die vorliegende Untersuchung knüpft an dem bestehenden Kenntnisstand an und bearbeitet die sich daraus ableitenden Fragestellungen anhand zweier Stichproben aus einem Fachkrankenhaus für Menschen mit Diabetes in Deutschland. Dabei werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

1. Es sollen die Prävalenzen von depressiven Störungen, insbesondere der Major Depression sowie subklinischer Depression bei deutschen Patienten mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes untersucht werden.

2. Es sollen diabetesspezifische Prädiktoren depressiver Stimmung identifiziert werden und insbesondere die Bedeutung psychologischer Aspekte des Krankheitserlebens (Krankheitsakzeptanz, krankheitsbezogene Ängste, krankheitsbezogene emotionale Belastung) für deren Entstehung, Aufrechterhaltung und Remission untersucht werden.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

3. Es sollen mögliche negative Auswirkungen depressiver Stimmung bei Diabetes auf Selbstbehandlung, glykämische Kontrolle und gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht werden.

Der theoretische Teil der Arbeit (Teil I) gibt eine Übersicht über die depressiven Störungsbilder und ihre Komorbidität mit körperlichen Krankheiten (Kapitel 1), führt in die medizinischen (Kap. 2) und psychologischen (Kapitel 3) Grundlagen des Diabetes ein und erläutert den Stand der Forschung hinsichtlich der Komorbidität von Diabetes und Depression (Kapitel 4).

Der empirische Teil der Arbeit umfasst die Darstellung der Studienplanung und Studiendurchführung (Teil II) sowie die Untersuchungsergebnisse (Teil III). Darin werden zunächst die zugrundeliegenden Fragestellungen aufgrund des theoretischen Hintergrundes erarbeitet und die Untersuchungshypothesen entwickelt (Kapitel 5), bevor die Methoden der und Datenerhebung sowie der statistischen Auswertung erläutert (Kapitel 6) und die untersuchten Stichproben charakterisiert werden (Kapitel 7). Anschließend werden die Untersuchungsbefunde hinsichtlich der Epidemiologie (Kapitel 8), der Risikofaktoren (Kapitel 9), des Verlaufs und seiner Einflussfaktoren (Kapitel 10) sowie der negativen Auswirkungen (Kapitel 11) depressiver Störungen bei Diabetes ausgeführt. Abschließend erfolgt eine Integration der wesentlichen Befunde in umfassenden Strukturgleichungsmodellen (Kapitel 12).

Im Diskussionsteil (Teil IV) werden die gewonnenen Untersuchungsergebnisse interpretiert und in den aktuellen Stand der Forschung eingeordnet (Kapitel 13). Methodische Limitationen und Stärken der Untersuchung werden diskutiert (Kapitel 14), bevor die wesentlichen Erkenntnisse zusammengefasst und offene Fragen als Grundlage zukünftiger Forschungsvorhaben herausgestellt werden (Kapitel 15).

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

I. Stand der Forschung

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

1 Depressive Störungen und ihre Komorbidität mit chronischen körperlichen Krankheiten

Nach Schätzung des *Bundes-Gesundheitssurveys 1998* stellen unipolare depressive Störungen, darunter vor allem die Major Depression, die zweithäufigste Gruppe psychischer Störungen in Deutschland dar (Wittchen et al., 2001). Diese treten als Komorbidität schwerwiegender beziehungsweise chronischer körperlicher Krankheiten häufig auf (Härter et al., 2007b; Wittchen et al., 1998) und können zu problematischen Wechselwirkungen führen (Katon, 2003). In diesem Kapitel werden die relevanten depressiven Störungsbilder dargestellt und ihre Zusammenhänge mit körperlichen Krankheiten erklärt. Die aktuellen epidemiologischen Grundlagen werden erläutert und Theorien und Befunde zur Ätiologie ausgeführt. Schließlich werden Erkenntnisse über negative Wechselwirkungen zwischen depressiven Störungen und körperlichen Krankheit dargestellt.

1.1 Deskription und Klassifikation depressiver Störungen

Zur Deskription und Klassifikation psychischer Störungen stehen zwei international anerkannte Diagnoseklassifikationssysteme zur Verfügung, die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* in der zehnten Revision (ICD-10) der *World Health Organisation* (WHO) (DIMDI, Graubner, 2008) und das von der *American Psychiatric Association* (APA) herausgegebene *Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen*, welches 2013 in der fünften Auflage (DSM-5) erschien (APA, 2013). Zwar ist für die medizinische Diagnosestellung in Deutschland die ICD-10 verbindlich, jedoch weist das DSM (welches ausschließlich psychische Störungen behandelt) aufgrund seiner klareren und stärker forschungsorientierten Systematik, der moderneren Begrifflichkeit und der höheren diagnostischen Trennschärfe aufgrund fundierter differentialdiagnostischer Kriterien einige Vorteile auf, weshalb es innerhalb der psychologischen Forschungsgemeinschaft häufig bevorzugt wird (Margraf & Milenkovic, 2009; Wittchen, 2006). Aus diesem Grund orientiert sich die nachfolgende Deskription und Klassifikation depressiver Störungsbilder vorwiegend an diesem Klassifikationssystem. Mit Blick auf die Diagnostik depressiver Störungen im empirischen Teil der Arbeit sollen jedoch auch relevante Unterschiede zwischen den beiden Systemen erläutert und die relevanten Neuerung des DSM-5 gegenüber seinem Vorgänger DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) herausgestellt werden.

Die Klasse der *Depressiven Störungen* nach DSM-5 umfasst zunächst die *Major Depression*, die *Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)* und die *Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störung*, eine Restkategorie für depressive Symptommuster

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

vor Spezifikation der Diagnose. Zusätzlich wurden mit dem DSM-5 zwei neue Depressionsdiagnosen eingeführt, die bei Frauen auftretende *Prämenstruelle Dysphorische Störung* und die *Disruptive Affektregulationsstörung*, welche bei Minderjährigen ab dem Alter von sechs Jahren diagnostiziert werden kann. Ebenfalls neu hinzugekommen ist die *Andere Näher Bezeichnete Depressive Störung*, eine Kategorie für Symptommuster, welche nicht die Kriterien einer der vorstehenden, näher bezeichneten Störungen erfüllen, jedoch im Rahmen der DSM-Forschungs-diagnosen näher spezifiziert sind. Zusätzlich beinhaltet die Klasse der Depressiven Störungen die *Substanz-/ Medikamenteninduzierte Depressive Störung* und die *Depressive Störung aufgrund eines Anderen Medizinischen Krankheitsfaktors*, welche zwar im DSM nicht neu sind, jedoch vormals der Klasse der *Affektiven Störungen* zugeordnet und ebenso benannt waren (Demnach stellt die neue Nomenklatur eine Spezifizierung der Störungskategorien dar). Die frühere Diagnose *Dysthyme Störung* gibt es im DSM-5 nicht mehr, sondern wird zusammen mit chronischer Major Depression der Persistierenden Depressiven Störung subsummiert.

Die *Bipolaren Störungen*, welche vormals zusammen mit den Depressiven Störungen die Klasse *Affektiven Störungen* bildeten, haben im DSM-5 den Status einer eigenen Hauptklasse erhalten, was eine stärkere Abgrenzung zwischen unipolaren und bipolaren affektiven Störungen nahelegt. Obwohl bipolare Störungen normalerweise depressive Episoden einschließen, werden diese in der vorliegenden Arbeit nicht behandelt, da sie erstens wesentlich seltener sind – in Deutschland kommt auf zehn Depressionsdiagnosen nur circa eine bipolare Störung (Wittchen et al., 2001) – und zweitens keine Evidenz dafür besteht, dass sich ihre Prävalenz bei Diabetespatienten von der der Normalbevölkerung unterscheidet.

1.1.1 Major Depression

Die Major Depression zeichnet sich durch das Auftreten (einer oder mehrerer) zeitlich abgrenzbarer (mindestens zweiwöchiger) Episoden aus, welche sich von dem gesunden Erleben und Verhalten des Betroffenen durch typische psychische und somatische Symptome unterscheiden. Die Leitsymptome dieser Episoden sind die während der meisten Zeit bestehende depressive Stimmung und deutlich vermindertes Interesse oder Freude an Aktivitäten. Weitere Symptome umfassen Veränderungen des Gewichts oder Appetits, Insomnie oder Hypersomnie, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Störungen kognitiver Funktionen sowie wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid. Eine vollständige Übersicht der Symptome und Diagnosekriterien zeigt Tabelle 1. Die Diagnose einer Major Depression nach DSM-5 wird gestellt, wenn über mindestens zwei Wochen mindestens fünf relevante Depressionssymptome bestehen, diese eine Änderung gegenüber dem früheren Funktionsniveau darstellen und bedeut-

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

sames Leid oder Funktionsbeeinträchtigungen in beruflichen, sozialen oder anderen wichtigen Bereichen verursachen. In der Regel dauert eine Episode jedoch länger an und besitzt unbehandelt eine durchschnittliche Dauer von sechs bis acht Monaten (Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2009, S. 55). Für die Diagnosestellung ist ferner sicherzustellen, dass die Symptomatik nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors ist, sie nicht besser durch eine Störung aus dem psychotischen Formenkreis zu erklären ist und in der Vorgeschichte keine manischen oder hypomanen Episoden vorkamen. Anhand möglicher depressiver Episoden der Vorgeschichte wird zwischen der *Major Depression, einzelne Episode* (Diagnosecode F32.x) und der *Major Depression, rezidivierend* (Diagnosecode F33.x) unterschieden. Nach Aspekten von Symptomschwere, Leid und Funktionsbeeinträchtigungen wird der Schweregrad der Störung als leichtgradig (.0), mittelgradig (.1) oder schwergradig (.2) codiert, wobei schwere Major Depression Episoden auch psychotische Merkmale einschließen können (.3).

Obwohl die Klassifikationssysteme in den wesentlichen Kriterien übereinstimmen (vgl. Tabelle 1), bestehen doch einige Unterschiede hinsichtlich der beschriebenen Symptome. Im Gegensatz zum DSM-5 sieht die ICD-10 das Symptom Energieverlust/ Ermüdbarkeit als ein drittes Leitsymptom vor und führt zwei zusätzliche Nebensymptome, Verlust des Selbstvertrauens/ Selbstwertgefühls und negatives Zukunftsdenken/ Pessimismus, an. Ferner werden mögliche selbstgefährdende Handlungen stärker betont. Dagegen stellen Veränderungen des Aktivitätsniveaus kein Diagnosesymptom dar, sondern werden ausschließlich für depressive Episoden mit *somatischem Syndrom* (d. h. mit besonderer Ausprägung körperlicher Begleiterscheinungen) beschrieben. Insgesamt erscheinen diese Abweichungen jedoch vernachlässigbar.

Die Major Depression ist die häufigste depressive Störung. Eine Metaanalyse über 16 europäische Länder ermittelte eine mittlere 12-Monats-Prävalenz von 6,9% (Interquartilsabstand: 4,8 – 8,0%) (Wittchen & Jacobi, 2005). Für Deutschland ergab der *Bundes-Gesundheitssurvey 1998* eine über dem internationalen Durchschnitt liegende 12-Monats-Prävalenz von 8,3% der Normalbevölkerung (Wittchen et al., 2001). Allerdings weisen aktuelle Daten der repräsentativen *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS1) und des Zusatzmoduls *Mental Health* (DEGS1-MH) übereinstimmend darauf hin, dass die Prävalenz vermutlich doch niedriger liegt. Die DEGS1 ergab eine 12-Monats-Prävalenzschätzung von 6,0% (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013) und die (diagnostisch zuverlässigere) DEGS1-MH bestätigte diesen Wert (Jacobi et al., 2014). Gegen den recht hohen Schätzwert des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 sprach auch bereits die *DETECT-Studie*, welche 2003 an einer großangelegten *klinischen* Stichprobe von gut 51.000 Hausarztpatienten mittels Selbstberichtsskala (*Depression Screening Questionnaire*) eine Punktprävalenz von 7,5% ermittelte (Pieper, Schulz, Klotsche, Eichler & Wittchen, 2008) – wie Pieper et al. betonen, ist davon auszugehen, dass die Prävalenz in klinischen Populationen höher liegt als in der Normalbevölkerung. Da depressive Episoden häufig auch unbehandelt

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Major Depression, einzelne Episode, nach DSM-5 und ICD-10

DSM-5: Major Depression, einzelne Episode	ICD-10: Depressive Episode
A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben 2-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber dem vorher bestehenden Funktionsniveau dar; Mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude. *Beachte:* Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt sind. 1. Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages an fast allen Tagen 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages 3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme oder verringerter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen 4. Insomnie oder Hypersomnie an fast allen Tagen 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen 6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle an fast allen Tagen 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids **B.** Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. **C.** Die Symptome sind nicht Folge der phy-	**(1)** Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens zwei Wochen: 1. Depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß über die meiste Zeit des Tages 2. Verlust des Interesses oder der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten 3. Verminderte Energie und erhöhte Ermüdbarkeit **(2)** Zusätzlich mindestens zwei Symptome bis zu einer Gesamtzahl von 4 (leichte Episode) bis 8 (schwere Episode) aus der folgenden Gruppe: 1. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme 2. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls 3. Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle 4. Negatives Zukunftsdenken und Pessimismus 5. Selbstverletzung, suizidale Handlungen oder Gedanken an Suizid 6. Schlafstörungen jeder Art 7. Appetitverlust **Eventuell somatisches Syndrom, das folgende typischen Merkmale aufweisen kann:** 1. Verlust von Freude oder Interesse 2. Mangelnde Reaktionsfähigkeit auf positive Ereignisse 3. Mindestens zwei Stunden zu frühes Erwachen 4. Morgentief 5. Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit 6. Appetitverlust 7. Gewichtsverlust

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Major Depression, einzelne Episode, nach DSM-5 und ICD-10 *(Fortsetzung)*

DSM-5: Major Depression, einzelne Episode	ICD-10: Depressive Episode
siologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors. **D.** Das Auftreten einer Episode einer Major Depression kann nicht besser durch eine Schizoaffektive Störung, Schizophrenie, Schizophreniforme Störung, Wahnhafte Störung oder Nicht Näher Bezeichnete Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum oder Andere Psychotische Störung erklärt werden. **E.** Es bestand niemals eine manische oder hypomane Episode. *Beachte:* Dieses Ausschlusskriterium trifft nicht zu wenn alle manie- oder hypomanieähnlichen Symptome substanzinduziert oder Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors sind. *Bestimme, ob:* Mit Angst Mit Gemischten Merkmalen Mit Melancholischen Merkmalen Mit Atypischen Merkmalen Mit Stimmungskongruenten Psychotischen Merkmalen Mit Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen Mit Katatonie Mit Perinatalem Beginn Mit Saisonalem Muster	7. Gewichtsverlust 8. Libidoverlust Die Mindestdauer bei allen Episoden beträgt zwei Wochen. **Leichte depressive Episode:** Mindestens zwei der in (1) und mindestens zwei der in (2) genannten Symptome. Es kommt noch nicht zu einer vollständigen Aufgabe der alltäglichen Aktivitäten. F32.00: ohne somatisches Syndrom F32.01: mit somatischem Syndrom **Mittelgradige depressive Episode:** Mindestens zwei der in (1) und mindestens drei der in (2) genannten Symptome. Soziale, berufliche und häusliche Aktivitäten können nur mit erheblichen Problemen ausgeführt werden. F 32.10: ohne somatisches Syndrom F 32.11: mit somatischem Syndrom **Schwere depressive Episode** (mit oder ohne psychotische Symptome): Alle drei der in (1) und mindestens vier der in (2) genannten Symptome. Es überwiegen eine große Verzweiflung und Agitiertheit oder Hemmung. Außerdem ist der Selbstwert niedrig, die Betroffenen fühlen sich nutzlos oder schuldig und haben evtl. ein erhöhtes Suizidrisiko. Das somatische Syndrom kommt praktisch immer vor.

innerhalb eines Jahres wieder abklingen (Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, 2009, S. 55), fallen Punktprävalenzschätzungen in der Regel niedriger aus als solche der 12-Monats-Prävalenz – im Falle des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beispielsweise 6,3% gegenüber 8,3% (Riedel-Heller, Luppa & Angermeyer, 2004). Dieser Sachverhalt ist für die epidemiologischen Analysen dieser Arbeit insofern relevant, als dass hier Punktprävalenzen depressiver Störungen bestimmt werden, als Vergleichsmaßstab jedoch die 12-Monats-Prävalenz herangezogen wird (vgl. Kap. 5.1). Eine Übersicht populationsbasierter Befunde zur Major Depression Prävalenz in der Normalbevölkerung zeigt in Tabelle 2.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Tabelle 2: Populationsbasierte Befunde zur Major Depression Prävalenz in der deutschen Normalbevölkerung

Studie	Stichprobe	Diagnostik	Prävalenz
Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS) (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000)	Repräsentative Einwohnermeldestichprobe der Region um Lübeck, 1996 – 1997, *N* = 4.075 (18 – 64 Jahre)	Münchner Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI)	Lebenszeit-Prävalenz: **10,0%** ♀ 14,3% ♂ 5,7%
Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) (Wittchen et al., 2001)	Repräsentative bundesweite Einwohnermeldestichprobe, 1998 – 1999, *N* = 4.181 (18 – 65 Jahre)	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	12-Monats-Prävalenz: **8,3%** ♀ 11,2% ♂ 5,5%
Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) (Busch et al., 2013)	Repräsentative bundesweite Einwohnermeldestichprobe, 2008 – 2011, *N* = 7.988 (18 – 79 Jahre)	Major Depression: Befragung zur Lebenszeit-/ 12-Monats-Prävalenz einer ärztlich/ psychologisch gestellten Diagnose	Lebenszeit-Prävalenz: **11,6%** ♀ 15,4% ♂ 7,8% 12-Monats-Prävalenz: **6,0%** ♀ 8,1% ♂ 3,8%
Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Mental Health Module (DEGS1-MH) (Jacobi et al., 2014)	Repräsentative bundesweite Einwohnermeldestichprobe, 2008 – 2011, *N* = 5.318 (18 – 79 Jahre)	Modifizierte Version des Composite International Diagnostic Interview (DEGS-CIDI)	12-Monats-Prävalenz: **6,0%** ♀ 8,4% ♂ 3,4%

1.1.2 Persistierende depressive Störung

Die Diagnose *Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)* (Diagnosecode F34.1) des DSM-5 bezeichnet depressive Störungen mit chronischem Verlauf. Während das DSM-IV hier die Diagnose *Dysthyme Störung* für eine chronische, aber leichtere Form der Depression (geringere Symptomanzahl oder -schwere) vorsah, wurde das Kriterium des geringeren Schweregrades im DSM-5 aufgegeben. Der Grund besteht darin, dass die aktuelle Evidenz wesentliche Gemeinsamkeiten chronischer Depressionsformen (unabhängig vom Schweregrad) nahelegt, zum Beispiel ein geringeres Ansprechen auf antidepressive Interventionen (Klein & Belz, 2014, S. 11). Daher wurden die chronische Major Depression und die Dysthyme Störung zur Persistierenden Depressiven Störung integriert.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Die Diagnose erfordert das Vorliegen depressiver Verstimmung während der meisten Zeit des Tages an der Mehrzahl der Tage über einen mindestens zweijährigen Zeitraums ohne einen mehr als zweimonatigen symptomfreien Zeitraum sowie das Bestehen von mindestens zwei von sechs charakteristischen Symptomen. Die Symptome umfassen schlechten Appetit oder Überessen, Insomnie oder Hypersomnie, geringe Energie oder Erschöpfungsgefühle, geringes Selbstbewusstsein, Konzentrationsschwierigkeiten oder Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen und Gefühle der Hoffnungslosigkeit. Für die Diagnosestellung ist sicherzustellen, dass die Symptomatik klinisch bedeutsames Leid oder Funktionsbeeinträchti-gungen in wesentlichen Lebensbereichen verursacht, und auszuschließen, dass sie die Folge der Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors ist, dass in der Vorgeschichte manische oder hypomane Episoden vorkamen oder die Kriterien zyklothymen Störung erfüllt waren und dass das Störungsbild besser durch eine Störung aus dem psychotischen Formenkreis erklärt werden kann.

Die ICD-10 gibt für die *Dysthymia* eine längere Liste von insgesamt elf depressiven Symptomen vor und fordert das wenigstens zeitweise Auftreten von (ebenfalls) mindestens dreien dieser Symptome. Ansonsten sind die Kriterien hier insgesamt unspezifischer formuliert: Es wird wie im DSM eine mindestens zweijährige Dauer mit höchstens wenige Wochen langen Phasen der Symptomfreiheit gefordert und mit höchstens einzelnen depressiven Episoden, welche (höchstens) die Kriterien einer leichten rezidivierenden depressiven Störung erfüllen. Dieses letzte Kriterium, welches auch für die Dysthyme Störung nach DSM-IV galt, stellt neuerdings einen Unterschied zwischen den Klassifikationssystemen dar, da die Persistierende Depressive Störung (DSM-5) alle chronischen Schweregrade der Depression einschließen kann. Spezifische Ausschlusskriterien bezüglich manischen und hypomanen Episoden oder anderen psychischen Störungen wie im DSM bestehen in der ICD nicht.

Aufgrund des neuen operationalen Konzepts der persistierenden Depression nach DSM-5 ist der Bericht zuverlässiger epidemiologischer Daten nicht einfach. Für die subsummierte Dysthymie wird die 12-Monats-Prävalenz in Deutschland auf 2,0 – 4,5% beziffert (Wittchen et al., 2012; 2001). Allerdings stellen diese Werte offensichtlich eine Unterschätzung der Gesamtprävalenz dar, da chronische Major Depression darin nicht beinhaltet ist. Für diese wird das Vorkommen in deutschen und US-amerikanischen Populationen auf rund 15 – 25% der Patienten mit Major Depression beziffert (Bschor, Bauer & Adli, 2014; Rubio et al., 2011), was eine Prävalenz von circa 1 – 1,5% der Bevölkerung nahelegt. Eine andere US-amerikanische Populationsstudie bekräftigt die Schätzung auf 1,5% (Blanco et al., 2010). Eine persistierende Depression im Sinne des DSM wäre demnach bei mindestens 3% der Bevölkerung zu erwarten.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

1.1.3 Andere spezifische depressive Störungen

Wie bereits erläutert (vgl. Kap. 1.1), wurden mit dem DSM-5 zwei neue Syndrome in die Klasse der depressiven Störungen eingeführt. Dabei handelt es sich um die *Prämenstruelle Dysphorische Störung* und die *Disruptive Affektregulationsstörung*.

Die Prämenstruelle Dysphorische Störung beschreibt das Auftreten von mindestens fünf von elf affektiven Symptomen während der Mehrzahl der Menstruationszyklen, beginnend in der Woche vor und nachlassend binnen weniger Tage nach Einsetzen der Menstruation. Zu den Symptomen zählen Affektlabilität, Reizbarkeit oder Wut, depressive Verstimmung, Angst, Anspannung und/ oder Gefühle der Gereiztheit und Nervosität, verringertes Interesse an Aktivitäten, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdbarkeit oder Energieverlust, Veränderungen des Appetits, Schlafstörungen, Gefühle von Kontrollverlust und spezifische körperliche Symptome (z. B. Gelenk- und Muskelschmerzen oder Brustspannen).

Die Disruptive Affektregulationsstörung beschreibt eine bei Kindern und Jugendlichen vorkommende Störung mit wiederkehrenden schweren Wutausbrüchen, welche der auslösenden Situation und dem Entwicklungsstand der Person unangemessen sind. Die Wutausbrüche treten durchschnittlich mindestens dreimal pro Woche auf und die Stimmung zwischen den Ausbrüchen ist an beinahe jedem Tag anhaltend reizbar oder ärgerlich. Die Störung wird ausschließlich im Alter zwischen 6 und 18 Jahren mit Erstmanifestation vor dem 10. Lebensjahr diagnostiziert. Darüber hinaus spezifiziert das DSM-5 depressive Störungen *mit Substanz-/ Medikamenteninduktion* oder *aufgrund eines Anderen Medizinischen Krankheitsfaktors*, die – der Bezeichnung entsprechend – mit spezifischen Auslösern in ursächlichen (primär physiologischen) Zusammenhang gebracht werden. Diese speziellen Depressionsformen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit allerdings nicht untersucht, weshalb ihre Abhandlung an dieser Stelle ausschließlich der thematischen Differenzierung und Abgrenzung von den für die Arbeit wesentlichen Störungsbegriffen dient.

1.1.4 Subklinische Depression

Im Gegensatz zu den vorstehend beschriebenen depressiven Störungen ist der Begriff *subklinische Depression* kein Terminus der Klassifikationssysteme. Tatsächlich bezeichnet er auch weniger eine spezielle depressive Störung als vielmehr eine Gruppe depressiver Symptommuster, welche sich dadurch auszeichnen, dass sie unterhalb der „diagnostischen Schwelle“ der näher bezeichneten depressiven Störungen liegen. Allerdings spielen subklinische depressive Symptommuster in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle, weshalb es einer angemessenen Erklärung dieses nicht ganz unkomplizierten Konzepts bedarf.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Die Diagnose einer *klinischen* Störung nach den Kriterien der Klassifikationssysteme erfordert grundsätzlich, dass die bestehende Symptomatik hinsichtlich Ausprägung, Intensität und Dauer definierte Schwellen überschreitet. Beispielsweise wurde im Kapitel 1.1.1 erläutert, dass die Major Depression nach DSM über das Auftreten von mindestens fünf depressiven Symptomen während einer Episode von wenigstens zwei Wochen Dauer definiert ist. Symptommuster, welche die Anzahl-, Schwere- und Zeitdauer-Schwellen für eine Näher Bezeichnete Depressive Störung überschreiten, werden klinische Syndrome genannt. Symptommuster, welche die diagnostischen Kriterien jedoch nicht erfüllen (bzw. die Schwellen nicht erreichen), besitzen definitionsgemäß keinen bzw. keinen vollen Störungswert. Allerdings können sehr wohl auch solche subklinischen Symptommuster bedeutsame Funktionsbeeinträchtigungen und Leid hervorrufen oder negative Wechselwirkungen mit anderen Krankheiten und Störungen verursachen, weshalb sie zunehmend in den Fokus der klinischen Forschung geraten.

In der Literatur der vergangenen 20 Jahre finden sich zahlreiche Arbeiten, welche mit Begriffen wie „subthreshold depression“, „subclinical depression“ und „subsyndromal depression“ depressive Symptommuster bezeichnen, welche nicht einer näher bezeichneten Depression zuzuordnen sind – Dies belegen mehrere systematische Reviews (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni & Jeste, 2011; Rodríguez, Nuevo, Chatterji & Ayuso-Mateos, 2011). Viele der Studien untersuchen die subklinischen Depressionsmuster als negativen Prognosefaktor für die Entwicklung klinischer Störungen (z. B. Castelnau, Olie & Loo, 1998; Cuijpers & Smit, 2004; Cuijpers, Beekman, Smit & Deeg, 2006), analysieren negative Auswirkungen auf die berufliche Funktionsfähigkeit sowie assoziierte Gesundheitskosten (z. B. Lyness et al., 2007; Cuijpers & Smit, 2008) oder bewerten die psychotherapeutische Behandelbarkeit der Symptome (Cuijpers et al., 2012). Allerdings besteht keine einheitliche Definition des Konzepts *subklinische Depression*, wie die Übersichtsarbeiten (s. o.) zu Recht bemängeln.

Aufgrund der nonexhaustiven Klassifikation depressiver Syndrome im Rahmen der näher bezeichneten depressiven Störungen wurden auch für die Klassifikationssysteme Kategorien für nicht spezifizierte depressive Symptommuster entwickelt (Bali & Jiloha, 2008), so die Kategorien *Sonstige depressive Episoden* (F32.8) inklusive der *Atypischen Depression* und *Depressive Episode, nicht näher bezeichnet* (F32.9) inklusive der *Depression o. n. A.* in der ICD-10 oder die *Andere Näher Bezeichnete Depressive Störung* sowie *Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störung* des DSM-5 (vgl. Kap. 1.1). So wurden bereits im DSM-IV für die *Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störung* mehrere Subformen als Forschungsdiagnosen im Appendix beschrieben (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), darunter die *Minor Depression* (definiert als depressive Episode von mindestens zweiwöchiger Dauer, wobei jedoch nur zwei bis vier der für eine Major Depression charakteristischen Symptome auftreten, anstatt fünf oder mehr wie zur Diagnose einer Major Depression erforderlich) und die *Wiederkehrende Kurze Depression* (über mindestens ein Jahr monatlich auftretende, zwei Tage

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.