

# Depressive Störungen

Von **William Coryell**, MD, University of Iowa Carver College of Medicine  
Überprüft/überarbeitet Okt. 2023

Kennzeichen depressiver Störungen sind eine Traurigkeit, die so stark oder anhaltend ist, dass sie die normale Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, sowie vermindertes Interesse oder eingeschränkte Freude an Aktivitäten. Die genauen Ursachen sind unbekannt, beteiligt sind wahrscheinlich genetische Faktoren, veränderte Neurotransmitterspiegel, modifizierte neuroendokrinologische Funktionen sowie psychosoziale Faktoren. Die Diagnose wird anhand der Anamnese gestellt. Die Behandlung besteht in der Regel aus Medikamenten, Psychotherapie oder beidem und manchmal aus Elektrokrampftherapie oder schneller transkranieller Magnetstimulation (rTMS).

## Ätiologie | Symptome und Beschwerden | Diagnose | Behandlung | Wichtige Punkte

(Siehe auch [Übersicht über affektive Störungen](#).)

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff Depression häufig für verschiedene depressive Störungen verwendet. Einige werden im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. Aufl., Text Revision (1) durch spezifische Symptome klassifiziert:

- [Major Depression](#)
- [Anhaltende Depression](#) (Dysthymie)
- [Andere spezifische oder unspezifische depressive Störung](#)

Andere werden anhand der Ätiologie klassifiziert:

- [Prämenstruelle Dysphorie](#)
- Depressive Störung infolge einer anderen körperlichen Erkrankung
- Substanz/Medikamenten-induzierte depressive Störung

Depressive Störungen können in jedem Alter auftreten, entwickeln sich aber typischerweise im mittleren Teenageralter, im 3. oder 4. Lebensjahrzehnt (siehe auch [Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen](#)). In der Primärversorgung wird bei etwa 13% der Patienten eine Depression diagnostiziert (2).

## Demoralisierung und Trauer

Der Begriff Depression wird häufig gebraucht, um eine gedrückte oder niedergeschlagene Stimmung nach Enttäuschungen (z. B. finanzielle Katastrophe, Naturkatastrophe, schwere Erkrankung) oder Verlusten (z. B. Tod einer geliebten Person) zu beschreiben. Bessere Bezeichnungen für solche Stimmungen sind jedoch Demoralisierung und Trauer.

Die negativen Gefühle von Demoralisierung und Trauer bewirken im Gegensatz zu Depressionen Folgendes:

- Tritt in Wellen auf, die meist an Gedanken oder Erinnerungen an das anregende Ereignis gebunden sind.
- Lösen sich auf, wenn sich Umstände oder Ereignisse verbessern
- Kann mit Perioden positiver Emotionen und Humor durchsetzt sein
- Sind nicht begleitet von durchdringenden Gefühlen von Wertlosigkeit und Selbsthass

Die niedergedrückte Stimmung hält in der Regel nur Tage und nicht Wochen oder Monate an, und Suizidgedanken und längerfristige Funktionseinbußen sind wesentlich unwahrscheinlicher.

Jedoch können Ereignisse und Stressoren, die Demoralisierung und Kummer verursachen auch eine [depressive Episode auslösen](#), v. a. bei gefährdeten Menschen (beispielsweise solche mit einer Vorgeschichte oder Familienanamnese der Major Depression). Bei einer kleinen, aber bedeutenden Anzahl von Patienten kann die Trauer anhaltend und behindernd werden. Dieser Zustand wird als [anhaltende Trauerstörung](#) bezeichnet und erfordert möglicherweise eine gezielte Behandlung.

## Allgemeine Literatur

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 177-214.
2. [Jackson JL, Kuriyama A, Bernstein J, et al](#): Depression in primary care, 2010-2018. *Am J Med* 135(12):1505-1508, 2022. doi: 10.1016/j.amjmed.2022.06.022

## Ätiologie depressiver Störungen

---

Die genaue Ursache einer depressiven Störung ist unbekannt, aber genetische und umweltbedingte Faktoren tragen dazu bei.

Die Vererbung macht ungefähr die Hälfte der Ätiologie aus (weniger als bei der spät einsetzenden Depression). Somit kommt Depression unter Verwandten 1. Grades depressiver Patienten häufiger vor; die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen ist hoch (1). Genetische Faktoren beeinflussen wahrscheinlich ebenfalls die Entstehung von depressiven Reaktionen auf widrige Ereignisse.

Andere Theorien konzentrieren sich auf Veränderungen von Neurotransmitterspiegeln inkl. der Dysregulation von cholinerg, katecholaminerger (noradrenerg oder dopaminerg), glutamatergen und serotonerger (5-Hydroxytryptamin) neuronaler Übertragung (2). Neuroendokrine Dysregulationen können ein Faktor sein, mit besonderem Schwerpunkt auf 3 Achsen: Hypothalamus-Hypophysen-

Nebennierenrinde, Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüse und Hypothalamus-Hypophysen-Wachstumshormon.

Psychosoziale Faktoren scheinen ebenfalls beteiligt zu sein. Häufig gehen Episoden einer Major Depression wesentliche belastende Lebensereignisse voraus, insbesondere Trennungen und Verluste; solche Ereignisse verursachen allerdings in der Regel keine anhaltende schwere Depression, ausgenommen sind Menschen mit entsprechender Prädisposition für eine affektive Störung.

Bei Menschen, die bereits eine Episode einer Major Depression hatten, ist das Risiko für erneute Episoden erhöht. Menschen, die weniger belastbar sind und/oder die eine Tendenz zu Ängsten haben, können mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer depressiven Störung kommen. Solche Menschen entwickeln häufig nicht die sozialen Fertigkeiten, um sich an schwere belastende Lebenssituationen anzupassen. Das Vorhandensein anderer psychiatrischer Störungen erhöht das Risiko einer schweren depressiven Störung.

Aus bisher nicht geklärten Gründen ist das Risiko bei Frauen höher. Zu den möglichen Faktoren gehören folgende:

- Höhere Exposition gegenüber oder erhöhte Reaktion auf tägliche(n) Belastungen
- Höhere Spiegel von Monoaminoxidase (das Enzym, das Neurotransmitter, die als wichtig für die Stimmung betrachtet werden, verschlechtert)
- Höhere Raten von Schilddrüsendysfunktion
- Endokrine Veränderungen, die mit der Menstruation und in der Menopause auftreten

Bei einer **Depression mit peripartalem Ausbruch** treten die Symptome innerhalb von 4 Wochen nach der Geburt auf ([postpartale Depression](#)); endokrine Veränderungen wurden damit in Verbindung gebracht, die genaue Ursache ist jedoch unbekannt.

Bei der **saisonal abhängigen Depression** entwickeln sich die Symptome in einem jahreszeitlichen Rhythmus und treten typischerweise im Herbst oder Winter auf; die Störung tritt bevorzugt in Regionen mit langen oder harten Wintern auf.

Depressive Symptome oder Störungen können mit verschiedenen allgemeinen medizinischen Erkrankungen einhergehen, darunter [Schilddrüsenerkrankungen](#) und [Nebennierenerkrankungen](#), benigne und maligne [Hirntumore](#), [Schlaganfall](#), [AIDS](#), [Parkinson-Krankheit](#) und [multiple Sklerose](#) (siehe Tabelle [Einige Ursachen für Symptome von Depression und Manie](#)).

Bestimmte Arzneimittel wie Kortikosteroide, einige Beta-Rezeptorenblocker, Interferon und Reserpin können zu depressiven Störungen führen. Missbrauch einiger Substanzen und illegaler Drogen (z. B. [Alkohol](#), [Amphetamine](#)) kann zu einer Depression führen oder diese begleiten. Die toxischen Wirkungen oder der Entzug von Drogen/Arzneimitteln können vorübergehende depressive Symptome hervorrufen.

**Ursachen für Symptome von Depression und Manie\***

Art der Störung	Senkung	Manie
Systemische rheumatische Erkrankung	<a href="#">Systemischer Lupus erythematodes</a>	Systemischer Lupus erythematodes
Endokrines System	<a href="#">Morbus Addison</a> <a href="#">Cushing-Syndrom</a> <a href="#">Diabetes mellitus</a> <a href="#">Hyperparathyreoidismus</a> <a href="#">Hyperthyreose</a> <a href="#">Hypogonadismus</a> <a href="#">Hypopituitarismus</a> <a href="#">Hypothyreose</a>	Hyperthyreose
Infektiös	<a href="#">AIDS</a> Allgemeine Lähmung ( <a href="#">parenchymatöse Neurosyphilis</a> ) <a href="#">Infektiöse Mononukleose</a> <a href="#">Influenza</a> <a href="#">Tuberkulose</a> <a href="#">Virushepatitis</a> <a href="#">Virale Pneumonie</a>	AIDS Allgemeine Lähmung Influenza St.-Louis-Enzephalitis
Neoplastische	<a href="#">Kopf- der Bauchspeicheldrüsenkrebs</a> Disseminierte Karzinomatose	—
Nervensystem	<a href="#">Hirntumoren</a> <a href="#">Fokal beginnende Anfälle</a> <a href="#">Demenzerkrankungen</a> in der frühen Phase <a href="#">Schädeltrauma</a> <a href="#">Multiple Sklerose</a>	Fokal beginnende Anfälle Zwischenhirn-Tumoren Schädeltrauma <a href="#">Chorea Huntington</a>

	<u>Parkinson-Krankheit</u>	Multiple Sklerose
	<u>Schlafapnoe</u>	Apoplex
	<u>Schlaganfall</u> (links frontal)	
Ernährungsbedingt	<u>Pellagra</u>	—
	<u>Perniziöse Anämie</u>	
Andere	<u>Koronare Herzkrankheit</u>	
	<u>Fibromyalgie</u>	—
	<u>Nierenversagen</u> oder <u>Leberversagen</u>	
Pharmakologisch	<u>Amphetaminentzug</u>	
	Amphotericin B	
	Anticholinesterase-Insektizide	
	<u>Barbiturate</u>	
	Betarezeptorenblocker (einige, z. B. Propranolol)	
	Cimetidin	<u>Amphetamine</u>
	Corticosteroide	Bestimmte
	Cycloserin	Antidepressiva
	Östrogentherapie	Bromocriptin
	Indomethacin	<u>Kokain</u>
	Interferon	Corticosteroide
	Quecksilber	Levodopa
	Methyldopa	Methylphenidat
	Metoclopramid	Sympathomimetika
	<u>Orale Kontrazeptiva</u>	
	Phenothiazine	
	Reserpin	
	Thallium	
	Vinblastine	
	Vincristin	
	<u>Alkoholabhängigkeit und andere</u>	

Psychisch (außer  
Stimmungsstörungen)

[Substanzgebrauchsstörungen](#)

[Antisoziale Persönlichkeit](#)

[Angststörungen](#)

[Borderline-Persönlichkeitsstörung](#)

[Schizophrene Störungen](#)

\* Depression tritt häufig bei diesen Erkrankungen auf, es wurde jedoch kein kausaler Zusammenhang hergestellt.

## Literatur zur Ätiologie

1. [Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS](#): Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000 Oct;157(10):1552-62. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.155
2. [Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, et al](#): Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 80:555-572, 2017. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.002

## Symptome und Anzeichen von depressiven Störungen

Eine Depression verursacht kognitive, psychomotorische und andere Funktionsstörungen (z. B. Konzentrationsmangel, Müdigkeit, Libidoverlust, Verlust von Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten, die vorher genossen wurden, Schlafstörungen) sowie depressive Stimmung. Menschen mit einer depressiven Störung haben häufig [Selbstmordgedanken](#) und können einen Selbstmordversuch unternehmen. Andere psychische Symptome oder Störungen (z. B. [Angst](#) und [Panikattacken](#)) liegen oft zusätzlich vor und erschweren manchmal die Diagnose und die Behandlung.

Bei Patienten mit allen Formen von Depressionen ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie Alkohol oder illegale Drogen missbrauchen, um Schlafstörungen oder Angstsymptome selbst zu behandeln; Depressionen sind jedoch eine weniger häufige Ursache für Alkohol- und andere Substanzgebrauchsstörungen als früher angenommen. Die Patienten werden außerdem eher zu starken Rauchern oder tendieren dazu, ihre Gesundheit zu vernachlässigen, was ihr Risiko für die Entstehung oder das Fortschreiten bestehender Erkrankungen erhöht (z. B. [chronische obstruktive Lungenerkrankung](#)).

Depression kann schützende Immunreaktionen abschwächen. Durch Depression wird das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, [Myokardinfarkt](#) und [Schlaganfall](#) gesteigert, vielleicht wegen der Erhöhung von Zytokinen und Faktoren, die die Blutgerinnung verstärken, und der Verringerung der Herzfrequenzvariabilität bei Depression–alles sind potenzielle Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

## Major Depression (unipolare depressive Störung)

Die Patienten können elend aussehen, mit Tränen in den Augen, gefurchter Stirn, herabgezogenen Mundwinkeln, eingesunkener Haltung, mangelndem Augenkontakt, unbeweglichem Gesicht, geringen Körperbewegungen und Veränderungen der Sprache (z. B. leise Stimme, monotone, einsilbige Sprache). Das Erscheinungsbild kann mit [M. Parkinson](#) verwechselt werden. Bei einigen Patienten ist die depressive Verstimmung so tiefgreifend, dass sie wie versteinert sind; sie sind unfähig, etwas zu fühlen, und beschreiben die Welt als farblos und leblos.

Die Ernährung kann stark gestört sein, was eine sofortige Intervention erfordern kann.

Einige depressive Patienten vernachlässigen ihre persönliche Hygiene oder sogar ihre Kinder, geliebte Personen oder Haustiere.

**Für die Diagnose** einer schweren depressiven Störung müssen  $\geq 5$  (1) der folgenden Merkmale fast jeden Tag während desselben 2-Wochen-Zeitraums vorhanden gewesen sein, und eines davon muss eine gedrückte Stimmung oder Verlust von Interesse oder Freude sein:

- Depressive Stimmung fast den ganzen Tag
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten für die meiste Zeit des Tages
- Signifikante ( $> 5\%$ ) Gewichts- oder abnahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit
- Insomnia (Durchschlafstörungen) oder Hypersomnie
- Von anderen beobachtete psychomotorische Unruhe oder Retardierung (nicht selbst berichtet)
- Müdigkeit oder Antriebslosigkeit
- Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle
- Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Unentschlossenheit
- Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Selbstmord, Selbstmordversuch oder einen bestimmten Plan, um Selbstmord zu begehen

## **Persistierende depressive Störung**

Depressive Symptome, die für  $\geq 2$  Jahre ohne Remission fortbestehen werden als persistent depressive Störung (PDD) bezeichnet - eine Kategorie, die Erkrankungen, die früher als chronische schwere Depression und Dysthymie bezeichnet wurden, eingestuft.

Die Symptomatik beginnt typischerweise schleichend während der Adoleszenz und kann über viele Jahre oder Jahrzehnte andauern. Die Anzahl der Symptome schwankt oft oberhalb und unterhalb der Schwelle für eine schwere depressive Episode.

Betroffene Patienten können ständig bedrückt, pessimistisch, humorlos, passiv, lethargisch, introvertiert, überkritisch gegenüber sich selbst und anderen sowie klagsam sein. Patienten mit PDD, weisen außerdem eher eine zugrunde liegende [Angststörungen](#), [Substanzgebrauchsstörungen](#) oder [Persönlichkeitsstörungen](#) (d. h. eine Borderline-Persönlichkeit) auf.

**Für die Diagnose** einer anhaltenden depressiven (2), Störung müssen die Patienten eine depressive Stimmung die meiste Zeit des Tages über mehrere Tage für  $\geq 2$  Jahre aufweisen zzgl.  $\geq 2$  der folgenden Symptome:

- Geringer Appetit oder übermäßiges Essen
- Insomnie oder Hyperinsomnie
- Wenig Energie oder Müdigkeit
- Geringes Selbstvertrauen
- Konzentrationsstörungen oder Schwierigkeiten Entscheidungen zu fällen
- Gefühle der Hoffnungslosigkeit

## Prämenstruelle Dysphorie

Prämenstruellen Dysphorie beinhaltet Stimmung und Angstsymptome, die eindeutig mit dem Menstruationszyklus in Zusammenhang stehen, mit Beginn während der prämenstruellen Phase und einem symptomfreien Intervall nach der Menstruation. Die Symptome müssen während der meisten Menstruationszyklen des zurückliegenden Jahres vorliegen.

Erscheinungsformen sind denen des prämenstruellen Syndroms ähnlich, sind aber schwerer, was zu klinisch bedeutsamer Belastung und/oder erheblicher Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktionsfähigkeit führt. Die Störung kann jederzeit nach der Menarche beginnen. Sie kann sich verschlechtern, wenn die Menopause näher kommt, hört aber nach der Menopause auf. Die Prävalenz wird auf 3 bis 8% der menstruierenden Frauen geschätzt (3).

**Zur Diagnose** einer prämenstruellen dysphorischen Störung (4), müssen die Patienten  $\geq 5$  Symptome während der Woche vor der Menstruation. aufzeigen. Die Symptome müssen, innerhalb von wenigen Tagen nach Einsetzen der Menstruation nachlassen und werden in der Woche nach der Menstruation minimal oder verschwinden. Symptom muss  $\geq 1$  der folgende Angaben enthalten:

- Deutliche Stimmungsschwankungen (z. B. plötzlich traurig oder weinerlich)
- Ausgeprägte Reizbarkeit oder Wut oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte.
- Ausgeprägte depressive Stimmung, Hoffnungslosigkeit oder fehlende Selbstachtung
- Deutliche Angst, Spannung oder ein nervöses Gefühl

Zusätzlich müssen  $\geq 1$  der folgenden Bedingungen vorhanden sein:

- Vermindertem Interesse an gewohnten Aktivitäten
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Wenig Energie oder Müdigkeit
- Deutliche Veränderung im Appetit, übermäßiges Essen oder spezieller Heißhunger
- Hyperinsomnie oder Insomnie
- Gefühl überfordert zu sein oder die Kontrolle zu verlieren
- Körperliche Symptome wie Brustspannen oder Schwellungen, Gelenk- oder Muskelschmerzen, ein Gefühl des Aufgedunsenseins und Gewichtszunahme

## Anhaltende Trauerstörung

Anhaltende Trauer ist eine anhaltende Traurigkeit nach dem Verlust eines geliebten Menschen. Sie unterscheidet sich von der Depression dadurch, dass sich die Traurigkeit auf den konkreten Verlust bezieht und nicht auf die allgemeineren Gefühle des Versagens, die mit der Depression verbunden sind. Im Gegensatz zu normaler Trauer kann dieser Zustand sehr behindernd sein und erfordert eine Therapie, die speziell auf die anhaltende Trauerstörung zugeschnitten ist.

**Bei der Diagnose** von anhaltender Trauer dauert die Trauerreaktion (gekennzeichnet durch anhaltendes Verlangen oder Sehnsucht nach und/oder Beschäftigung mit dem Verstorbenen) ein Jahr oder länger an und ist anhaltend, durchdringend und übersteigt kulturelle Normen (5). Außerdem müssen im letzten Monat  $\geq 3$  der folgenden Symptome in einem Ausmaß aufgetreten sein, das Stress oder eine Behinderung verursacht (5):

- Gefühl der Identitätsstörung (z. B. das Gefühl, dass ein Teil von einem selbst gestorben ist)
- Deutlicher Unglaube über den Tod
- Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust
- Intensiver emotionaler Schmerz (z. B. Trauer) im Zusammenhang mit dem Tod
- Schwierigkeiten, sich im laufenden Leben zu engagieren
- Emotionale Taubheit
- Gefühle der Bedeutungslosigkeit
- Intensive Einsamkeit

Zu den nützlichen Screening-Instrumenten gehören das [Inventar für komplizierte Trauer](#) und der [kurze Trauerfragebogen](#).

## Sonstige depressive Störung

Cluster von Symptomen mit Eigenschaften einer depressiven Störung, die nicht die vollen Kriterien für andere depressive Störungen erfüllt, jedoch klinisch bedeutende Bedrängnis oder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit verursacht, werden als sonstige depressive (bestimmten oder unbestimmten) Störung klassifiziert.

Eingeschlossen sind wiederkehrende Zeiträume von Dysphorie mit  $\geq 4$  anderen depressiven Symptomen, die  $< 2$  Wochen bei Menschen andauern, die nie die Kriterien für eine andere affektive Störung (z. B. wiederkehrende kurze Depression) erfüllt haben und depressive Perioden, die länger andauern, aber die unzureichende Symptome für die Diagnose einer sonstigen depressiven Störung haben.

## Spezifikatoren

Major Depression und eine persistierende depressive Störung können einen oder mehrere Spezifizierer enthalten, die zusätzliche Manifestationen während einer depressiven Episode beschreiben:

- **Ängstliche Sorge:** Die Patienten fühlen sich angespannt und ungewöhnlich unruhig; sie haben Schwierigkeiten sich zu konzentrieren, weil sie die Sorge oder Angst haben, dass

etwas Schreckliches passieren kann, oder sie glauben, dass sie die Kontrolle über sich zu verlieren.

- **Verschiedene Muster:** Die Patienten haben auch  $\geq 3$  manische oder hypomanische Symptome (z. B. gehobene Stimmung, Grandiosität, größere Redseligkeit als sonst, Ideenflucht, verringerter Schlaf). Bei Patienten mit dieser Art von Depression besteht ein erhöhtes Risiko, eine [bipolare Störung](#) entwickeln.
- **Melancholisch:** Die Patienten haben die Freude an fast allen Aktivitäten verloren oder reagieren nicht auf sonst angenehme Reize. Sie können niedergeschlagen und verzweifelt sein, exzessive oder unangemessene Schuldgefühle, morgendliches Früherwachen und deutliche psychomotorische Verlangsamung haben oder Agitiertheit sowie signifikante Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme aufweisen.
- **Atypisch:** Die Stimmung der Patienten hellt sich vorübergehend als Reaktion auf positive Ereignisse auf (z. B. ein Besuch von Kindern). Sie haben auch  $\geq 2$  der folgenden Symptome: Überreaktion auf wahrgenommene Kritik oder Ablehnung, Gefühle der bleierne Lähmung (ein Schwer oder niederdrückendes Gefühl, in der Regel in den Extremitäten), Gewichtszunahme oder gesteigerter Appetit und Hypersomnie.
- **Psychotisch:** Die Patienten haben Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen. Wahnvorstellungen darüber, unverzeihliche Sünden oder Verbrechen begangen zu haben, unheilbare oder beschämende Krankheiten zu verbergen oder verfolgt zu werden. Halluzinationen können auditiv sein (z. B. Hören von anschuldigenden oder verurteilenden Stimmen) oder visuell. Wenn nur Stimmen beschrieben werden, sollte sorgfältig abgewogen werden, ob die Stimmen echte Halluzinationen repräsentieren.
- **Katatton:** Patienten weisen starke psychomotorische Verlangsamung oder übermäßige zwecklose Aktivitäten, Rückzug und, bei einigen Patienten, Grimassieren und das Nachahmen von Sprache (Echolalie) oder Bewegungen (Echopraxie) auf.
- **Peripartaler Beginn:** Ausbruch ist während der Schwangerschaft oder in der 4. Wochen nach Niederkunft. Psychotische Merkmale können vorhanden sein; Kindestötung ist oft mit psychotische Episoden verbunden, die befehlgebende Halluzinationen, das Kind zu töten oder Wahnvorstellungen, dass das Kind besessen sei, einschließen.
- **Saisonale Muster:** Episoden treten zu einer bestimmten Jahreszeit auf, am häufigsten im Herbst oder Winter.

## Literatur zu Symptomen und Beschwerden

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 184-193.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 194-198.
3. [Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al](#): The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 28 Suppl 3:1-23, 2003. doi: 10.1016/s0306-4530(03)00098-2. PMID: 12892987
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 198-201.

## Diagnose von depressiven Störungen

---

- Kriterien des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. Auflage, Textüberarbeitung
- Gesamtblutbild (CBC), Elektrolyte und thyreoidea-stimulierendes Hormon, Vitamin B12 und Folsäurespiegel zur Ausschließung allgemeiner medizinischer Störungen, die Depressionen verursachen können

Die Diagnose depressiver Störungen beruht auf der Feststellung der Symptome und Beschwerden und den oben beschriebenen klinischen Kriterien. Spezifische geschlossene Fragen tragen dazu bei zu eruieren, ob die Patienten die Symptome haben, die laut DSM-5-Kriterien für die Diagnose einer Major Depression erforderlich sind. Um depressive Störungen von normalen Stimmungsvarianten zu unterscheiden, müssen signifikanter Leidensdruck oder offensichtlicher Beeinträchtigung sozialer, beruflicher und anderer wichtiger Funktionsbereiche vorhanden sein.

Der Schweregrad wird durch das Ausmaß der Schmerzen und der Behinderung (körperlich, sozial, beruflich) und durch die Symptombdauer bestimmt. Ein Arzt sollte die Patienten behutsam, aber direkt nach Gedanken und Plänen fragen, sich selbst oder anderen Personen etwas anzutun, nach früheren [Suizid](#)androhungen und/oder Suizidversuchen. Psychose und Katatonie sind Hinweise auf eine schwere Depression. Ein melancholisches Syndrom zeigt eine schwere Depression an. Gleichzeitig bestehende körperliche Erkrankungen, [Substanzgebrauchsstörungen](#) und [Angststörungen](#) können den Schweregrad verstärken.

### Differenzialdiagnosen

Depressive Störungen sind von Demoralisierung und Trauer abzugrenzen. Andere psychiatrische Störungen (z. B. [Angststörungen](#)) können die Diagnose einer Depression vortäuschen oder verschleiern. Manchmal liegen mehr als eine Störung vor. Es muss zwischen Major Depression (unipolare Depression) und [bipolarer affektiver Störung](#) unterschieden werden.

Bei älteren Patienten kann sich eine Depression als depressive Demenz (früher Pseudodemenz genannt) darstellen, die viele Symptome und Zeichen einer [Demenz](#) aufweist wie psychomotorische Verlangsamung und Konzentrationsmängel. Eine frühe Demenz kann allerdings tatsächlich eine Depression verursachen. Generell sollte bei unklarer Diagnose zunächst eine Depressionsbehandlung versucht werden.

Die Unterscheidung zwischen chronischen depressiven Störungen wie Dysthymie und [Substanzgebrauchsstörungen](#) kann schwierig sein, v. a. weil beide gleichzeitig auftreten und sich gegenseitig verstärken können.

Auch allgemeine medizinische Erkrankungen müssen als Ursache für depressive Symptome ausgeschlossen werden. Eine [Hypothyreose](#) verursacht häufig Symptome einer Depression und ist

besonders bei älteren Patienten häufig. [Insbesondere](#) M. Parkinson kann sich mit Symptomen manifestieren, die eine Depression imitieren (z. B. Energieverlust, Ausdruckslosigkeit, Bewegungsarmut). Eine sorgfältige [neurologische Untersuchung](#) ist zum Ausschluss dieser Störung erforderlich.

## Vorsorge

Für das Screening auf Depressionen stehen mehrere kurze Fragebögen zur Verfügung. Mit ihnen lassen sich einige depressive Symptome genauer bestimmen, sie reichen jedoch alleine für die Diagnose nicht aus. Viele dieser Instrumente sind jedoch nützlich, um Risikopersonen zu identifizieren, die eine eingehendere Untersuchung benötigen. Zu den am häufigsten verwendeten Screening-Instrumenten gehören der [Patient Health Questionnaire-9](#) (PHQ-9) und das [Beck-Depressions-Inventar](#) (BDI).

## Tests

Es gibt keine Laborbefunde, die für depressive Störungen pathognomonisch sind. Allerdings sind Labortests notwendig, um körperliche Bedingungen auszuschließen, die eine Depression verursachen können (siehe Tabelle [Einige Ursachen der Depression](#)). Zu den Tests gehören ein komplettes Blutbild, Schilddrüsen-stimulierende Hormonwerte und routinemäßige Elektrolyt-, Vitamin B12- und Folsäurespiegel sowie bei älteren Männern Testosteron-Spiegel. Manchmal ist ein Drogenscreening sinnvoll.

## Diagnosehinweis

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 177-214.

## Behandlung von depressiven Störungen

---

- Unterstützung
- Psychotherapie
- Medikamente

(Siehe auch [Medikamentöse Behandlung von Depression](#).)

Die Symptome können spontan remittieren, insbesondere wenn sie leicht sind oder von kurzer Dauer. Eine leichte Depression kann mit allgemeiner Unterstützung und Psychotherapie behandelt werden. Mittelschwere bis schwere Depressionen werden mit Medikamenten, Psychotherapie oder beidem und manchmal auch mit [Elektrokrampftherapie](#) oder [transkranieller magnetischer Stimulation](#) behandelt. Einige Patienten brauchen eine medikamentöse Kombinationsbehandlung. Eine Besserung ist möglicherweise erst nach 1 bis 4 Wochen Pharmakotherapie zu erkennen.

Depressionen, vor allem bei Patienten, die bereits > 1 Episode hatten, können wieder auftreten; daher ist in schweren Fällen oft eine langfristige medikamentöse Erhaltungstherapie erforderlich.

Die meisten Menschen mit einer Depression werden ambulant behandelt. Patienten mit erheblichen Suizidideationen, insbesondere solche mit mangelnder familiärer Unterstützung, müssen stationär

behandelt werden; dies gilt auch für Patienten mit psychotischen Symptomen oder körperlicher Behinderung.

Bei Patienten mit **Substanzgebrauchsstörungen** gehen Depressionssymptome häufig innerhalb weniger Monate nach Beendigung des Substanzgebrauchs zurück. Eine antidepressive Behandlung ist mit geringerer Wahrscheinlichkeit wirksam, solange der Substanzmissbrauch weitergeht.

Könnte die Ursache eine **körperliche Erkrankung** oder **Arzneimitteltoxizität** sein, ist zunächst die zugrunde liegende Störung zu behandeln. Bestehen jedoch Zweifel an der Diagnose oder sind die Symptome behindernd oder beinhalten Suizidgedanken oder Hoffnungslosigkeit, kann ein therapeutischer Versuch mit einem Antidepressivum oder einem Stimmungsstabilisierer helfen.

Bei einer anhaltenden Trauerstörung kann eine speziell auf diese Störung zugeschnittene Psychotherapie hilfreich sein (1).

## Erste Maßnahmen

Bis eine definitive Besserung einsetzt, kann es notwendig sein, dass ein Arzt die Patienten wöchentlich oder alle 2 Wochen sieht, um ihnen Unterstützung und Psychoedukation zukommen zu lassen und den Fortschritt zu überwachen. Telefongespräche können die Konsultationen in der Praxis ergänzen.

Patienten und Angehörige können angesichts der Vorstellung, eine psychische Erkrankung zu haben, besorgt und beschämt sein. Indem er erläutert, dass Depression eine schwerwiegende medizinische Krankheit darstellt, der biologische Unregelmäßigkeiten zugrunde liegen, die eine spezielle Behandlung erfordert und die behandelt eine gute Prognose hat, kann der Arzt ihnen helfen. Patienten und Angehörigen sollte versichert werden, dass eine Depression kein Charakterfehler ist (z. B. Faulheit, Schwäche). Werden die Patienten darüber informiert, dass der Heilungsprozess häufig fluktuiert, können sie Gefühle der Hoffnungslosigkeit leichter in der richtigen Perspektive sehen, und dies verbessert die Adhärenz.

Die Patienten zu ermutigen, nach und nach einfache Aktivitäten (z. B. Spaziergehen, regelmäßige sportliche Betätigung) und soziale Kontakte wieder vermehrt aufzunehmen, und ihren Wunsch anzuerkennen, Aktivitäten zu meiden, sollte gegeneinander abgewogen werden. Der Arzt kann den Patienten empfehlen, Selbstanschuldigungen zu vermeiden, und ihnen erklären, dass düstere Gedanken Teil der Krankheit sind und auch wieder vergehen werden.

## Psychotherapie

Zahlreiche randomisierte Studien haben gezeigt, dass Psychotherapie, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Therapie, bei Patienten mit schweren depressiven Störungen sowohl zur Behandlung akuter Symptome als auch zur Verringerung der Rückfallwahrscheinlichkeit wirksam ist (2). Patienten mit schwacher Depression neigen dazu, bessere Ergebnisse als diejenigen mit schwerer Depression zu erzielen, aber das Ausmaß der Verbesserung ist größer bei denjenigen mit schwerwiegenderer Depression.

## Pharmakotherapie bei Depression

Zur Behandlung von Depressionen können mehrere Klassen von Medikamenten eingesetzt werden:

- [Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer](#) (SSRI)
- [Serotoninmodulatoren](#) (5-HT<sub>2</sub>-Blocker)
- [Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer](#)
- [Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer](#)
- [Heterozyklische Antidepressiva](#)
- [Monoaminoxidasehemmer](#) (MAOH)
- [Melatonerges Antidepressivum](#)
- [Ketamin und Esketamin](#)

Die [Arzneimittelauswahl](#) kann sich am früheren Ansprechen auf ein bestimmtes Antidepressivum orientieren. Andernfalls sind oft SSRI die initialen Arzneimittel der Wahl. Obwohl die verschiedenen SSRI in typischen Fällen gleich wirksam sind, machen bestimmte Eigenschaften sie für bestimmte Patienten mehr oder weniger geeignet (siehe Tabelle [Antidepressiva](#)).

## Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei der EKT wird unter kontrollierten Bedingungen ein Krampfanfall elektrisch ausgelöst. Der Wirkmechanismus ist unklar, aber die Erzeugung von Krampfanfällen scheint ein wesentlicher Bestandteil ihrer antidepressiven Wirkung zu sein. Die moderne EKT, die unter Vollnarkose durchgeführt wird, wird in der Regel gut vertragen, doch können akut Verwirrung und Gedächtnisstörungen auftreten. Vieles davon bessert sich und ist bis zu 6 Monate nach einer EKT-Kur verschwunden, aber die retrograde Amnesie kann langfristig bestehen bleiben. Dies gilt insbesondere für Erinnerungen aus den Monaten vor der EKT. Bei Patienten mit kognitiven Grunddefiziten, bei Patienten, die bilateral behandelt werden, bei älteren Patienten und bei Patienten, die Lithium erhalten, besteht ein höheres Risiko für Gedächtnisstörungen und Verwirrung.

Die Folgenden werden häufig mit ECT behandelt, wenn Medikamente unwirksam sind:

- Schwere suizidale Depression
- Depression mit Agitation oder psychomotorischer Retardierung
- Wahnhafte Depression
- Depression während der Schwangerschaft

Auch bei Patienten, die die Nahrungsaufnahme verweigern, kann eine EKT nötig sein, um den Tod des Patienten zu verhindern. EKT ist auch bei psychotischer Depression äußerst wirksam.

Die Reaktion auf 6–10 EKT-Behandlungen ist meist dramatisch und mitunter lebensrettend (3). Ein Rückfall nach einer EKT ist häufig, und die Medikamente werden in der Regel auch nach Absetzen der EKT weiter eingenommen.

## Lichttherapie

Die Lichttherapie ist vor allem für ihre Wirkung bei saisonalen Depressionen bekannt, scheint aber auch bei nicht saisonalen Depressionen wirksam zu sein (4).

Die Behandlung kann zu Hause mit einem speziellen Lichtgerät durchgeführt werden, das 2500 bis 10.000 Lux in einem Abstand von 30 bis 60 cm liefert und vor dem die Patienten 30 bis 60 Minuten/Tag sitzen (mit einer weniger intensiven Lichtquelle länger).

Bei Patienten, die abends spät schlafen gehen und morgens spät aufstehen, ist die Lichttherapie morgens am wirksamsten, manchmal ergänzt durch 5 bis 10 Minuten Bestrahlung zwischen 15 und 19 Uhr. Bei Patienten, die früh schlafen gehen und früh aufstehen, ist die Lichttherapie zwischen 15 und 19 Uhr am wirksamsten.

## Weitere Therapien

**Psychostimulanzien** (z. B. Dextroamphetamin, Methylphenidat) werden manchmal eingesetzt, oft in Kombination mit Antidepressiva. Eine Reihe von kontrollierten Studien unterstützen den Einsatz bei depressiven Störungen (5).

Einige Patienten verwenden **Phytopharmaka**. [Johanniskraut](#) kann bei leichter Depression wirksam sein; allerdings ist die Datenlage nicht eindeutig. Johanniskraut kann mit anderen Antidepressiva und weiteren Arzneimitteln interagieren. Einige randomisierte Studien mit Omega-3-Ergänzungspräparaten, die als Ergänzung oder als Monotherapie eingesetzt wurden, lassen vermuten, dass Eicosapentaensäure eine nützliche antidepressive Wirkung hat (6).

Bei der **Vagusnervstimulation** wird der N. vagus intermittierend über einen implantierten Impulsgeber stimuliert. Sie kann hilfreich sein bei therapierefraktärer Depression, die Wirkung tritt in der Regel allerdings erst nach 3–6 Monaten ein.

Die Verwendung der **repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS)** für die Akutbehandlung einer schweren depressiven Störung wird durch randomisierte Studien (7) erheblich unterstützt. Niederfrequente rTMS darf am rechten dorsolateralen präfrontalen Kortex (DLPC) angewendet werden, und hochfrequente rTMS kann am linken DLPC angewendet werden. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen und Kopfhaut Beschwerden; beide treten häufiger bei Hochfrequenz statt niederfrequente rTMS verwendet.

**Die tiefe Hirnstimulation** mit implantierten Elektroden, die auf den subgenualen cingulären Cortex oder die anteriore ventrale innere Kapsel/das ventrale Striatum abzielen, hat in unkontrollierten Fallserien vielversprechende Ergebnisse gezeigt (8). Randomisierte Studien sind im Gange.

**Selbsthilfegruppen** (z. B. Depression and Bipolar Support Alliance [[DBSA](#)]) können die Patienten unterstützen, indem sie ihnen ein Forum für den Austausch gemeinsamer Erfahrungen und Gefühle bieten.

## Literatur zur Behandlung

1. [Rosner R, Bartl H, Pfoh G, et al](#): Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *J Affect Disord*. 183:106-112, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.051
2. [Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, et al](#): The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *J Affect Disord* 159:118-126, 2014. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.026

3. [Jaffe R](#): The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association, 2nd ed. Aufgerufen am 11.08.23.
4. [Dong C, Shi H, Liu P, et al](#): A critical overview of systematic reviews and meta-analyses of light therapy for non-seasonal depression. *Psychiatry Res.* 314:114686, 2022. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114686
5. [McIntyre RS, Lee y, Zhou AJ, et al](#): The efficacy of psychostimulants in major depressive episodes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 37(4):412-418, 2017. doi: 10.1097/JCP.0000000000000723
6. [Bazinet RP, Metherel AH, Chen CT, et al](#): Brain eicosapentaenoic acid metabolism as a lead for novel therapeutics in major depression. *Brain Behav Immun* 85:21-28, 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2019.07.001
7. [Berlim MT, van den Eynde F, Tovar-Perdomo S, et al](#): Response, remission and drop-out rates following high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for treating major depression: A systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind and sham-controlled trials. *Psychol Med* 44(2):225-239, 2014. doi: 10.1017/S0033291713000512
8. [Bergfeld IO, Mantione M, Hoogendoorn MLC, et al](#): Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 73(5):456-64, 2016. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0152

## Wichtige Punkte

---

- Depression ist eine häufige Erkrankung, die depressive Stimmung und/oder nahezu vollständigen Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die zuvor genossen wurden, beinhaltet; somatischen (z. B. Gewichtsänderung, Schlafstörungen) und kognitive Manifestationen (z. B. Konzentrationsstörungen) sind häufig.
- Eine Depression kann erheblich die Fähigkeit, bei der Arbeit zu funktionieren und sozial zu interagieren beeinträchtigen; das Suizidrisiko ist signifikant.
- Manchmal werden depressive Symptome durch allgemeine medizinische Störungen (z. B. Schilddrüsen- oder Nebennierenerkrankungen, gut- oder bösartige Hirntumore, Schlaganfall, AIDS, Parkinson-Krankheit, multiple Sklerose) oder die Einnahme bestimmter Medikamente (z. B. Kortikosteroide, einige Betablocker, Interferon, einige illegale Drogen) verursacht.
- Die Diagnose basiert auf klinischen Kriterien; allgemeine medizinische Erkrankungen müssen durch klinische Beurteilung und ausgewählte Tests (z. B. Gesamtblutbild, Elektrolyt-, TSH-, B12- und Folsäurespiegel) ausgeschlossen werden.
- Die Behandlung umfasst eine Psychotherapie und in der Regel Medikamente; in der Regel werden zunächst SSRIs ausprobiert, und wenn diese unwirksam sind, können andere Medikamente, die auf Serotonin, Noradrenalin und/oder Dopamin wirken, versucht werden.



Copyright © 2025 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved.