

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dissertation

Wissensstand der Bevölkerung zur Depression

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Brigitte Carolin Schäfer
aus Neustadt an der Weinstraße

Gutachter/in: 1. Herr Prof. Dr. med. Stefan Willich
2. Frau Prof. Dr. med. Andrea Pfennig
3. Herr Univ.-Prof. Dr. med. Christian Simhandl

Datum der Promotion: 09. September 2011

Zusammenfassung

Im Rahmen der Berliner „langen Nacht der Wissenschaften“ wurden am 11. Juni 2005 in neun Stunden 143 Besucher zu ihrem Wissensstand bezüglich der Depression befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 31 Jahre. Etwa 64% waren weiblich, 36% männlich. Die Männer zeigten eine unterproportionale Antwortbereitschaft. Bezüglich des Bildungsniveaus kann von keiner Normalverteilung ausgegangen werden: 82% verfügten über das Abitur als höchsten Schulabschluss, 16% über einen Realschulabschluss.

Bei der Befragung waren von jedem Einzelnen fünf Fragen zu den Themen Prävalenz, Erkrankungsalter, Symptomatik, Diagnosestellung und Behandlung zu beantworten. Hierbei ergab sich, dass ungefähr 41% der Besucher in der Lage waren, vier von fünf Fragen korrekt zu beantworten. 11% konnten sogar alle fünf Fragen richtig beantworten. Im direkten Vergleich waren Gymnasiasten häufiger als Realschüler dazu in der Lage, vier oder fünf richtige Antworten zu geben.

Insgesamt kann wegen des hohen durchschnittlichen Bildungsniveaus der Befragten davon ausgegangen werden, dass Informationsdefizite in der Gesamtbevölkerung eher weiter verbreitet sind, als dies in den Ergebnissen zum Ausdruck kommt.

Dennoch lässt die Auswertung der Befragung Grund zur Annahme, dass die Aufklärungskampagnen der letzten Jahre bei interessierten Personen das Wissen über die Krankheit Depression erhöht haben. Zukünftige Aufklärungsversuche sollten ein besonderes Augenmerk auf den unterschiedlichen Bildungshintergrund der Teilnehmer legen und ein diesbezüglich zielgerichtetes Angebot machen.

Das Vorhandensein eines weiteren Aufklärungsbedarfs der Allgemeinbevölkerung konnte auch durch eine systematische Literaturrecherche zum Thema gestützt werden. In dieser Recherche konnten zahlreiche Studien ermittelt werden, die ein großes Informationsdefizit der Bevölkerung hinsichtlich der Erkrankung Depression offen legen.

Abstract

On 11th June 2005 in the course of nine hours 143 persons visiting the Berlin „lange Nacht der Wissenschaften“ („long night of the sciences“) were interviewed regarding their knowledge of depression as illness. The average age of the persons interviewed was 31 years with approximately 64% being females and 36% being males. Thus men proved to be far less willing to participate. As far as the educational level is concerned, it cannot be assumed that the respondents resembled the general population: 82% stated they had Abitur (general qualification for university entrance) as their highest education level, 16% had a Realschulabschluss (school-leaving certificate after five years of secondary school).

Each respondent had to answer 5 questions regarding prevalence, age of onset, symptoms, diagnosis and treatment. The results showed that about 41% of the respondents were able to answer 4 out of 5 questions correctly. 11% answered even all 5 questions correctly. In direct comparison persons with Abitur were more often able to give 4 or 5 correct answers than those with Realschulabschluss.

On the whole, due to the high average educational level of the persons interviewed, it may be assumed that in the general population the information deficit is even larger than reflected in the results here present.

However, the evaluation of the questionnaire shows that there is reason to believe that information campaigns during the recent years have widened the knowledge of interested persons regarding depression. Future educational campaigns should focus on the various educational backgrounds of the participants and offer specific and adequate information with regard hereto.

The existing need for further educational campaigns amongst the general public could also be affirmed by a systematic review of the literature on the topic. During this review numerous studies could be found revealing a huge information deficit in the general public regarding the depression illness.

Ad astra per aspera

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Krankheitsbild Depression	1
1.1.1	Definition, Verlaufsformen und Epidemiologie.....	1
1.1.2	Ätiologie	4
1.1.3	Symptomatik und Diagnosestellung.....	5
1.2	Therapie der Depression.....	7
1.2.1	Empfehlungen und Leitlinien.....	7
1.2.2	Antidepressive Medikation	9
1.2.3	Psychotherapie	11
1.3	Versorgungssituation der Depression	12
1.4	Einstellungen und Wissensstand der Bevölkerung zur Depression.....	14
1.4.1	Stigmatisierungssängste	14
1.4.2	Einstellungen und Wissensstand	15
2	Fragestellung	33
3	Methoden.....	35
3.1	Studiensetting „Lange Nacht der Wissenschaften“	35
3.2	Wissensquiz	36
3.2.1	Quiz-Fragebogen.....	36
3.2.2	Quiz-Auflösung.....	40
3.3	Depressions-Screening und Informationsmaterial.....	42
3.4	Datenverarbeitung und statistische Methodik	47
4	Ergebnisse	49
4.1	Teilnehmer.....	49
4.2	Beantwortung der Quiz-Fragen	51
4.2.1	Depressionshäufigkeit in Deutschland	51

4.2.2	Erkrankungsalter	53
4.2.3	Symptomatik	55
4.2.4	Diagnose	57
4.2.5	Behandlung	59
4.3	Häufigkeit richtiger Antworten.....	61
4.3.1	Richtige Antworten pro Frage.....	61
4.3.2	Richtige Antworten pro Teilnehmer.....	61
4.4	Confounding	63
4.4.1	Abhängigkeiten zwischen Alter und Geschlecht	63
4.4.2	Abhängigkeiten zwischen Alter und Bildung	63
4.4.3	Abhängigkeiten zwischen Geschlecht und Bildung.....	64
4.5	Einflüsse auf die korrekte Beantwortung der Quiz-Fragen.....	66
4.5.1	Einfluss des Alters.....	66
4.5.2	Einfluss des Geschlechts.....	67
4.5.3	Einfluss des Bildungsstands.....	67
5	Diskussion	69
5.1	Repräsentativität	69
5.2	Schwächen	71
5.3	Vergleich mit anderen Studien	72
5.4	Schlussfolgerungen	72
6	Zusammenfassung	74
7	Literaturverzeichnis	76
Anhang.....		88
Danksagung		89
Lebenslauf.....		90
Selbstständigkeitserklärung.....		91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Literaturrecherche für das Kapitel „Einstellungen und Wissensstand“	17
Abbildung 3.1:	Drei Teammitglieder des insgesamt vierköpfigen Teams	36
Abbildung 3.2:	Wissensquiz-Fragebogen	37
Abbildung 3.3:	Werbeplakat für das Wissensquiz	39
Abbildung 3.4:	Beamer-Projektion der Wissensquiz-Auflösung (die sechs Slides wurden einzeln hintereinander projiziert)	41
Abbildung 3.5:	Werbeplakat für das Depressions-Screening	43
Abbildung 3.6:	Depressions-Screening-Fragebogen	45
Abbildung 3.7:	Schablone zum selbstständigen Auswerten des Depressions-Screenings ..	46
Abbildung 3.8:	Probanden werden beraten und erhalten Informationsmaterial.....	47
Abbildung 4.1:	Altersverteilung der Stichprobe.....	50
Abbildung 4.2:	Bildungsniveau der Befragten.....	51
Abbildung 4.3:	Depressionshäufigkeit in Deutschland.....	52
Abbildung 4.4:	Erkrankungsalter.....	54
Abbildung 4.5:	Symptomatik	56
Abbildung 4.6:	Diagnose.....	58
Abbildung 4.7:	Behandlung	60
Abbildung 4.8:	Korrekt gegebene Antworten pro Frage	61
Abbildung 4.9:	Korrekt gegebene Antworten pro Teilnehmer	62
Abbildung 4.10:	Korrekt beantwortete Fragen von Personen mit Gymnasialabschluss und Realschulabschluss	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Internationale Klassifikation von affektiven Störungen.....	2
Tabelle 1.2:	ICD-10-Diagnosen der wichtigsten mit Depression einhergehenden Störungen	6
Tabelle 1.3:	Auflistung aller aufgeführten Studien des Kapitels „Einstellungen und Wissensstand“	30
Tabelle 4.1:	Altersverteilung von Frauen und Männern im Vergleich.....	63
Tabelle 4.2:	Höchster Schulabschluss und jeweilige Altersverteilung.....	64
Tabelle 4.3:	Höchster Schulabschluss von Frauen und Männern im Vergleich	65
Tabelle 4.4:	Richtige Antworten und jeweiliger Altersdurchschnitt.....	66
Tabelle 4.5:	Richtige Antworten von Frauen und Männern im Vergleich	67

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Krankheitsbild Depression

1.1.1 Definition, Verlaufsformen und Epidemiologie

Als „depressiv“ bezeichnet man umgangssprachlich einen Zustand psychischer Niedergeschlagenheit. In der Psychiatrie wird die Depression den affektiven Störungen zugeordnet. Der Begriff „affektive Störungen“ wird Erkrankungen vorbehalten, bei denen das vorrangige Symptom die veränderte Stimmungslage ist und körperliche Symptome als sekundäre Begleiterkrankungen auftreten. Unter den affektiven Störungen, auch als Gemütskrankheiten bezeichnet, findet man depressive Syndrome mit eher gedrückter Stimmung sowie auch manische Zustände, bei denen die Stimmung pathologisch gehoben ist. Die Einteilung von affektiven Störungen variiert je nach Klassifikationssystem (Tabelle 1.1).

**Tabelle 1.1: Internationale Klassifikation von affektiven Störungen
(nach Laux, 2009)**

<u>ICD-10</u>	<u>DSM-IV</u>
Manische Episode (F30) <ul style="list-style-type: none"> • Hypomanie (F30.0) • Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) • Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2) 	
Bipolare affektive Störung (F31) Unterteilung nach <ul style="list-style-type: none"> • Episode (depressiv/manisch/gemischt) • Schweregrad • Verlauf (remittiert) 	Bipolare Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Bipolar I (Manie, Depression/Manie) • Bipolar II (Depression/Hypomanie) • Zyklotyme Störung
Depressive Episode (F32) Unterteilung nach Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> • ± psychotische Symptome • ± somatische Symptome 	Depressive Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Major Depression (einzeln, rezidivierend) • Dysthyme Störung
Rezidivierende depressive Störung (F33) <ul style="list-style-type: none"> • Unterteilung nach Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> • ± psychotische Symptome • ± somatische Symptome • Verlauf remittiert 	
Anhaltende affektive Störungen (F34) <ul style="list-style-type: none"> • Zyklotymia (F34.0) • Dysthymia (F34.1) 	
Andere affektive Störungen (F38)	Andere affektive Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Morbus Parkinson, Hypothyreose, Apoplex) • Substanzinduzierte affektive Störung (Drogen, Medikamente, Intoxikation, Entzug)
	Zusatzkodierungen (u. A. Schweregrad, Verlauf)

Prinzipiell können je nach vorherrschender Symptomatik unipolare und bipolare Störungen unterschieden werden. Bei den unipolaren Verlaufsformen zeigen die Patienten entweder vorherrschende Symptome einer Depression oder einer Manie. Die Erkrankung verläuft in Schüben, zwischen denen eine vollständige Remission erreicht werden kann. Bei der bipolaren Verlaufsform erleben die Patienten sowohl depressive als auch manische Episoden, die sich regelmäßig oder unregelmäßig abwechseln. Auch bei dieser Verlaufsform können die Patienten zwischen den Phasen vollkommen beschwerdefrei sein. Unipolare Verläufe mit ausschließlich depressiven Episoden sind deutlich häufiger als bipolare Verläufe. Hierbei wird geschätzt, dass ca. 65% der Fälle unipolar (nur depressive Episoden), ca. 30% der Fälle bipolar (depressive und manische Episoden) verlaufen. Bei weniger als 5% kommt es zu ausschließlich manischen Episoden. Außerdem können affektive Störungen monophasisch (einmalig) oder polyphasisch (wiederholt) auftreten. Einphasische depressive Verläufe sind mit ca. 15% aller depressiven Störungen relativ selten. Mehrphasische Verläufe kommen deutlich häufiger vor. Hierbei ist die durchschnittliche Episodenanzahl bei bipolaren Erkrankungen mit insgesamt ca. neun etwa doppelt so hoch wie bei rezidivierenden depressiven Störungen mit ca. vier Episoden (Laux, 2009).

Unter den affektiven Störungen kommt den depressiven Erkrankungen bei Weitem die größte Bedeutung zu, sie gehören heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. In unterschiedlichen Ländern und Kulturkreisen ergeben sich verschiedene Zahlen zur Häufigkeit der Depression. Genauso hängen die exakten Häufigkeitsangaben auch von Stichproben und Diagnosekriterien ab. Verschiedene Untersuchungen in Industrienationen kommen unter Berücksichtigung operationalisierter Diagnostik mittels ICD-10 oder DSM-IV zu einer durchschnittlichen 6-Monats-Prävalenz von ca. 5% (Wittchen et al., 1992; Lépine et al., 1997). In Deutschland leiden durchschnittlich etwa 11% der Bevölkerung (ca. neun Millionen Menschen) an behandlungsbedürftigen Depressionen (Punktprävalenz (Wittchen et al., 2002)). Ca. 18% der Gesamtbevölkerung in Deutschland erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer (Lebenszeitrisiko für Männer 12%, für Frauen 24% (Wittchen et al., 2000)). Die Prävalenz von Depressionen ist bei Frauen offenbar kulturunabhängig doppelt so hoch wie bei Männern. Bei bipolaren Erkrankungen bestehen bezüglich der Häufigkeit keine Geschlechtsunterschiede. In den unterschiedlichen sozialen Schichten treten Depressionen etwa ähnlich häufig auf. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt für unipolare Störungen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, für bipolare Störungen zwischen dem 25. und 30.

Lebensjahr. Prinzipiell können Depressionen aber in jedem Alter auftreten (Wittchen et al., 2000).

1.1.2 Ätiologie

Die Ätiopathogenese affektiver Störungen ist bis heute nur teilweise verstanden. Es ist in jedem Fall ein multikausales Bedingungsgefüge anzunehmen. Eindimensionale Entstehungsmodelle greifen zu kurz. In den letzten Jahren hat sich mehr und mehr die Vorstellung durchgesetzt, dass sowohl biochemische als auch psychologische und soziale Faktoren eng verflochten bei der Auslösung und weiteren Unterhaltung der depressiven Erkrankungen beteiligt sind (Laux, 2009). Aktuell spricht man von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, bestehend aus folgenden Einflüssen:

- genetische Prädisposition,
- neurobiologische Faktoren,
- neuroendokrinologische Faktoren,
- physikalische Einflüsse,
- soziale Faktoren,
- lerntheoretische Faktoren,
- tiefenpsychologische Faktoren,
- Persönlichkeitsfaktoren.

Klar belegt sind die empirisch-genetischen Befunde zum erblichen Faktor. Hierfür sprechen die höheren Erkrankungszahlen bei Verwandten ersten Grades und Zwillingsstudien, wobei allerdings nur die Vulnerabilität (Erkrankungsrisiko) vererbt wird. Das Vorhandensein eines einzelnen Hauptgens kann inzwischen ausgeschlossen werden. Der Anteil der genetischen bedingten Vulnerabilität liegt bei maximal 25% (Lipp et al., 2000).

Wichtige neurobiologische Hypothesen sind die Katecholamin-Mangel-Hypothese (funktionales Defizit des noradrenergen Systems), die Monoamin-Mangel-Hypothese (kombinierter Mangel an Noradrenalin, Serotonin und Dopamin), die cholinerg-aminerge Imbalance-Hypothese (Ungleichgewicht mit relativem Überwiegen des cholinergen Systems während der Depression und des noradrenergen Systems während der Manie) sowie die Hypothese einer Supersensitivität noradrenerger Betarezeptoren (sogenannte Down-Regulation der Betarezeptoren). Neben den angenommenen Veränderungen auf Transmitter- und Rezeptorebene spielen wahrscheinlich auch intrazelluläre

Signaltransduktionsmechanismen, d.h. Second-Messenger-Systeme, eine wesentliche Rolle in der Pathogenese affektiver Störungen. Der genaue biologische Wirkmechanismus ist weiterhin umstritten und Gegenstand intensiver Forschung.

Weitere Erklärungsversuche fokussieren neuroendokrinologische Störungen. Insbesondere die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und die Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse scheinen hier bedeutsam (Holsboer, 2001).

Zu den physikalischen Einflüssen zählt beispielsweise der saisonale Lichtmangel, der die gleichnamige Depression auslösen kann.

Kritische Lebensereignisse (sogenannte „life events“) oder länger bestehende Belastungen, die Stressreaktionen hervorrufen, sind als soziale Faktoren zu verstehen und spielen offenbar eine wichtige Rolle. Bei mindestens 30% der Betroffenen scheinen gehäufte Belastungssituationen im Vorfeld nachgewiesen (Paykel et al., 1996).

Beim lerntheoretischen Ansatz verfolgt man zum Beispiel ein Modell der erlernten Hilflosigkeit. Hierunter versteht man das Erleben wiederholter negativer Erfahrungen, die nicht selbst kontrolliert werden können, was letztendlich zu Versagensängsten, Hilflosigkeit und im schlimmsten Fall zu depressiven Störungen führt (Seligman, 2004).

Unter Anderem die Reaktivierung frühkindlicher Mangel Erfahrungen oder Verlustängste durch Trennung von ehemals wichtigen Bezugspersonen werden im tiefenpsychologischen Modell berücksichtigt.

Des Weiteren findet sich auf der Persönlichkeitsebene ein genauer betrachteter „Typus melancholicus“, der eine prämorbid Persönlichkeitsstruktur mit Selbstunsicherheit, übermäßiger Gewissenhaftigkeit, Ordentlichkeit und ausgeprägter Leistungs Betonung darstellt. Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass diese Persönlichkeitsfaktoren einen Vulnerabilitätseffekt besitzen (Hirschfeld et al., 1997).

Wie ersichtlich, ist die Ätiopathogenese affektiver Störungen äußerst komplex und immer noch Gegenstand zahlreicher Forschungen in ganz unterschiedlichen Gebieten.

1.1.3 Symptomatik und Diagnosestellung

Da es kein Schlüsselsymptom zur sicheren Diagnosestellung einer Depression gibt, verlangt das Erkennen depressiver Erkrankungen eine sorgfältige und präzise Diagnostik (Goldberg et al., 1988). Depressive Syndrome können im Rahmen unterschiedlicher Diagnosen auftreten.

In der untenstehenden Tabelle (Tabelle 1.2) sind die wichtigsten mit depressiven Syndromen einhergehenden ICD-10-Diagnosen (Dilling et al., 2008) genannt.

Tabelle 1.2: ICD-10-Diagnosen der wichtigsten mit Depression einhergehenden Störungen
(nach Althaus, 2004)

F31	Depressive Phase im Rahmen einer bipolaren Störung (manisch/depressiv)
F32	Depressive Phase, monophasisch (unipolare Depression)
F33	Depressive Phase, rezidivierend (unipolare Depression) <ul style="list-style-type: none"> • leicht: 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome • mittelgradig: 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome • schwer: 3 Hauptsymptome + 4 Zusatzsymptome <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} ≥ 2 Wochen</div>
F34	Dysthymie: milde (nicht rezidivierende), im jungen Erwachsenenalter beginnende, über mindestens 2 Jahre anhaltende depressive Verstimmung
F06.32	Organische depressive Störung

Nach ICD-10 müssen zur Diagnosestellung einer Depression mehrere Kriterien erfüllt sein. Es wird hier unterschieden zwischen drei typischen Hauptsymptomen und sieben häufigen Nebensymptomen, die die depressiven Erkrankungen kennzeichnen.

Die drei Hauptsymptome sind:

- depressive Stimmung,
- Verlust von Interesse und Freude,
- erhöhte Ermüdbarkeit bzw. Energieverlust.

Zu den sieben Nebensymptomen zählen:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit,
- eine negative oder pessimistische Zukunftsperspektive,
- Suizidgedanken oder erfolgte Suizidhandlungen,
- Schlafstörungen,
- verminderter Appetit.

Um die Diagnose einer depressiven Episode stellen zu können, müssen die Patienten mindestens zwei Wochen unter mindestens zwei der genannten Hauptsymptome und unter mindestens zwei Nebensymptomen leiden. Die Einstufung des Schweregrades nach ICD-10

wird abhängig von der Anzahl der Nebensymptome vorgenommen. Bei zwei Nebensymptomen wird eine leichte depressive Episode, bei drei eine mittelschwere und bei mindestens vier Nebensymptomen eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Bei Vorliegen einer schweren Depression können die Aufgaben des täglichen Lebens meist nicht mehr erfüllt werden.

Von besonderer Bedeutung innerhalb der Symptomatologie ist die mit Depression verbundene Suizidalität. Bei Patienten mit depressiven Störungen ist die Mortalität deutlich erhöht. In verschiedenen Studien hierzu wurden Suizid-Risikoerhöhungen von 12-20 % bei Depressiven im Vergleich zur Gesamtbevölkerung genannt (Harris et al., 1997; Angst et al., 1999). Damit gehören depressive Störungen zu den schweren und mitunter lebensbedrohlichen Erkrankungen. Im Vergleich zu anderen somatischen Krankheiten wird dies jedoch nicht ausreichend registriert.

Zu erwähnen sind weiterhin sehr häufig auftretende vegetative Symptome im Rahmen eines sogenannten somatischen Syndroms wie Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit, Libidoverlust, Amenorrhoe, Obstipation und viele weitere vegetative Symptome (Anderson et al., 2001). Durch diese Tatsache wird die korrekte Diagnostik einer depressiven Erkrankung wesentlich erschwert, da depressive und nicht depressive Patienten sich bezüglich ihres Beratungsanlasses beim Hausarzt oft kaum voneinander unterscheiden (Kratz et al., 2003).

1.2 Therapie der Depression

1.2.1 Empfehlungen und Leitlinien

Aus epidemiologischen Studien ist belegt, dass nur ein kleiner Teil der depressiv Erkrankten adäquat diagnostiziert und behandelt wird. Depressive Patienten suchen primär nicht einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf sondern ihren Hausarzt. Hieraus wird verständlich, warum nicht nur die jeweiligen Fachärzte, sondern jeder behandelnde Arzt sowohl die Diagnostik affektiver Störungen als auch die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten kennen sollte. In der Therapie depressiver Erkrankungen unterscheidet man drei Stadien (Kupfer et al., 1992):

- Akuttherapie,
- Erhaltungstherapie, um nach Abklingen der akuten Symptomatik einen Rückfall zu verhindern,

- rezidivprophylaktische Therapie, um eine Neuerkrankung zu verhindern.

Grundlage der Depressionsbehandlung ist das stützende Gespräch mit Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans. Der Schwerpunkt der Therapiemaßnahmen orientiert sich am klinischen Bild und der wahrscheinlichen Erkrankungsursache. Für den jeweiligen Fall stehen entweder die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva, die Psychotherapie oder andere Therapieformen im Vordergrund. Die Wahl des geeigneten Therapieverfahrens sollte in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten erfolgen. Die Entscheidung sollte einerseits die Patientenwünsche berücksichtigen, andererseits aber auch auf Evidenzen basieren. Diese können verschiedenen deutsch- und englischsprachigen Leitlinien zur Behandlung affektiver Störungen entnommen werden und sollten dem Patienten ausführlich erklärt werden (APA, 2000; DGPPN, 2010). In internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass Behandlungsmaßnahmen, die sich an Leitlinien orientieren, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten führen (Adli et al., 2006) Es stehen bezüglich der Depressionsbehandlung einige Leitlinien zur Verfügung, so zum Beispiel:

- Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), des Deutschen Kollegiums Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP),
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN),
- Versorgungsleitlinien des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität.

Gemäß dieser Leitlinien können für die wichtigsten Therapieverfahren grundsätzlich folgende allgemeine Aussagen getroffen werden:

- Pharmakotherapie: Schwere und psychotische Depressionen sollten immer pharmakologisch behandelt werden. Auch bei leichten und mittelschweren Depressionen ist eine alleinige Pharmakotherapie wirksam.
- Psychotherapie: Leichte und mittelschwere Depressionen können auch allein psychotherapeutisch behandelt werden. Allerdings ist die Wirklatenz länger als bei der Pharmakotherapie. Bei rezidivierenden unipolaren Depressionen spielt die Psychotherapie gegenüber der Pharmakotherapie eine eher untergeordnete Rolle.
- Pharmakotherapie und Psychotherapie: Bei schweren und chronischen Depressionen ist eine kombinierte pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung einer alleinigen pharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlung überlegen.

- Schlafentzugstherapie: Diese kann sinnvoll sein bei Patienten mit ausgeprägten Tagesschwankungen der Stimmung mit Morgentief.
- Lichttherapie: Insbesondere bei der saisonalen Depression ist eine Behandlung mit Lichttherapie empfehlenswert.
- Elektrokrampftherapie: Diese Therapieform kommt insbesondere bei therapieresistenten und wahnhaften Depressionen zum Einsatz.

Bei der Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgen kann oder muss, ist die Abschätzung der Suizidalität von zentraler Bedeutung.

Depressive Erkrankungen sind im Allgemeinen gut behandelbar. Wesentlich für die Prognose ist jedoch der rechtzeitige und zielgerichtete Beginn mit einer validierten therapeutischen Intervention (Härter et al., 2001).

1.2.2 Antidepressive Medikation

In den letzten Jahren ist die Zahl der zur Verfügung stehenden Antidepressiva sprunghaft angestiegen. Sie unterscheiden sich unter Anderem in ihren Nebenwirkungen, in ihrer Sicherheit bezüglich einer Überdosierung und in ihren Kosten (Bauer et al., 2007). Seit etwa 20 Jahren haben sich neuere Antidepressiva etabliert, deren Wirkmechanismus und Rezeptorprofil genauer definiert ist als bei den herkömmlichen Antidepressiva. Prinzipiell unterscheidet man heutzutage bei den Antidepressiva folgende Klassen:

- klassische trizyklische Antidepressiva,
- klassische tetrazyklische Antidepressiva,
- neuere selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI),
- neuere selektive Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SNRI),
- neuere selektive Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SSNRI),
- sonstige Antidepressiva mit anderen Mechanismen.

Die Auswahl des Medikaments richtet sich in erster Linie nach dem klinischen Erscheinungsbild der Depression sowie nach dem Nebenwirkungsprofil des Präparats (Schmauss et al., 1996).

Zu unterscheiden ist die Medikation während der Akuttherapie, der Erhaltungstherapie und der Prophylaxe.

- Akuttherapie: Die Patienten sollten über den verzögerten Wirkungseintritt der Antidepressiva aufgeklärt werden, denn eine Besserung tritt meist erst nach zwei-vier

Wochen ein (Benkert et al., 2008). In etwa 70% der Fälle kann unter Medikation eine Besserung erzielt werden. Der volle Wirkungseintritt ist im Durchschnitt nach etwa sechs Wochen erreicht.

- **Erhaltungstherapie:** Es ist von besonderer Relevanz, dem Patienten zu erklären, dass beim Nachlassen der depressiven Symptomatik die Medikation nicht abgesetzt werden sollte. Vielmehr soll sie nach erfolgter Remission noch in voller Dosierung (bzw. Erhaltungsdosis) zwischen vier und sechs Monaten fortgeführt werden (Viguera et al., 1998). Dann kann der Versuch eines langsamen Ausschleichens gemacht werden. Wichtig ist die genaue Beobachtung des Patienten in dieser Phase, um einen sich andeutenden Rückfall sofort zu erkennen und diesem mit einer erneuten Dosissteigerung entgegenzuwirken.
- **Rezidiv-prophylaktische Therapie:** Wenn der Patient mehr als zwei schwere oder mehr als drei mittelschwere oder leichte depressive Episoden durchgemacht hat, besteht die Indikation für eine prophylaktische Langzeit-Therapie. Als Prophylaktika zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung, nämlich entweder Lithium (in der Prophylaxe bipolarer Störungen wirkungsvoller) oder das Weiterführen einer antidepressiven Therapie. Bei rezidivierenden Depressionen senkt die Einnahme von Prophylaktika über mehrere Jahre hinweg das Wiedererkrankungsrisiko deutlich (Kupfer et al. 1992; Geddes et al., 2000).

Ausschließlich zur Behandlung leichter und mittelschwerer Depressionen steht als phytotherapeutische Medikation noch Johanniskraut zur Verfügung (Whiskey et al., 2001; Schulz, 2003). Johanniskraut ist aufgrund seiner guten Verträglichkeit sowie geringer Nebenwirkungen bei depressiven Patienten sehr beliebt. Dies ist wahrscheinlich auch damit erklärbar, dass „reine Natur“ zur Medikation bei Patienten generell eine hohe Akzeptanz erfährt (Müller et al., 2001).

1.2.3 Psychotherapie

Insbesondere die kognitive Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie sind bei leichten und mittelschweren Depressionen vergleichbar gut wirksam wie eine Therapie mit Antidepressiva. Bei schweren Depressionen muss jedoch immer auch eine medikamentöse Therapie erfolgen. Wegen des langsamer einsetzenden Therapieerfolgs bei Psychotherapien (12-20 Wochen im Vergleich zu 4-6 Wochen bei der Pharmakotherapie) ist jedoch auch bei leichten und mittelschweren Depressionen eine begleitende medikamentöse Therapie zu erwägen.

Es gibt Hinweise dafür, dass bei schweren und chronischen Depressionen eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie einer jeweiligen alleinigen Therapie überlegen ist (Thase et al., 1997). Ebenso scheint es so zu sein, dass die Psychotherapie in der rückfallprophylaktischen Wirkung der Pharmakotherapie überlegen ist. Dies könnte daran liegen, dass psychotherapeutisch behandelte Patienten sich umfassender mit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt und Kenntnisse und Techniken erworben haben, die sie einen drohenden Rückfall frühzeitig erkennen lassen.

Folgende verschiedene Optionen einer psychotherapeutischen Behandlung stehen zur Verfügung:

- kognitive Psychotherapie: Negative Denkschemata sollen erkannt und abgebaut werden. Es werden alternative Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster erarbeitet.
- Verhaltenstherapie: Der Patient lernt hier Strategien zur Konfliktbewältigung. Außerdem wird der Patient dabei unterstützt, positive Aktivitäten wieder aufzunehmen. Weiterhin werden soziale Kompetenzen trainiert. Die Verhaltenstherapie wird meist mit der kognitiven Psychotherapie kombiniert angewendet und hat sich in dieser Form in kontrollierten Studien als wirksam dargestellt (Berger et al., 2009).
- interpersonelle Psychotherapie: Hier handelt es sich um eine Therapieform, in der vor allem interpersonelle Konflikte fokussiert und bearbeitet werden, die eventuell mit an der Auslösung der depressiven Erkrankung beteiligt waren. Auch diese Therapieform stellte sich in Studien als erfolgreich dar (Berger et al., 2009).
- Paar- und Familientherapie: Sie ist vor allem dann Erfolg versprechend, wenn wichtige krankheitsauslösende Faktoren in der Familie oder Partnerschaft vermutet werden.

- tiefenpsychologisch orientierte oder psychoanalytische Therapie: Diese Therapieform ist nur für Patienten mit hoher Introspektionsfähigkeit ratsam, denn Themenschwerpunkte sind hier mitunter unbewusste und unverstandene Wünsche und Konflikte des Patienten sowie fortdauernde Einflüsse aus Kindheit und Jugend. In zahlreichen Studien konnte auch diese Therapieform auf ihre Wirksamkeit hin positiv geprüft werden (Sandell et al., 1999; Sandell et al., 2000; Leichsenring, 2001).

Die Entscheidung für oder gegen eine spezielle Psychotherapieform muss sich nach der vorherrschenden Problematik und den Möglichkeiten des Patienten richten.

1.3 Versorgungssituation der Depression

Zwar liegen mit antidepressiver Medikation und verschiedenen Psychotherapien gute Behandlungsmöglichkeiten zur Therapie der Depression vor, die auch bei der Mehrheit der Patienten erfolgreich zur Anwendung kommen könnten, jedoch erhält derzeit nur ein kleiner Teil depressiv erkrankter Menschen eine Therapie *lege artis*. In der Tat ist es so, dass innerhalb der derzeitigen Versorgungssituation von einer erheblichen Unterversorgung ausgegangen werden muss.

In den oben genannten Leitlinien zur Behandlung depressiver Erkrankungen gilt die Medikation mit Antidepressiva bei mittelschweren bis schweren Depressionen als Goldstandard. Jedoch werden die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten häufig nur unzureichend genutzt (Wittchen et al., 2002). So werden die antidepressiven Medikamente zu wenig und für zu kurze Zeit verordnet und außerdem in zu geringer Dosierung (Davidson et al., 1999). Generell orientieren sich Diagnostik, Therapie und Überweisungsverhalten der behandelnden Ärzte meist nicht an den Vorgaben der Leitlinien (Schneider et al., 2003). In einer Studie wurde aufgedeckt, dass erhebliche Mängel im Verschreibungsverhalten antidepressiver Medikamente bestehen. So zeigte sich zwischen der Verordnung von Medikamenten und dem Schweregrad der Depression weder bei Haus- noch bei Fachärzten ein signifikanter Zusammenhang. Des Weiteren verschreiben Hausärzte im Vergleich zu Fachärzten deutlich weniger Antidepressiva. Die unzureichende medikamentöse Therapie bei depressiven Patienten stellt ein wesentliches Problem dar (Gensichen et al., 2004).

Eine in Großbritannien durchgeführte Studie stellte heraus, dass 75% der diagnostizierten depressiven Erkrankungsfälle beim Allgemeinarzt keine adäquate Behandlung erhalten (Bebbington, 2000). Die Verschreibung von Antidepressiva zur medikamentösen Behandlung

der Depression war nur unwesentlich zahlreicher als die Verordnung von Hypnotika und Anxiolytika für das gleiche Krankheitsbild.

Depressive Episoden stellen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung ein häufiges Erkrankungsbild dar (Härter et al., 2001). Wie bereits erwähnt, erkranken in Deutschland ca. 18% der Bevölkerung bis zum 65. Lebensjahr an einer Depression, wobei Frauen ein doppelt so häufiges Erkrankungsrisiko gegenüber Männern aufweisen, nämlich 24% gegenüber 12% (Wittchen et al., 2000). Eine Untersuchung zur Häufigkeit und Erkennungsrate von depressiven Erkrankungen in deutschen Hausarztpraxen zeigte eine Punktprävalenz von 10,9% und eine Erkennungsrate von 55% (Wittchen et al., 2002).

Die niedrige Erkennungsrate von Depressionen in Hausarztpraxen ist insofern als besonders problematisch anzusehen, da der Großteil der depressiv Erkrankten zu allererst den Hausarzt aufsucht (Schneider et al., 2003). Obwohl die Hausärzte also wichtige Instanzen für die Gewährleistung von Diagnostik und Therapie Depressiver darstellen (Rudolf et al., 2006), wird das Management von depressiv Erkrankten von zahlreichen Hausärzten als problematisch beschrieben (Wittchen et al., 2001).

Viele Studien decken große Lücken in der Versorgung depressiv Erkrankter auf, so etwa die Tatsache, dass nur eine kleine Minderheit der an einer schwerwiegenden Depression erkrankten Patienten einer evidenzbasierten Therapie zugeführt wird (Lépine et al., 1997; Scott, 2006). Eine Depressionsstudie aus dem Jahr 2000 stellte heraus, dass nur knapp die Hälfte aller depressiv Erkrankten Hilfe aufsucht, wiederum nur ein Drittel dieser Hilfe aufsuchenden Patienten erhielt eine zielgerichtete und spezifische Behandlung (Wittchen et al., 2001).

All diese Defizite in der Versorgung Depressiver gewinnen eine besondere Brisanz dadurch, dass ein großer Anteil der ausgeübten Suizide auf unzureichend behandelte Depressionen zurückgeführt werden kann (Wulsin et al., 1999; Lönnquist, 2002). In Anbetracht der Tatsache, dass durchaus Interventionsmöglichkeiten bestehen, diese aber unzureichend, ineffektiv oder gar nicht genutzt werden, ist der derzeitige Versorgungszustand inakzeptabel.

1.4 Einstellungen und Wissensstand der Bevölkerung zur Depression

1.4.1 Stigmatisierungsängste

Menschen mit psychischen Erkrankungen sehen sich häufig einer doppelten Problematik ausgesetzt. Erstens müssen sie mit den Symptomen ihrer Erkrankung fertig werden. Zweitens leiden sie unter der Tatsache, dass in der Gesellschaft psychische Erkrankungen noch immer mit einem Stigma behaftet sind. Obwohl stigmatisierende Einstellungen nicht auf psychische Störungen begrenzt sind, missbilligt die Allgemeinbevölkerung diese Minderheit viel mehr als Patienten mit körperlichen Erkrankungen.

Menschen mit einer depressiven Störung machen häufig Stigmatisierungserfahrungen und erwarten diese daher. Um diese Belastung zu bewältigen, werden häufig defensive Strategien wie Geheimhaltung der Erkrankung oder Rückzug aus der Öffentlichkeit gewählt. Diese Bewältigungsstrategien haben häufig negative Konsequenzen, insbesondere Rückzug führt zu sozialer Isolation (Rüsch et al., 2004).

So gab die Mehrzahl depressiver Patienten in einer Befragung bezüglich ihrer Erkrankung und der erfahrenen Stigmatisierung Geheimhaltung als Strategie zur Stigmabewältigung an (Stengler-Wenzke et al., 2000).

In einer Studie mit 46 psychisch erkrankten Patienten wurden diese zu ihren Emotionen und Erfahrungen bezüglich ihrer Erkrankung befragt. Die große Mehrheit äußerte sich besorgt darüber, die Diagnose der psychischen Erkrankung der Familie, Freunden oder dem Arbeitgeber mitzuteilen (Dinos et al., 2004).

In einer Studie wurden 210 Patienten, die sich wegen Depression oder Schizophrenie in Behandlung befanden, mittels eines Fragebogens zu erfahrenen Stigmatisierungen befragt (Holzinger et al., 2003). Hierbei kam heraus, dass sich die Mehrzahl der Patienten auf negative Reaktionen der Umwelt einstellt. Depressive und Schizophrene unterschieden sich so gut wie nicht in ihrer Einschätzung der Stigmatisierung psychisch Kranker. Konkrete Stigmatisierungserfahrungen wurden am häufigsten im Bereich der interpersonellen Interaktion berichtet.

Furcht vor Stigmatisierung kann dazu führen, dass Betroffene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ablehnen, weil sie nicht durch diese Behandlung als

„psychisch krank“ etikettiert werden wollen. Durch Verzicht auf Behandlung hoffen sie, der Stigmatisierung und ihren negativen Folgen zu entgehen (Rüsch et al., 2004).

Der 109. Deutsche Ärztetag nahm zu dieser Problematik am 25. Mai 2006 Stellung und sprach sich gegen die Stigmatisierung psychisch Kranker aus. „Trotz einer guten Heilbarkeit von psychischen Krankheiten sind die von ihnen direkt betroffenen Kinder und Erwachsenen, ihre Angehörigen und die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt“ kritisierte der Ärztetag und erklärte, dass diese Tatsache mit sich bringe, dass aus Scham viele Patienten wegen einer psychischen Erkrankung zu spät oder gar keine ärztliche Hilfe in Anspruch nähmen. Deshalb forderte der 109. Ärztetag dazu auf, die Lebens- und Behandlungssituation von psychisch Kranken und ihren Familien entscheidend zu verbessern.

1.4.2 Einstellungen und Wissensstand

Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu depressiven Erkrankungen haben eine hohe Bedeutung für das Hilfesuchverhalten Betroffener und die generelle Versorgungsqualität bezüglich dieser Krankheit. Obwohl die Depression eine häufige Erkrankung innerhalb der Bevölkerung ist, liegen nur wenige Studien vor. Fundiertes Wissen über diese repräsentative „Volkskrankheit“ liegt im Vergleich zu somatischen Krankheiten in sehr viel geringerem Maße vor.

Um einen möglichst vollständigen Überblick über durchgeführte Studien zum Wissen der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Erkrankung Depression geben zu können, wurde die vorhandene Literatur systematisch durchsucht. Hierzu wurde die Datenbank Medline/Pubmed mit den Suchbegriffen „knowledge + depression + population“ und „literacy + depression + population“ durchsucht. Die Suche lieferte jeweils 868 und 771 Treffer. Mit den Limitationen, dass die Studien im Zeitraum von 1995-2010 und in Englisch oder Deutsch veröffentlicht sein mussten, verringerte sich die Trefferquote auf jeweils 643 und 594. Die Titel und Abstracts dieser Datenbank-Treffer wurden Stück für Stück durchgegangen und in Bezug auf Artikeltyp, Relevanz und Qualität erneut minimiert. Erschien eine Studie relevant für den folgenden Überblick über das Bevölkerungswissen, so wurde die Studie im Volltext durchgelesen und wiederum auf Nützlichkeit geprüft. Auf diese Weise lieferte die Literaturrecherche jeweils 44 und 25 Studien, die im Volltext durchgearbeitet wurden.

Letztendlich fanden sich durch die Datenbanksuche in Medline/Pubmed mit den erstgenannten Begriffen 24 Studien. Die Suche mit den zweitgenannten Begriffen lieferte 14 Studien, die im folgenden Überblick genauer erläutert werden. Außerdem wurde noch die Datenbank Google scholar mit den Begriffen „Wissensstand + Bevölkerung + Depression“ durchsucht. Diese Suche lieferte weitere 18 Texte und 3 Dissertationen zum Thema. Für den folgenden Literaturüberblick wurden aus der Google scholar-Suche 10 Studien entnommen. Insgesamt fanden sich so 48 Studien, wovon 8 Studien mehrfach aufgeführt waren. Letztendlich mit aufgenommen wurden somit 40 Studien. In der folgenden Abbildung ist die Literaturrecherche für das Kapitel „Einstellungen und Wissensstand“ noch einmal dargestellt (Abbildung 1.1).

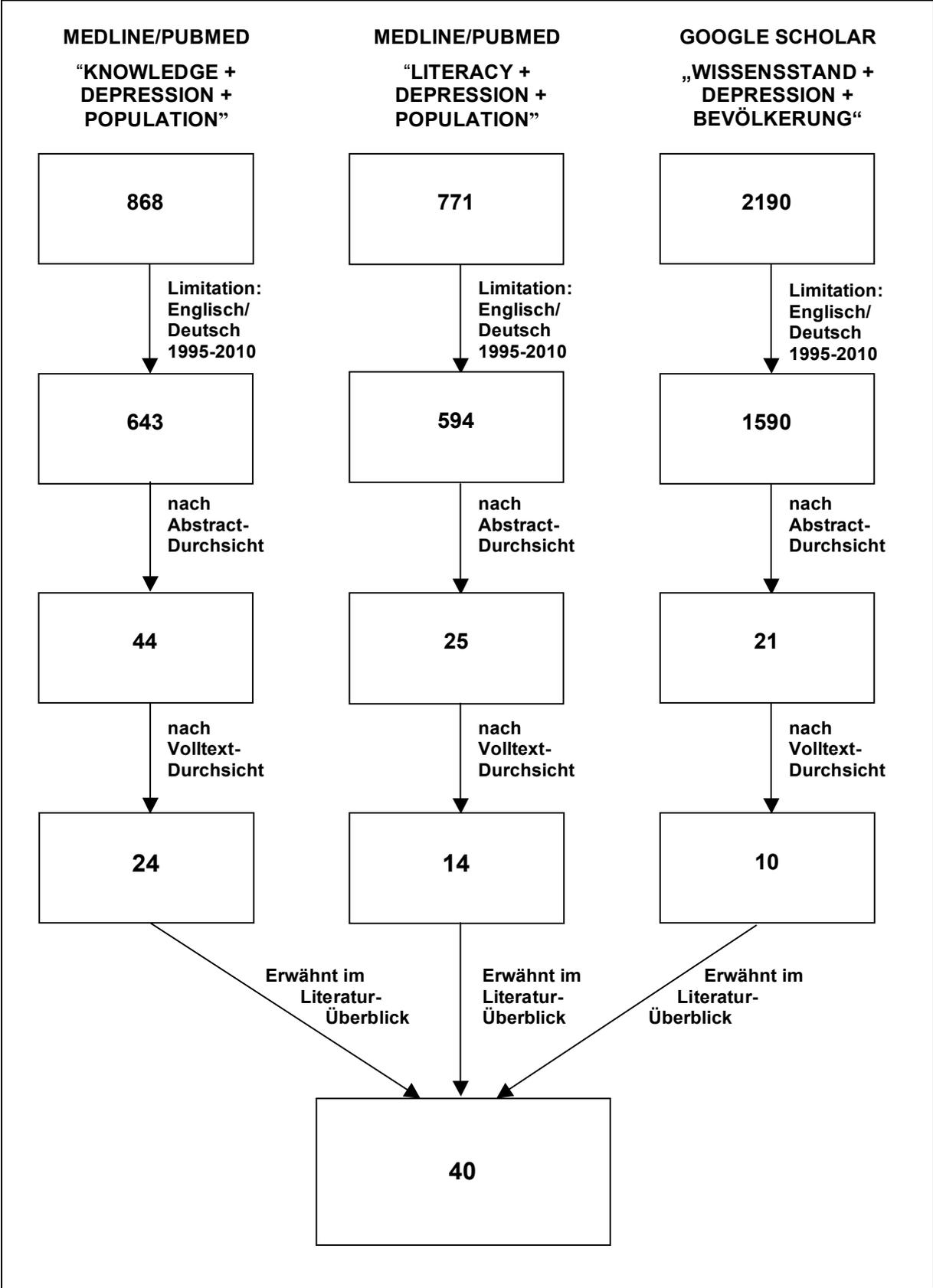


Abbildung 1.1: Literaturrecherche für das Kapitel „Einstellungen und Wissensstand“

Bei den durchgeführten Studien zum Wissensstand der Bevölkerung bezüglich der Depressionserkrankung liegt der Schwerpunkt häufig bei den Behandlungsmöglichkeiten mittels Psychopharmaka. So führte ein Studienteam eine Fallvignetten-Befragung mit 3098 Personen in Deutschland durch (Angermeyer et al., 1993; Angermeyer et al., 1996; Angermeyer et al., 1999). Die Psychotherapie wurde hier im Vergleich zu Psychopharmaka von den Befragten eindeutig höherrangig bewertet. Auch pflanzliche Präparate wie zum Beispiel Johanniskraut wurden gegenüber Antidepressiva bevorzugt. Psychopharmaka wurden häufig mit Ruhigstellung assoziiert. Diese Einstellung zu Psychopharmaka ist in der Bevölkerung weit verbreitet und wird auch in den folgend aufgeführten Studien dokumentiert. Eine Haustürbefragung von 2003 Engländern (Priest et al., 1996) ergab, dass wieder nur 16% Antidepressiva als wirkungsvolle Behandlungsmethode einstufen. Weiterhin ergab die Studie, dass „Life-events“ von den Befragten als Hauptauslöser einer Depression gesehen wurden.

Ein Untersuchungsteam stellte bei einer Befragung von 2176 Deutschen heraus, dass Psychopharmaka im Vergleich zu Medikamenten für kardiovaskuläre Erkrankungen kaum akzeptiert sind (Benkert et al., 1997). Diese Einstellung findet ihre Begründung darin, dass Befürchtungen und Ängste bezüglich Nebenwirkungen und Abhängigkeit bei psychotropen Medikamenten wesentlich größer sind. Deswegen wurde auch in dieser Untersuchung als geeignete Behandlungsform für die Depression die Psychotherapie eindeutig vor der medikamentösen Therapie genannt. Nur Probanden, die bereits Erfahrungen mit psychotropen Medikamenten gemacht hatten, standen einer medikamentösen Behandlung aufgeschlossener gegenüber.

In Australien wurden 2031 Personen zur Depression befragt (Jorm et al., 1997a; Jorm et al., 1997b; Jorm et al., 1997c). Auch bei dieser Befragung hielten 42% Psychopharmaka für schädliche Medikamente. Nur von 29% wurde die Einnahme von Antidepressiva empfohlen. Hingegen wurde Freizeitaktivitäten wie zum Beispiel Sport oder einer Änderung des Lebensstils eine wichtige Bedeutung bezüglich der Genesung zugesprochen. Definitiv psychische Beeinträchtigungen wurden nur von 39% der Befragten als solche erkannt, 11% gingen von einer somatischen Erkrankung aus und 28% deuteten die genannten depressiven Beschwerden fälschlicherweise nicht als krankhaft. Außerdem hielt die Mehrzahl der Befragten einen Allgemeinarzt für geeigneter zur Behandlung depressiv Erkrankter als einen Psychiater.

„The Defeat Depression Campaign“ zeigte erstmals die Beeinflussbarkeit von Einstellungen gegenüber depressiven Störungen durch Aufklärungsarbeit (Paykel et al., 1998). Nach

Durchführung einer Aufklärungskampagne in Großbritannien wurde eine Befragung von 2000 Personen durchgeführt. Die Kampagne lieferte positive Resultate. Die Zahl derer, die Antidepressiva abgelehnt hatten, sank, die Zahl derjenigen, die Depressionen als „normale“, behandlungsbedürftige Krankheiten angesehen hatten, stieg.

Eine Befragung mit 2176 Personen führte das Allensbach Institut für Demoskopie durch (Hillert et al., 1999). Wieder wurden Medikamente für die Behandlung Depressiver fast einstimmig abgelehnt. Nur 4% der Befragten sahen Medikamente als hilfreiche Behandlungsoption an, hingegen sahen immerhin 65% die Psychotherapie als empfehlenswerte Therapieoption. Des Weiteren lieferte die Studie die Erkenntnis, dass ein Drittel der Befragten depressive Beschwerden bereits an sich selbst festgestellt hatte.

Bei einer Fallvignetten-Befragung von 1444 Amerikanern ergab sich, dass 88% der Untersuchten in der Lage waren, Schizophrenie oder Depression als psychische Erkrankungen zu identifizieren (Link et al., 1999) Die Mehrheit war darüber hinaus der Ansicht, dass diese Erkrankungen multikausal entstehen, hervorgerufen durch biologische sowie genetische Faktoren in Verbindung mit schwierigen Lebensumständen. Immerhin noch 49% assoziierten psychische Erkrankungen mit Alkohol- oder sonstigem Drogenkonsum. Des Weiteren ergab die Untersuchung, dass die Befragten teilweise eine erhöhte Gewaltbereitschaft bei psychisch Erkrankten vermuten und daraus resultierend auch der Wunsch nach sozialer Abgrenzung besteht.

Bei einer postalischen Umfrage von 3109 Australiern untersuchte das Studienteam die Angabe von depressiven oder Angst-Symptomen und außerdem die Aussagen über die Nützlichkeit von spezifischen Behandlungsmethoden (Jorm et al., 2000a; Jorm et al., 2000b). 422 Probanden, die bei der ersten Umfrage eindeutige Angst- oder depressive Symptome angegeben hatten, wurden nach sechs Monaten ein weiteres Mal befragt. Diese Personen wurden hinsichtlich ihrer unternommenen Behandlungsversuche zur Reduktion der angegebenen Symptome befragt. Hierbei zeigte sich, dass der Glaube an die Nützlichkeit von spezifischen Behandlungsmethoden durchaus nicht die Inanspruchnahme dieser Methoden bedingt. Bei der Studie zeigte sich, dass professionelle Behandlungsversuche mit Arztkonsultation und Medikamenteneinnahme von den Befragten als nützlich eingestuft wurden, jedoch dann tatsächlich mehrheitlich nicht in Anspruch genommen wurden. Auf der anderen Seite wurden häufig einfache Selbsthilfe-Methoden wie sportliche Aktivität oder die Einnahme von Vitaminen als Behandlungsversuch unternommen, was jedoch der Einschätzung über eine geringe Wirksamkeit dieser Maßnahmen widerspricht.

Ein Studienteam führte eine Befragung von 1564 Erwachsenen in Deutschland durch bezüglich der Einstellungen zum Hilfesuchverhalten bei psychischen Erkrankungen (Angermeyer et al., 2001). Nach der Präsentation von entweder Depressions- oder Schizophrenie-Fallbeschreibungen wurde nach den Behandlungsempfehlungen der Probanden gefragt. Dabei stellte man fest, dass die Empfehlungen für die beiden unterschiedlichen Erkrankungen differierten. Bei depressiven Erkrankungen empfahlen 67% der Befragten häufiger Selbsthilfemaßnahmen mit Konsultation von Laien wie Freunden, Familie oder Selbsthilfe-Gruppen. Der Arztbesuch wurde von 65% als wichtig erachtet. Im Fall einer Schizophrenie-Erkrankung empfahlen 86% der Probanden den Besuch bei einem Experten wie einem Psychiater oder Allgemeinarzt. Bei dieser psychischen Krankheit im Gegensatz zur Depression schien nur 47% der Befragten die Hilfe durch einen Laien sinnvoll.

Bei einer Bevölkerungsbefragung zu Wissen und Einstellungen bezüglich psychischer Erkrankungen wurden 3010 Personen in Süd-Australien befragt (Goldney et al., 2001; Goldney et al., 2002). Die Studie stellte heraus, dass an einer schweren Depression Erkrankte über mehr persönliche Erfahrungen verfügten als gesunde Befragte oder an einer leichten oder mittelschweren Depression Erkrankte. Es wurden hingegen nur wenige signifikante Unterschiede zwischen den genannten Gruppen hinsichtlich des Wissensstandes zur Krankheit Depression festgestellt. Von den Personen mit der Diagnose einer schweren Depression sahen 40% Antidepressiva als hilfreich an, genauso viele schätzten Antidepressiva jedoch als schädlich ein. Dies zeigt, dass ein sehr viel häufigerer Expertenkontakt durch Arztkonsultationen oder Krankenhausaufenthalte bei Patienten mit schwerer Depression nicht zwangsläufig mit einer Verbesserung des Wissensstandes hinsichtlich psychischer Erkrankungen einhergeht.

Eine umfassende Studie wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ (Althaus et al., 2002; Althaus et al., 2003; Hegerl et al., 2003a, Hegerl et al., 2003b) durchgeführt. Vor Kampagnenbeginn wurden 1426 Personen aus Nürnberg und Würzburg mittels eines Telefoninterviews befragt. Es stellte sich heraus, dass Depressionen nur von einer kleinen Zahl der Befragten bagatellisiert werden. Ein großes Wissensdefizit wurde aber auch in dieser Studie festgestellt. Wieder zeigte sich eine große Unkenntnis in Bezug auf Antidepressiva. 80% sahen hierbei eine Gefahr von Abhängigkeit, 69% von Persönlichkeitsveränderungen. Des Weiteren wurde als Hauptauslöser der depressiven Erkrankung vor allem Stress oder bestimmte soziale Umstände gesehen, was der allgemeinen Lehrmeinung einer multifaktoriellen Genese der Depression widerspricht. Insbesondere bei Männern über 60

Jahren wurden erhebliche Wissenslücken bezüglich der Depression aufgedeckt. Ebenso zeigten sich hier sehr viel ungünstigere Einstellungen zum Thema Depression. Die Minderzahl der älteren Männer sah Depression als ganz normale Krankheit an. Vielmehr war man in dieser Gruppe davon überzeugt, dass diese „Krankheit“ mittels Selbstdisziplin und Charakterstärke bewältigt werden müsse.

In einer niederländischen Studie wurden 233 Patienten, die mit antidepressiven Medikamenten behandelt wurden, zu ihren Einstellungen gegenüber Antidepressiva befragt (Hoencamp et al., 2002). Die antidepressive Therapie dauerte beim Großteil der Patienten bereits über ein halbes Jahr an. Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass negative Einstellungen gegenüber Antidepressiva selbst nach längerer Einnahmedauer persistieren können. So meinten immer noch 30% der Befragten, Antidepressiva gingen mit dem Risiko der Abhängigkeit einher. 17% deuteten die Einnahme von antidepressiver Medikation als Schwäche. Allerdings offenbarte die Studie auch erfreuliche Ergebnisse. So gaben immerhin 75% an, eine antidepressive Medikation sei einer antidiabetischen Medikation im jeweiligen Erkrankungsfall vergleichbar.

Der Überprüfung, ob der Wissensstand der Allgemeinbevölkerung in jüngeren Jahren durch eine sachlichere Darstellung des Themas Depression in den Tageszeitungen hätte verbessert werden können, widmete sich ein deutsches Studienteam (Kroll et al., 2003). Hierzu wurden die jeweiligen Ausgaben der Quartalsanfangsmonate dreier deutscher Tageszeitungen, nämlich Süddeutsche Zeitung, Frankfurter Allgemeine Zeitung und Bild Zeitung, aus den Jahren 1990 und 2000 ausgewertet. Das Ergebnis des Studienteams lautete, dass ein besseres Krankheitsverständnis mithilfe der drei deutschen Zeitungen nicht einmal ansatzweise zu erlangen wäre. Der Vergleich der beiden Jahre zeigte bei keiner der untersuchten Zeitungen eine Entwicklung hin zu einer aus psychiatrischer Sicht adäquateren Darstellung. Der Begriff „Depression“ wird häufig metaphorisch benutzt und in den wenigen Beschreibungen depressiv Erkrankter dominieren negative Aspekte.

In einer amerikanischen Studie mit 386 Patienten der Primärversorgung, die bereits mehrere depressive Episoden in der Anamnese aufwiesen, wurde der Einfluss eines Interventionsprogramms auf die Einstellung der Patienten zur antidepressiven Medikation getestet (Lin et al., 1995). Hierbei wurden die Probanden randomisiert einer Interventions- und Kontrollgruppe zugeordnet. Die Patienten der Interventionsgruppe, die neben einer Pharmako- und Psychotherapie auch Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten erhielten, wiesen anschließend eine signifikant günstigere Einstellung zu Antidepressiva auf.

In einer Bevölkerungsumfrage mittels eines strukturierten Interviews mit Fallbeschreibungen zu Depression und Schizophrenie wurde bei 5025 Deutschen die Meinung zur Krankheitsentstehung untersucht (Angermeyer et al., 2004a; Schomerus et al., 2006a). Es konnte festgestellt werden, dass die Probanden für die Krankheit Depression häufiger psychosoziale Umstände als Entstehungsursache nannten, für die Schizophrenie hingegen biologische Faktoren favorisierten. Erkannten die Probanden, dass die Fallbeschreibung eine ernst zu nehmende, psychische Krankheit darstellte, erhöhte dies die Wahrscheinlichkeit, für die Krankheitsgenese biologische Faktoren verantwortlich zu machen und weniger die psychosozialen Hintergründe als Ursache zu nennen.

In derselben Bevölkerungsumfrage untersuchte das Team auch die Einstellung der 5025 Befragten zu Depressiven (Angermeyer et al., 2004b). Eine solche Befragung zu diesem Thema hatte bereits 10 Jahre zuvor stattgefunden und wurde mit den jüngeren Antworten der Befragten verglichen. Die Ergebnisse des Studienteams waren inkonsistent. Während einerseits festgestellt werden konnte, dass in der jüngeren Untersuchung die Befragten mehr Mitgefühl für die depressiv Erkrankten aufbringen konnten, so musste andererseits vermerkt werden, dass auch die Tendenz zu aggressiven Reaktionen Depressiven gegenüber zugenommen hatte. Die Befragten äußerten auch 10 Jahre nach der Erstuntersuchung noch genauso viel Angst vor psychisch Erkrankten, und der Wunsch nach sozialer Abgrenzung war immer noch genauso stark vorhanden.

In derselben Folgeuntersuchung wurde eine randomisierte Subgruppe von 2529 Personen gesondert zu Psychopharmaka befragt (Angermeyer et al., 2004b). Auch zu diesem Thema hatte eine ähnliche Umfrage bereits 10 Jahre zuvor erstmalig stattgefunden. In der Tat standen die Befragten den Psychopharmaka nicht mehr gänzlich nur negativ gegenüber. So waren immerhin schon ca. 30% der Befragten der Meinung, Psychopharmaka wären die effektivste und beste Behandlungsmethode für psychische Krankheiten. Dennoch führte das Team an, dass die Auswertung der Folgeuntersuchung immer noch weit entfernt von einem zufrieden stellenden Ergebnis war. So war immer noch über die Hälfte der Befragten der Meinung, dass Psychopharmaka die Patienten nur ruhig stellen, dass Medikamentengabe keine kausale Behandlung darstelle und dass Psychopharmaka nur helfen würden, die Dinge durch eine rosa-rote Brille zu sehen, ohne die Probleme zu beseitigen.

Um die Beziehung zwischen dem Wissensstand bezüglich psychischer Krankheiten mit dem Wunsch nach sozialer Abgrenzung zu untersuchen, interviewte ein Forschungsteam auf die gleiche Weise 5025 Personen aus Deutschland, 745 aus Novosibirsk (Russland) und 950 aus Ulaanbaatar (Mongolei) (Dietrich et al., 2004). Trotz des unterschiedlichen kulturellen

Hintergrunds zeigten die Antworten der Probanden aus allen drei Gebieten den gleichen Trend, die Genese der Krankheiten Depression und Schizophrenie psychosozialen Gründen zuzuschreiben. Akuter Stress („life event“) war bei beiden Krankheiten der meistgenannte vermutete Auslöser. Biologische Faktoren wie Hirnschädigung oder Vererbung wurden für die Depression weit weniger genannt als für die Schizophrenie und waren mit einem größeren Wunsch nach sozialer Abgrenzung verbunden.

Ein systematisches Review über die Behandlungspräferenzen depressiv erkrankter Menschen aus den Niederlanden lieferte ebenfalls das Ergebnis, dass die Mehrzahl der Befragten eine psychotherapeutische Behandlung einer medikamentösen mit Antidepressiva vorzog (van Schaik et al., 2004). Gründe gegen die Einnahme von Antidepressiva waren hier Ängste vor Abhängigkeit und Nebenwirkungen.

In Spanien wurde mit 1001 Personen ein strukturiertes Telefoninterview durchgeführt (Comas et al., 2004). Zwei Drittel der Befragten schätzten depressive Störungen als eine relevante, behandlungsbedürftige Krankheit ein. Dennoch war der Mehrheit der Befragten nicht bereit, im Falle einer Erkrankung eine medikamentöse Therapie von mindestens einem Jahr durchzuführen. Als Begründung wurde auch hier die Angst vor Abhängigkeit genannt. 18% der Interviewten, die an einer depressiven Störung litten, verheimlichten ihre Diagnose aus Angst vor Stigmatisierung am Arbeitsplatz.

Bei einer Befragung von 3015 Süd-Australiern wurde mit diesen ein Interview geführt, welches sechs Jahre zuvor schon einmal randomisiert im gleichen Gebiet durchgeführt worden war (Goldney et al., 2005; Goldney et al., 2008). Auf diese Weise sollte die Wissensstand-Verbesserung bezüglich der Krankheit Depression untersucht werden. Es zeigte sich, dass im Vergleich zur Voruntersuchung das Wissen der Bevölkerung über Depression gestiegen war. Jedoch zeigte die Studie auch, dass immer noch kein Wandel im Denken eingetreten war, was die Konsultation eines Psychiaters oder Psychologen als Therapie der Wahl betrifft. Gerade die korrekte Anlaufstelle bei psychischen Erkrankungen erscheint allerdings wichtig für eine schnelle und zielgerichtete Hilfe.

In einer telefonischen Umfrage mit 1737 Schweizern versuchte man herauszufinden, wovon die Behandlungsempfehlungen der Befragten bei psychischen Krankheiten abhingen (Lauber et al., 2005a). Beim Interview wurde den Probanden entweder eine Depressions- oder Schizophrenie-Fallbeschreibung vorgegeben. Daraufhin konnten die Befragten Empfehlungen abgeben, die sie aus einer Liste auswählen konnten. Die Empfehlungen ließen sich 1) psychopharmakologischen Therapien, 2) therapeutischen Interventionen mit Konsultation von Experten, 3) alternativen Methoden wie Homöopathie oder 4) sozialen Hilfestellungen wie

Betreuung durch einen Sozialarbeiter zuordnen. Die Gabe von Psychopharmaka wurde häufiger vertreten von Personen, die über einen höheren Ausbildungsgrad verfügten, eine positivere Einstellung gegenüber Medikamenten hatten, die die Personen in der Fallbeschreibung korrekterweise als krank einstufen und die eine größere soziale Distanz zu psychisch Erkrankten hatten. Dass die Gabe von Medikamenten eher empfohlen wird, wenn eine größere Distanz zu psychisch Erkrankten vorliegt, erscheint bedenklich.

In einer weiteren Fallvignetten-Befragung wurden 1073 auf dem Gebiet psychischer Krankheiten beruflich Tätiger, wie Psychiater, Psychologen, Krankenpfleger und Sozialarbeiter, und 791 Laien in der Schweiz zu den möglichen Behandlungsmethoden befragt (Lauber et al., 2005b). Den Befragten wurden Fallbeschreibungen zu Schizophrenie und Depression sowie eine Fallbeschreibung ohne irgendwelche psychiatrische Symptome vorgegeben. Es zeigte sich, dass die im Gesundheitswesen Tätigen häufig ihren Berufsstand als solchen als hilfreich in der Behandlung ansahen und weniger ihre jeweiligen Behandlungsmethoden. Für die Fallbeschreibung der Schizophrenie waren sich die professionell Tätigen in der Aufzählung hilfreicher Behandlungsmethoden einig. Für die Fallbeschreibung Depression traf dies nicht in gleichem Maße zu. Hier waren sich die in diesem Bereich Versierten über stationäre Aufnahme, Gabe von Antidepressiva und Einsatz alternativer Behandlungsmethoden uneinig. Ein nachdenklich stimmend hoher Anteil von Psychologen und Allgemeinmediziner, nämlich 63% und 52%, machte therapeutische Behandlungsvorschläge für die Fallbeschreibung ohne jegliche psychiatrische Symptome. Die professionell Tätigen und die Laien unterschieden sich in ihren Einstellungen bezüglich der angebrachten Behandlungsmaßnahmen sehr stark voneinander, ganz besonders bezüglich Medikamentengabe und Einsatz alternativer Behandlungsmethoden.

Bei einer Befragung von depressiv oder bipolar erkrankten Patienten in Dänemark zeigte sich eine negative Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation (Kessing et al., 2005). Eine ganz besonders negative Sichtweise diesbezüglich zeigte sich bei den Patienten, die älter als 40 Jahre waren. Dabei ist die Einstellung zu Antidepressiva ein bedeutender Faktor für die Fortführung einer medikamentösen Therapie.

In einer Untersuchung mit 81 Patienten der Primärversorgung versuchte ein Studienteam durch Befragung Faktoren für die Fortführung einer remissionsstabilisierenden antidepressiven Therapie zu identifizieren (Aikens et al., 2005). Dabei ergab sich, dass die Fortführung der Therapie unabhängig von Art und Dauer der Behandlung und demographischen Faktoren war. Einfluss auf die Fortführung hatte hingegen die

wahrgenommene Notwendigkeit der verordneten Antidepressiva und das Wissen über Nebenwirkungen.

In Australien wurden 999 Personen von einer Forschungsgruppe bezüglich ihrer Meinung zur möglichen Schädlichkeit von Antidepressiva befragt (Jorm et al., 2005a). Rund ein Viertel der Befragten gab an, Antidepressiva seien schädlich für depressiv erkrankte Personen oder Suizidgefährdete. Die Personen, die dieser Meinung waren, interessierten sich weniger für das Thema Depression, hatten weniger Kontakt mit Depressiven, waren weniger pessimistisch bezüglich des Krankheitsverlaufs falls überhaupt keine Therapie in Anspruch genommen würde und waren eher geneigt, die Erkrankung als Folge eines „schwachen Charakters“ anzusehen.

Bei einer weiteren Befragung des gleichen Studienteams wurden 1823 Personen in ganz Australien interviewt (Jorm et al., 2005b; Jorm et al., 2006). Diese wurden wie bereits 2031 Australier acht Jahre zuvor zu Gründen und Risikofaktoren für die psychischen Krankheiten Depression und Schizophrenie befragt. Dabei zeigte sich, dass die Bevölkerung nun mehr an genetische Faktoren bei der Krankheitsentstehung glaubte. Allerdings waren die Befragten in der neueren Studie erschreckenderweise auch in größerem Maße der Ansicht, dass ein „schwacher Charakter“ als Grund für die Krankheitsgenese angesehen werden kann.

Ein Studienteam verglich die öffentliche Meinung bezüglich Behandlungsmethoden von psychischen Erkrankungen und die Einstellung gegenüber diesen Patienten international (Angermeyer et al., 2005; Schomerus et al., 2006b). Hierzu wurde in drei Gebieten, nämlich in Bratislava (Slowenien), Novosibirsk (Russland) und Deutschland, das gleiche strukturierte Interview mit insgesamt 2697 Personen durchgeführt. Die Befragung ergab, dass in Ländern, in denen das Gesundheitssystem nicht ganz so stark entwickelt ist, auch mehr Empfehlungen ausgesprochen werden, bei psychischen Erkrankungen Hilfe durch Laien aufzusuchen oder Selbsthilfemethoden wie körperliche Aktivität anzuwenden. In allen drei Ländern war die Bereitschaft, professionelle Hilfe aufzusuchen, bei Vorgabe einer Hirnschädigung als Grund für die psychische Erkrankung höher. Außerdem ergab der Vergleich, dass die Befragten aller drei Gebiete psychiatrischen Patienten mit beträchtlichen Vorurteilen gegenüber stehen. Der Grad an empfundener Diskriminierung oder Ablehnung bei psychisch Erkrankten war in Deutschland am stärksten.

In einer amerikanischen Studie zum Thema Antidepressiva wurden mittels halbstrukturierter Interviews 68 Patienten befragt, die älter als 60 Jahre waren und an einer Depression litten (Givens et al., 2006). Die Studie lieferte das Ergebnis, dass sich von den 68 Befragten ganze 42 weigerten, Psychopharmaka einzunehmen. Es konnten vier Gründe für die Abneigung den

Psychopharmaka gegenüber charakterisiert werden: 1) die Angst vor Abhängigkeit, 2) die Weigerung, die depressiven Symptome als tatsächliche Erkrankung anzuerkennen, 3) die Überzeugung, dass Antidepressiva auch „normale Traurigkeit“ verhindern würden und 4) frühere negative Erfahrungen mit Antidepressiva.

Bei einer Befragung von Studenten in Australien wurde das Bewusstsein über die Erkrankung Depression untersucht (Hickie et al., 2007). Hierfür wurden insgesamt 407 Studenten interviewt, die folgenden Gruppen zugeordnet werden konnten: 1) Medizinstudenten im zweiten Jahr, 2) Medizinstudenten im vierten Jahr, 3) Studenten chinesischer Abstammung ohne das Fachgebiet Medizin und 4) australische Studenten ohne Zuordnung zu einer besonderen ethnischen Gruppe und ohne das Fachgebiet Medizin. Bei der Auswertung der Studie ergab sich, dass Medizinstudenten aus höheren Semestern eindeutig über ein größeres Bewusstsein für die Erkrankung Depression verfügten. Die Studenten chinesischer Abstammung wussten weniger über die Krankheit als die anderen australischen Studenten. Außerdem lieferte die Studie das Ergebnis, dass die ethnische Zugehörigkeit das Hilfesuchverhalten, Behandlungspräferenzen und die Meinung über Stigmatisierung beeinflusst. Chinesische Studenten waren eher geneigt, sich an einen Apotheker zu wenden als einen Arzt aufzusuchen. Sie befürchteten auch deutlich mehr Stigmatisierung durch eine Depressionserkrankung.

Im US-Staat Alberta führte ein Studienteam ein Telefoninterview mit 3047 Personen durch (Wang et al., 2007). Den Probanden wurden Fragen zu einer Depressionsfallbeschreibung gestellt. 75% der Befragten konnten den Fall korrekt einer Depressionserkrankung zuordnen. Nur 35% der Teilnehmer konnten den geeigneten, professionellen Behandlungsmethoden gänzlich zustimmen. 28% der Befragten waren der Meinung, mit einer Depressionserkrankung ohne fremde Hilfe zurechtkommen zu müssen, bedenkliche 43% sahen „Charakterschwäche“ als einen Krankheitsauslöser an. Wieder hatten Männer in dieser Umfrage ein deutlich geringeres Wissen bezüglich der Depression als Frauen. Besonders alarmierend scheint, dass die männlichen Probanden Alkoholgenuss als mögliche Coping-Strategie ansahen.

Mittels eines Fragebogens wurden in England 866 allgemeinmedizinisch behandelte Patienten mit mittelschwerer und schwerer Depression zu ihren Einstellungen bezüglich ihrer Erkrankung und deren Behandlung befragt (Weich et al., 2007). Die 19 Items des Fragebogens ließen sich drei Faktoren bzw. Einstellungen zuordnen. Faktor 1 entsprach der Einstellung, Depression sei eine stark beeinträchtigende, stigmatisierende Erkrankung, Faktor 2 entsprach der Sichtweise, Depression sei eine Erkrankung, die jeden betreffen könne und

die sich bessern ließe und Faktor 3 entsprach der Sichtweise, Antidepressiva seien Medikamente, die ineffektiv und abhängigkeitsfördernd seien. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass leitliniengerecht behandelte Patienten, die eine antidepressive Medikation erhielten, signifikant weniger die negativen Einstellungen (Faktor 1 und 3) zeigten und stattdessen die positive Sichtweise (Faktor 2) vermehrt vertraten.

Ein Studienteam untersuchte die Gründe, die Patienten entweder an die Nützlichkeit oder an die Schädlichkeit von Antidepressiva glauben ließen (Aikens et al., 2008). Hierzu wurden 165 Patienten mit unipolarer Depression interviewt. Eine von den Befragten erwartete Nützlichkeit der Antidepressiva war assoziiert mit einem höheren Alter der Probanden, mit schwereren Symptomen der Depression, mit einer längeren Dauer der Symptome und mit einer Zuschreibung der Symptome zu einer chemischen Hormon- bzw. Transmitter-Imbalance. Eine von den Probanden erwartete Schädlichkeit der Antidepressiva war am stärksten mit Patienten assoziiert, die zuvor noch keine Antidepressiva eingenommen hatten. Weiterhin war die erwartete Schädlichkeit mit einer Zuschreibung der Symptome zu rein zufälligen Faktoren und einem sehr unklaren Verständnis der Depression assoziiert. Der Glaube der Befragten an Nützlichkeit oder Schädlichkeit von Antidepressiva hing nicht mit dem Geschlecht, der Ausbildung, dem Alter während der ersten depressiven Episode, weiteren psychiatrischen Symptomen oder einem stationären Aufenthalt zusammen.

Mittels eines Telefoninterviews wurde die Einstellung von 1016 Deutschen in Bezug auf die Depressionsprävention untersucht (Schomerus et al., 2008). Bei der Umfrage stimmten 75% der Teilnehmer der Möglichkeit einer Prävention dieser Erkrankung zu. Von den Genannten gaben 52% an, sie würden auch selbst an Präventionsprogrammen teilnehmen, falls dies nötig wäre. Von diesen 52% waren wiederum 58% bereit, solche Präventionsmöglichkeiten auch aus eigener Tasche zu zahlen. Es konnten drei Faktoren aufgedeckt werden, die die Befragten als wirksame Präventionsmaßnahmen ansahen, nämlich eine aktive Lebensführung, das Vertrauen in Medikamente und eine ausreichende Entspannung im Alltag. Ein höherer Ausbildungsgrad verringerte die Bereitschaft, ein hohes persönliches Depressions-Erkrankungsrisiko zu erwarten. Ein vorausgegangener Kontakt zu Depressiven erhöhte die Bereitwilligkeit an präventiven Programmen teilzunehmen.

Ein Studienteam führte eine Trendanalyse durch, basierend auf zwei deutschen Bevölkerungsumfragen aus dem Jahr 1993 mit 2094 Teilnehmern und dem Jahr 2001 mit 5025 Teilnehmern (Angermeyer et al., 2009). Die beiden Umfragen wurden mittels voll strukturierter Interviews durchgeführt, die Fragen zu psychiatrischen Symptomen, Entstehungsursachen, Hilfesuchverhalten und Behandlungsempfehlungen sowie dem Wunsch

nach sozialer Distanzierung zu psychisch Erkrankten beinhalteten. Der Studienvergleich lieferte den Trend, dass es in der jüngeren Zeit zu einem Wissenszuwachs bezüglich psychischer Erkrankungen gekommen war. Des Weiteren wurde festgestellt, dass der Wunsch nach sozialer Abgrenzung zu Personen mit schwerer Depression oder Schizophrenie unverändert oder sogar verstärkt bestand.

Der Einfluss der Aufklärungskampagne „Nürnberger Allianz gegen Depression“ hinsichtlich der öffentlichen Einstellung zur Depression wurde mithilfe zweier Bevölkerungsumfragen getestet (Dietrich et al., 2010). Hierfür wurden vor sowie 10 und 22 Monate nach dem Start der Intervention Umfragen in Nürnberg und Würzburg durchgeführt. Es konnte festgestellt werden, dass die allgemeine Bevölkerung von der Kampagne profitierte, und zwar in dem Sinne, dass die Aufmerksamkeit für die Erkrankung in den Folgeumfragen 10 und 22 Monate nach Beginn der Kampagne gesteigert werden konnte. Weitere wünschenswerte Ergebnisse waren, dass „Charakterschwäche“ als Entstehungsfaktor nach der Intervention wesentlich seltener genannt wurde und ebenso der Ratschlag „sich zusammenzureißen“ als Behandlungsoption weniger vertreten wurde. Es konnten auch mehr positive Einstellungen bezüglich antidepressiver Medikation gezählt werden. Die positive Einstellungsänderung konnte hauptsächlich bei den Personen verzeichnet werden, die die Kampagne aufmerksam verfolgt hatten und bei Probanden, die persönliche Erfahrungen mit der Krankheit Depression gemacht hatten. Viele der positiven Einstellungsänderungen waren 22 Monate nach Kampagnenstart, als die Interventionen mit geringerer Intensität verfolgt wurden, bereits wieder seltener zu verzeichnen als 10 Monate danach. Diese Tatsache zeigt, dass solche Kampagnen längerfristig mit hoher Intensität verfolgt werden müssen, um auch langfristige Erfolge verbuchen zu können.

In Schweden wurde eine Befragung mit 303 depressiven Patienten der Primärversorgung durchgeführt bezüglich ihrer Annahme zur eigenen Krankheitsentstehung (Hansson et al., 2010). Stress am Arbeitsplatz war der meistgenannte Grund für die Krankheitsgenese, gefolgt von der eigenen Persönlichkeit und der aktuellen Familiensituation. Nur von 4% der Befragten wurden biologische Faktoren als Ursache angegeben.

Mittels eines strukturierten Interviews wurden in Penang (Malaysia) 1855 Personen zum Depressions-Wissensstand befragt (Khan et al., 2010). 77% der Befragten waren in der Lage, drei oder mehr Symptome der Krankheit aufzuzählen. Personen chinesischer Abstammung sowie Frauen waren hier am informiertesten. Fragen zur Therapie konnten von Personen, die persönlichen Kontakt mit Depressiven hatten, wesentlich besser beantwortet werden. Insgesamt lieferte die Studie das Ergebnis, dass die Bevölkerung in Penang über ein

moderates Wissen bezüglich der Depressionssymptome verfügt und über eher oberflächliches Wissen bezüglich der Therapie. Erwähnenswert ist auch, dass auch bei dieser Umfrage die Befragten eher geneigt waren, im Falle einer Erkrankung auf alternative anstatt evidenzbasierte Behandlungsmethoden zurückzugreifen.

Wissen und Einstellungen der Bevölkerung zum Thema Depression scheinen sich in den letzten Jahren zwar positiviert zu haben, dennoch ist das weiterhin bestehende Wissensdefizit beträchtlich.

Alle aufgeführten Studien sind der folgenden Tabelle noch einmal übersichtsartig zu entnehmen (Tabelle 1.3).

Tabelle 1.3: Auflistung aller aufgeführten Studien des Kapitels „Einstellungen und Wissensstand“

REFERENZ	PUBLIKATIONS- JAHR	STUDIENDESIGN	BEFRAGUNGS- METHODE	POPULATION	STICHPROBE (N)	AUSWERT- BARE STICHPROBE (n)	STUDIENJAHR
Angermeyer	1993/ 1996/ 1999	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	3098	2184	1990
Priest	1996	Keine Angabe	persönlich	England	Keine Angabe	2003	1992
Benkert	1997	Strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	Keine Angabe	2176	1992
Jorm	1997 a/b/c	Strukturiertes Interview	persönlich	Australien	3267	2031	1995
Paykel	1998	Strukturiertes Interview	persönlich	England	Keine Angabe	2009/ 2050/ 1946	1991/ 1995/ 1997
Hillert	1999	Keine Angabe	Keine Angabe	Deutschland	2176	Keine Angabe	Keine Angabe
Link	1999	Fallvignetten- Befragung	Keine Angabe	USA	Keine Angabe	1444	1996
Jorm	2000 a/b	Keine Angabe	postalisch	Australien	8000	3109	Keine Angabe
Angermeyer	2001	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	2197	1564	1993
Goldney	2001/ 2002	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Australien	4400	3010	1998
Althaus	2002/ 2003	Voll-strukturiertes Interview	telefonisch	Deutschland	2746	1426	2000
Hegerl	2003 a/b	Voll-strukturiertes Interview	telefonisch	Deutschland	2746	1426	2000
Hoencamp	2002	Keine Angabe	Selbstreport- Fragebogen	Niederlande	301	233	1999
Kroll	2003	Quantitative Inhaltsangabe	Keine Angabe	Keine Angabe	3 Tages- Zeitungen	3 Tages- Zeitungen	Keine Angabe

REFERENZ	PUBLIKATIONS- JAHR	STUDIENDESIGN	BEFRAGUNGS- METHODE	POPULATION	STICHPROBE (N)	AUSWERT- BARE STICHPROBE (n)	STUDIENJAHR
Lin	2003	Keine Angabe	Keine Angabe	USA	2699	386	Keine Angabe
Angermeyer	2004 a	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	7719	5025	2001
Angermeyer	2004 b	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	7719	2529	2001
Schomerus	2006 a	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	7719	5025	2001
Dietrich	2004	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland/ Russland/ Mongolei	7719/ 1000/ 1000	5025/ 745/ 950	2001/ 2002/ 2002
Van Schaik	2004	Systematisches Review	Keine Angabe	Keine Angabe	3 Such- Datenbanken	3 Such- Datenbanken	Keine Angabe
Comas	2004	Strukturiertes Interview	telefonisch	Spanien	Keine Angabe	1001	2001
Goldney	2005/ 2008	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Australien	4288/ 4573	3010/ 3015	1998/ 2004
Lauber	2005 a	Strukturiertes Interview	telefonisch	Schweiz	1737	1073	2005
Lauber	2005 b	Strukturiertes Interview	telefonisch	Schweiz	Keine Angabe	791/ 1073	1998-99/ 2003-04
Kessing	2005	Voll-strukturiertes Interview	postalisch	Dänemark	1005	502	2002
Aikens	2005	Keine Angabe	Keine Angabe	USA	171	81	Keine Angabe
Jorm	2005 a	Strukturiertes Interview	persönlich	Australien	3998	999	Keine Angabe
Jorm	2005 b/ 2006	Fallignetten- Befragung	persönlich	Australien	3267/ 28947	2031/ 1823	1995/ 2003-04
Angermeyer	2005	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland/ Russland/ Slowenien	7719/ 1000/ 1786	453/ 745/ 1000	2001/ 2002/ 2003

REFERENZ	PUBLIKATIONS- JAHR	STUDIENDESIGN	BEFRAGUNGS- METHODE	POPULATION	STICHPROBE (N)	AUSWERT- BARE STICHPROBE (n)	STUDIENJAHR
Schomerus	2006 b	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland/ Russland/ Slowenien	7719/ 1000/ 1786	952/ 745/ 1000	2001/ 2002/ 2003
Givens	2006	Halb-strukturiertes Interview	persönlich	USA	68	42	Keine Angabe
Hickie	2007	Keine Angabe	Selbstreport- Fragebogen	Australien	Keine Angabe	407	Keine Angabe
Wang	2007	Voll-strukturiertes Interview	telefonisch	USA	4102	3047	2006
Weich	2007	Keine Angabe	Selbstreport- Fragebogen	England	975	866	Keine Angabe
Aikens	2008	Keine Angabe	telefonisch	USA	Keine Angabe	165	Keine Angabe
Schomerus	2008	Voll-strukturiertes Interview	telefonisch	Deutschland	1568	1016	2005
Angermeyer	2009	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Deutschland	2941/ 7719	2094/ 5025	1993/ 2001
Dietrich	2009	Voll-strukturiertes Interview	telefonisch	Deutschland	2746/ 2203/ 2475	1426/ 1507/ 1423	2000/ 2001/ 2002
Hansson	2010	Keine Angabe	persönlich	Schweden	319	303	2008
Khan	2010	Voll-strukturiertes Interview	persönlich	Malaysia	1855	1149	2007

Kapitel 2

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung des Wissensstands und der Einstellungen der deutschen Durchschnittsbevölkerung bezüglich der Krankheit Depression.

Depressive Störungen gehören zu den in ihrer Schwere am meisten unterschätzten Krankheiten. Depressive Erkrankungen schränken in hohem Maße die Lebensqualität der Betroffenen ein. Im Vergleich zur Restbevölkerung weisen depressiv Erkrankte ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko, vor allem durch verübte Suizide, auf. Hinzu kommt, dass die Depression als Volkskrankheit bezeichnet werden kann und zu den häufigsten Konsultationsgründen von Patienten in Hausarztpraxen zählt. In Deutschland leiden durchschnittlich etwa 11% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression. Die hohe Prävalenz der Erkrankung geht mit hohen wirtschaftlichen Belastungen für das Gesundheitsbudget einher.

Trotz der enormen Bedeutung der Krankheit Depression besteht wie bei kaum einer anderen Erkrankung in der Öffentlichkeit Unklarheit und Unwissenheit darüber, was überhaupt eine Depression ist. Unzureichendes Wissen über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten, mit der Erkrankung verbundene Stigmatisierungsängste, Bagatellisierung von psychischen Krankheiten oder allgemeine Vorbehalte gegenüber der Psychiatrie erschweren eine Verbesserung der Versorgungssituation, die jedoch dringend nötig wäre. Studien zur genaueren Untersuchung dieser Problematik liegen bislang jedoch nur wenige vor.

Deswegen wurden im Rahmen der Berliner „langen Nacht der Wissenschaften“ am 11. Juni 2005 in neun Stunden die Veranstaltungsbesucher zu ihrem Wissensstand bezüglich der Depression befragt. Der Wissensstand wurde mittels fünf Fragen zu den Themen Prävalenz, Erkrankungsalter, Symptomatik, Diagnosestellung und Behandlung abgefragt. Bei der

Auswertung der Lösungen war hierbei auch von Interesse, ob bereits durchgeführte Aufklärungskampagnen messbare Erfolge erzielt hatten.

Kapitel 3

Methoden

3.1 Studiensetting „Lange Nacht der Wissenschaften“

Die „Lange Nacht der Wissenschaften“ ist eine inzwischen etablierte Form der Öffentlichkeitsarbeit. Wissenschaftliche Einrichtungen bekommen jährlich an diesen vorher festgelegten Terminen die Möglichkeit, einem breiten Publikum Einblicke in ihre Arbeit und ihre momentanen Forschungsschwerpunkte zu geben. Die „1. Lange Nacht der Wissenschaften“ fand 2001 in Berlin statt. Dabei orientierte sich dieses Format an den bereits erfolgreichen „Langen Nächten der Museen“. Auch diese Veranstaltungsreihe fand 1997 erstmalig in der Hauptstadt statt. Mittlerweile werden die beiden Informationsveranstaltungen in vielen weiteren Städten durchgeführt.

Am 11. Juni 2005 fand von 17.00 Uhr bis 2.00 Uhr die „5. Lange Nacht der Wissenschaften“ in Berlin statt. Es beteiligten sich mehr als 100 Institute, Hochschulen und Einrichtungen mit über 1100 Programmpunkten wie beispielsweise Experimenten, Führungen und Präsentationen. Die Organisatoren zählten in diesem Jahr 116.403 Besuche in den verschiedenen beteiligten wissenschaftlichen Einrichtungen an den sechs Wissenschaftsstandorten in Berlin.

Im Rahmen dieser „5. Langen Nacht der Wissenschaften“ wurden in einem Zeitrahmen von neun Stunden die Besucher zu Wissensstand und Einstellungen hinsichtlich der Depression befragt. Die Befragung erfolgte durch ein vierköpfiges Team bestehend aus zwei ausgebildeten Psychiaterinnen und zwei Medizinstudentinnen (Abbildung 3.1) im Berliner medizinhistorischen Museum, einem der Berlin-Mitte-Standorte der Veranstaltung.



Abbildung 3.1: Drei Teammitglieder des insgesamt vierköpfigen Teams

3.2 Wissensquiz

3.2.1 Quiz-Fragebogen

Mittels eines eigens zusammengestellten Fragebogens mit fünf Fragen wurde der Wissensstand überprüft (Abbildung 3.2). Zu jeder einzelnen Frage gab es fünf Antwortmöglichkeiten, aus denen eine auszuwählen war. Die Fragen- und Antwortenformulierung ist im nachfolgenden Ergebnisteil jeweils im Wortlaut wiedergegeben.



Die folgenden Angaben benötigen wir für die Auswertung und Verlosung. Sollten Sie anonym teilnehmen wollen, lassen Sie diese Felder bitte einfach frei.

Vorname: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Geburtsdatum: _____ höchster Schulabschluss: _____

Wissensquiz

Bitte kreuzen Sie bei den unten stehenden Fragen die für Sie richtige Antwort an. Und raten Sie ruhig, wenn Sie es nicht genau wissen, denn es kommt nur aufs Mitmachen an.

Frage 1:

Wie viele Einwohner Deutschlands sind irgendwann in ihrem Leben von einer Depression betroffen?

- jeder 100.
- jeder 20.
- jeder 10.
- jeder 5.
- jeder 2.

Frage 2:

In welchem Lebensalter erkranken die meisten Menschen erstmals an einer Depression?

- als Jugendliche
- zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr
- zwischen dem 26. und 40. Lebensjahr
- erst im Rentenalter
- die Rate ist in jedem Alter gleich hoch

Frage 3:

Welche Beschwerden sind außer niedergeschlagener Stimmung am häufigsten?

- Gewichts- und Appetitzunahme
- Schlafstörungen und Grübeln
- Herzrasen und Schwindel
- Kopfschmerzen
- Reizbarkeit

Frage 4:

Wann wird die Diagnose einer Depression nach heutigem Wissen gestellt?

- Veränderungen in Labor-Blutergebnissen reichen aus
- durch die Messung der Hirnströme
- nach einer Röntgenuntersuchung
- ein positiver Depressions-Fragebogen reicht aus
- nach einer körperlichen Untersuchung, Bluttests und mehreren ärztlichen Gesprächen

Frage 5:

Wie wird die Depression heute im Allgemeinen behandelt?

- immer mit Medikamenten
- nur mit Gesprächstherapie
- meist mit pflanzlichen Mitteln
- immer im Krankenhaus
- oftmals mit einer Kombination aus Medikamenten und Gesprächen

Bitte einfach falten und in die bereitstehende Kiste einwerfen! Zu jeder vollen Stunde werden die richtigen Antworten erläutert, und es findet eine Verlosung statt!

Abbildung 3.2: Wissensquiz-Fragebogen

Die fünf Fragen lassen sich den Themen Prävalenz, Erkrankungsalter, Symptomatik, Diagnose und Behandlung zuordnen. Diese fünf unterschiedlichen Themengebiete wurden gewählt, um das gesamte Spektrum der Krankheit Depression grob abzudecken. Zusätzlich wurden bei der Umfrage das Geburtsdatum, das Geschlecht, der höchste Schulabschluss und der Vorname der teilnehmenden Personen erfragt. Teilnahmeberechtigt waren alle Besucher, die eigenständig dazu in der Lage waren, den Fragebogen zu lesen, den Sinn der Fragen zu verstehen und eine Antwortmöglichkeit auszuwählen.

Um das Interesse der Besucher für das Wissensquiz zu wecken, wurde mit einem großen Plakat auf das Quiz hingewiesen (Abbildung 3.3).



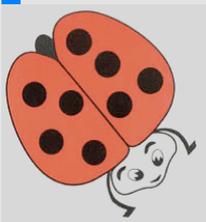
Wie häufig ist die Depression
in Deutschland?

Welche Beschwerden haben
depressive Menschen?

Wie viel wissen wir eigentlich
über die Depression?

Nehmen Sie an unserem Quiz teil!

**Raten Sie! Es kommt vor allem aufs
Mitmachen an.**



Sollten Sie **4** von **5** Fragen
richtig beantworten,
haben Sie die Chance,
einen Preis zu gewinnen.



Verlosung zu jeder vollen Stunde!

Abbildung 3.3: Werbeplakat für das Wissensquiz

3.2.2 Quiz-Auflösung

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Teammitgliedern auf ihre Richtigkeit überprüft und bei mindestens vier von fünf korrekten Antworten in einer gesonderten Box gesammelt, aus der zu jeder vollen Stunde ein Fragebogen gezogen wurde. Wie oben erwähnt wurde auch der Vorname erfragt. Dies erfolgte, um die Fragebögen bei der stündlichen Verlosung den richtigen Personen zuordnen zu können. Die Verlosung zu jeder vollen Stunde mit dem möglichen Gewinn eines kleinen Preises, nämlich eines Regenschirms mit dem Charité-Logo, sollte einen Anreiz zum Ausfüllen der Fragebögen darstellen. Weiterhin sorgte die stündliche Verlosung dafür, dass ein großer Prozentsatz der Teilnehmer noch einmal zum Standort zurückkam und die neben der Verlosung stattfindende Beamer-Projektion der richtigen Antworten (Abbildung 3.4) mitbekam. So wurde zumindest bei einem Teil der Besucher, die vielleicht auch falsche Antworten gegeben hatten, noch ein Lerneffekt sichergestellt.



Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
 Leiter: Prof. Dr. Stefan N. Willich, MPH, MBA

Auflösung Wissensquiz

Frage 1

Wie viele Einwohner Deutschlands sind irgendwann in ihrem Leben von einer Depression betroffen?

<input type="radio"/>	jeder 100.
<input type="radio"/>	jeder 20.
<input type="radio"/>	jeder 10.
<input checked="" type="radio"/>	jeder 5.
<input type="radio"/>	jeder 2.

Frage 2

In welchem Lebensalter erkranken die meisten Menschen erstmals an einer Depression?

<input type="radio"/>	als Jugendliche
<input type="radio"/>	zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr
<input checked="" type="radio"/>	zwischen dem 26. und 40. Lebensjahr
<input type="radio"/>	erst im Rentenalter
<input type="radio"/>	die Rate ist in jedem Alter gleich hoch

Frage 3

Welche Beschwerden sind außer Niedergeschlagener Stimmung am häufigsten?

<input type="radio"/>	Gewichts- und Appetitzunahme
<input checked="" type="radio"/>	Schlafstörungen und Grübeln
<input type="radio"/>	Herzrasen und Schwindel
<input type="radio"/>	Kopfschmerzen
<input type="radio"/>	Reizbarkeit

Frage 4

Wann wird die Diagnose einer Depression nach heutigem Wissen gestellt?

<input type="radio"/>	Veränderungen in Labor-Blutergebnissen reichen aus
<input type="radio"/>	durch die Messung der Hirnströme
<input type="radio"/>	nach einer Röntgenuntersuchung
<input type="radio"/>	ein positiver Depressions-Fragebogen reicht aus
<input checked="" type="radio"/>	nach einer körperlichen Untersuchung, Bluttests und mehreren ärztlichen Gesprächen

Frage 5

Wie wird die Depression heute im Allgemeinen behandelt?

<input type="radio"/>	immer mit Medikamenten
<input type="radio"/>	nur mit Gesprächstherapie
<input type="radio"/>	meist mit pflanzlichen Mitteln
<input type="radio"/>	immer im Krankenhaus
<input checked="" type="radio"/>	oftmals mit einer Kombination aus Medikamenten und Gesprächen

Abbildung 3.4: Beamer-Projektion der Wissensquiz-Auflösung (die sechs Slides wurden einzeln hintereinander projiziert)

3.3 Depressions-Screening und Informationsmaterial

Um noch mehr Personen zu akquirieren und für das Thema Depression zu begeistern, konnten die Besucher bei der „5. Langen Nacht der Wissenschaften“ nicht nur das Wissensquiz bearbeiten und bei der Verlosung teilnehmen, sondern bei Interesse auch noch selbstständig ein Depressions-Screening durchführen. Auch hierfür wurde mit einem Plakat geworben (Abbildung 3.5).

**Fühlen Sie sich
manchmal niedergedrückt
und lustlos?**



**Haben Sie nur mal
„schlechte Laune“ oder
könnte etwas Ernsteres
dahinterstecken?**

**Hier können Sie sich selbst
testen. Wir beraten Sie
gerne, wenn Sie zu Ihrem
Testergebnis Fragen haben.**

Fragebogen zur psychischen Gesundheit

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die Ihnen am besten passt.

Frage	Kein		Etwas		Viel	
	nie	gelegentlich	gelegentlich	häufig	häufig	immer
Ich fühle mich müde und erschöpft.						
Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.						
Ich habe Schwierigkeiten, mich zu entspannen.						
Ich fühle mich nervös und angespannt.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Gedanken zu kontrollieren.						
Ich fühle mich traurig und weinlich.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Emotionen zu kontrollieren.						
Ich fühle mich einsam und isoliert.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Beziehungen zu anderen zu pflegen.						
Ich fühle mich hoffnungslos.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Zukunft zu planen.						
Ich fühle mich überfordert.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Aufgaben zu erledigen.						
Ich fühle mich unwohl in meiner Haut.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Gedanken zu kontrollieren.						
Ich fühle mich unwohl in meiner Haut.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Gedanken zu kontrollieren.						
Ich fühle mich unwohl in meiner Haut.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Gedanken zu kontrollieren.						
Ich fühle mich unwohl in meiner Haut.						
Ich habe Schwierigkeiten, meine Gedanken zu kontrollieren.						
Ich fühle mich unwohl in meiner Haut.						



**Wir würden uns freuen, wenn Sie uns den
Testbogen anonym überlassen könnten.
Wir möchten uns mit häufigen Beschwerden
in der Bevölkerung näher befassen.**

Einfach falten und einwerfen!

Abbildung 3.5: Werbeplakat für das Depressions-Screening

Auf diese Weise hatten interessierte Besucher die Möglichkeit, einen für diese Veranstaltung abgewandelten und vereinfachten Brief Patient Health Questionnaire (B-PHQ) durchzuführen und mithilfe einer Schablone auch selbst auszuwerten (Abbildung 3.6 und 3.7). Der Brief Patient Health Questionnaire ist eine Kurzversion des Prime-MD Patient Health Questionnaire (PHQ (Spitzer, Kroenke, Williams 1999)). Vorläufer des Prime-MD Patient Health Questionnaire ist der sogenannte Prime MD (Spitzer, Williams, Kroenke et al. 1994). Dieser Prime-MD war das erste Instrument, das zur Diagnose von spezifischen Störungen anhand von DSM-III-R- bzw. DSM-IV-Kriterien für den Gebrauch in der Primärversorgung entwickelt wurde.



Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Die folgenden Angaben benötigen wir für die Auswertung:

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss? _____

An welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie? _____

Fragebogen zur psychischen Gesundheit

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht (0)	an einzelnen Tagen (1)	an mehr als der Hälfte der Tage (2)	beinahe jeden Tag (3)
a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
b) Niedergeschlagenheit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit				
c) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf				
d) Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben				
e) Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
f) Schlechte Meinung von sich selbst; das Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
g) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen				
h) Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
i) Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten				

nach Spitzer et al. (1999)

Wurden Sie schon mal wegen solcher Beschwerden behandelt? ja nein

**Wir würden uns freuen, wenn Sie uns Ihren Testbogen überlassen könnten.
Bitte einfach falten und einwerfen. Vielen Dank!**

Abbildung 3.6: Depressions-Screening-Fragebogen

Wurde den Teilnehmern ein solcher Selbsttest ausgehändigt, wurde von den Teammitgliedern noch einmal gesondert darauf hingewiesen, dass das Team für genauere Erklärungen zur Auswertung oder generelle Beratung jederzeit zur Verfügung stehe (Abbildung 3.8). Trat ein solcher Fall ein, hatte das Team auch Broschüren mit Namen von Psychiatern und Ansprechpartnern parat und gab diese den jeweiligen Personen mit auf den Weg.



Abbildung 3.8: Probanden werden beraten und erhalten Informationsmaterial

3.4 Datenverarbeitung und statistische Methodik

Nach der Veranstaltung wurden die Daten der gesammelten ausgefüllten Fragebögen in die Statistik-Software SPSS eingegeben und ausgewertet. Einige parametrische statistische Verfahren setzen voraus, dass die untersuchten Variablen in der Grundgesamtheit normalverteilt sind. Um dies zu überprüfen, wurde der Kolmogorow-Smirnow-Test verwendet, zudem wurden Histogramme der Daten betrachtet. Des Weiteren wurden die erfassten Daten nicht-parametrischen Tests unterzogen, da die Verteilung der Variablen keiner Normalverteilung entsprach.

Um zu überprüfen, ob die Variablen Alter, Geschlecht und Bildung Einfluss auf die Beantwortung der Quizfragen haben, wurde zunächst der Zusammenhang dieser Variablen untereinander untersucht. Eventuell vorhandene gegenseitige Abhängigkeiten würden eine korrekte Effekt-Zuordnung zu nur einer Variablen stören (sogenanntes Confounding). Um dies zu prüfen, wurden Abhängigkeiten von Alter und Geschlecht sowie Alter und Bildung mittels t-Test untersucht. Gegenseitige Abhängigkeit von Geschlecht und Bildung wurde mit dem χ^2 -Test überprüft. Erst nach dem Ausschluss von wechselseitigem Confounding der drei Variablen Alter, Geschlecht und Bildung durch die oben genannten Tests konnte der jeweilige Einfluss auf die richtige Beantwortung der Fragen separat getestet werden.

Um festzustellen, ob es geschlechtsabhängige oder bildungsabhängige signifikante Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen gab, wurde jeweils der Mann-Whitney-Test genutzt. Mögliche altersabhängige Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test untersucht.

Kapitel 4

Ergebnisse

4.1 Teilnehmer

An der Wissensstand-Umfrage nahmen in neun Stunden 143 Personen teil. Der jüngste Teilnehmer war 14 Jahre alt, der älteste 68 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer betrug 30,9 Jahre (Standardabweichung = +/- 11,8 Jahre). Es lag keine Normalverteilung vor (Kolmogorow-Smirnow-Anpassungstest: p-Wert = 0,005). Die 20- bis 30-Jährigen waren bei der Umfrage besonders stark vertreten (Abbildung 4.1), wobei hinzuzufügen ist, dass von den 143 Teilnehmern nur 132 eine Angabe zu ihrem Alter machten. Von 11 Personen fehlte somit eine Alterszuteilung.

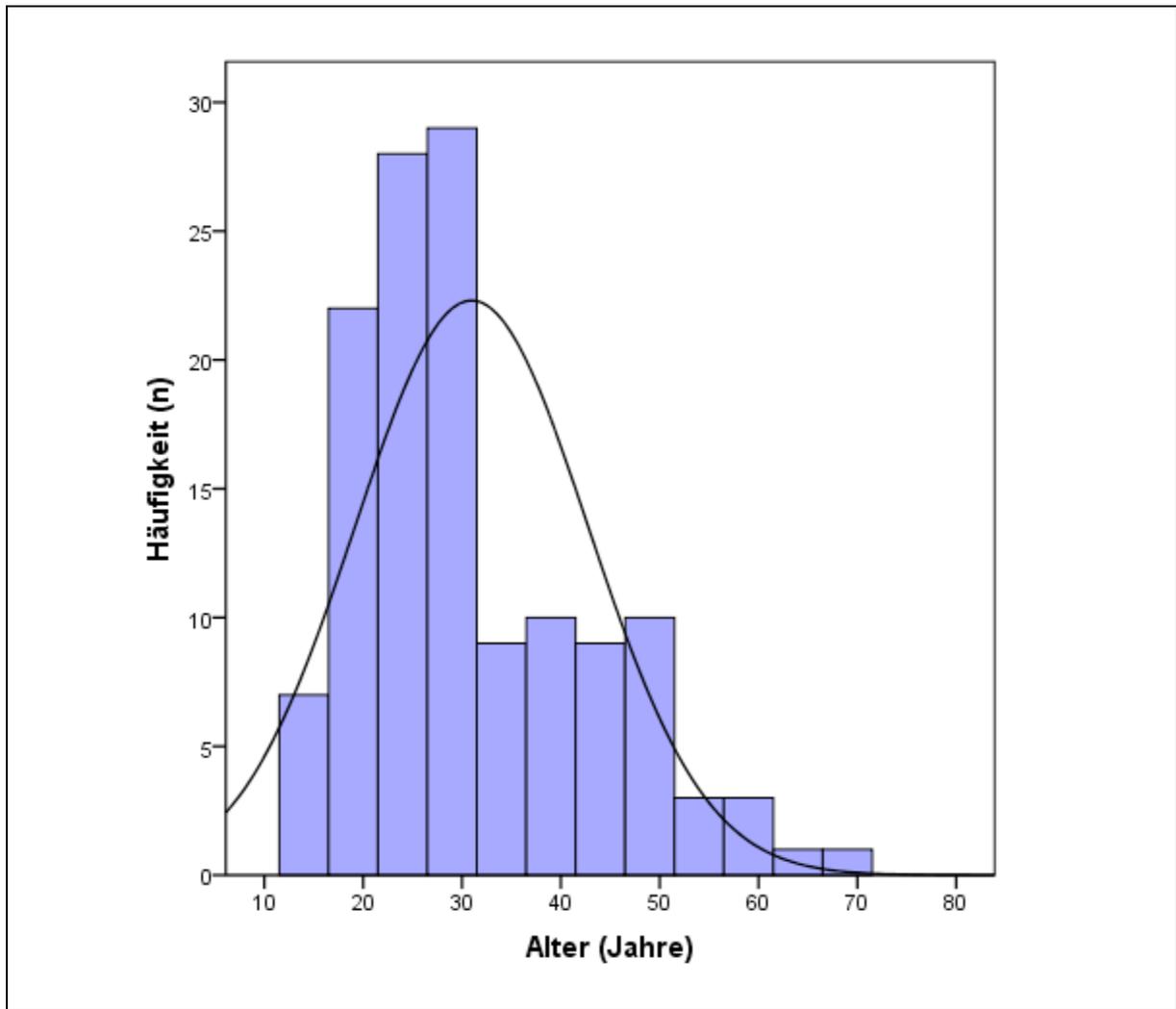


Abbildung 4.1: Altersverteilung der Stichprobe (n = 132)

Von den 143 Teilnehmern waren 90 Personen (64,3%) weiblich, 50 Personen (35,7%) männlich. 3 Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht. Bezüglich der Bildung ließen sich die Teilnehmer vier Kategorien zuordnen. 101 Personen (82,1%) verfügten über das Abitur als höchsten Schulabschluss. 20 Teilnehmer (16,3%) schlossen mit einem Realschulabschluss ab. Nur jeweils eine Person (je 0,8%) verfügte als höchsten Schulabschluss über einen Hauptschul- bzw. Sonderschulabschluss. 20 Teilnehmer machten keine Angaben zu ihrem Schulabschluss (Abbildung 4.2).

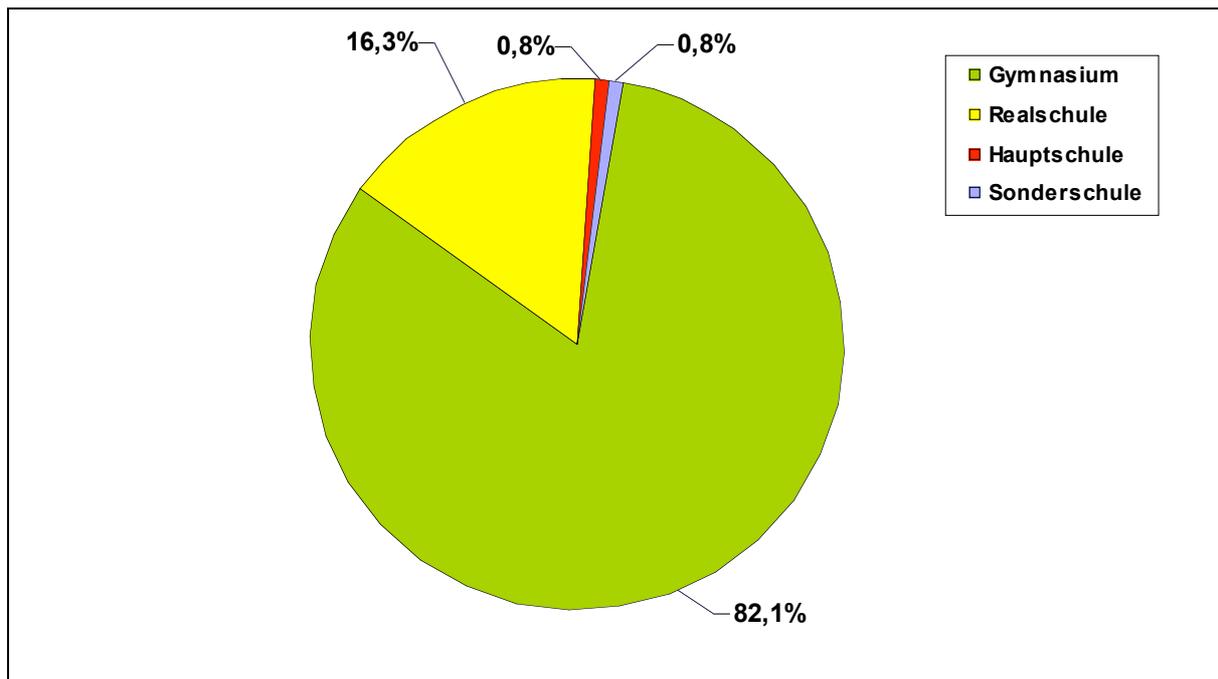


Abbildung 4.2: Bildungsniveau der Befragten (n = 123)

4.2 Beantwortung der Quiz-Fragen

4.2.1 Depressionshäufigkeit in Deutschland

Die Frage nach der Häufigkeit von Depressionen in Deutschland wurde gestellt, um herauszubekommen, ob in der Bevölkerung überhaupt eine etwaige Vorstellung über die hohe Verbreitung der Depression herrscht (Abbildung 4.3).

58,5% (83 Personen) gaben an, dass jeder fünfte in Deutschland einmal von einer Depression betroffen ist. Die am zweithäufigsten gegebene Antwort war, es wäre jeder zwanzigste einmal depressiv. Dass nur eine von hundert Personen einmal betroffen ist, nahmen 5,6% (8 Personen) an.

Frage:

Wie viele Einwohner Deutschlands sind irgendwann in ihrem Leben von einer Depression betroffen?

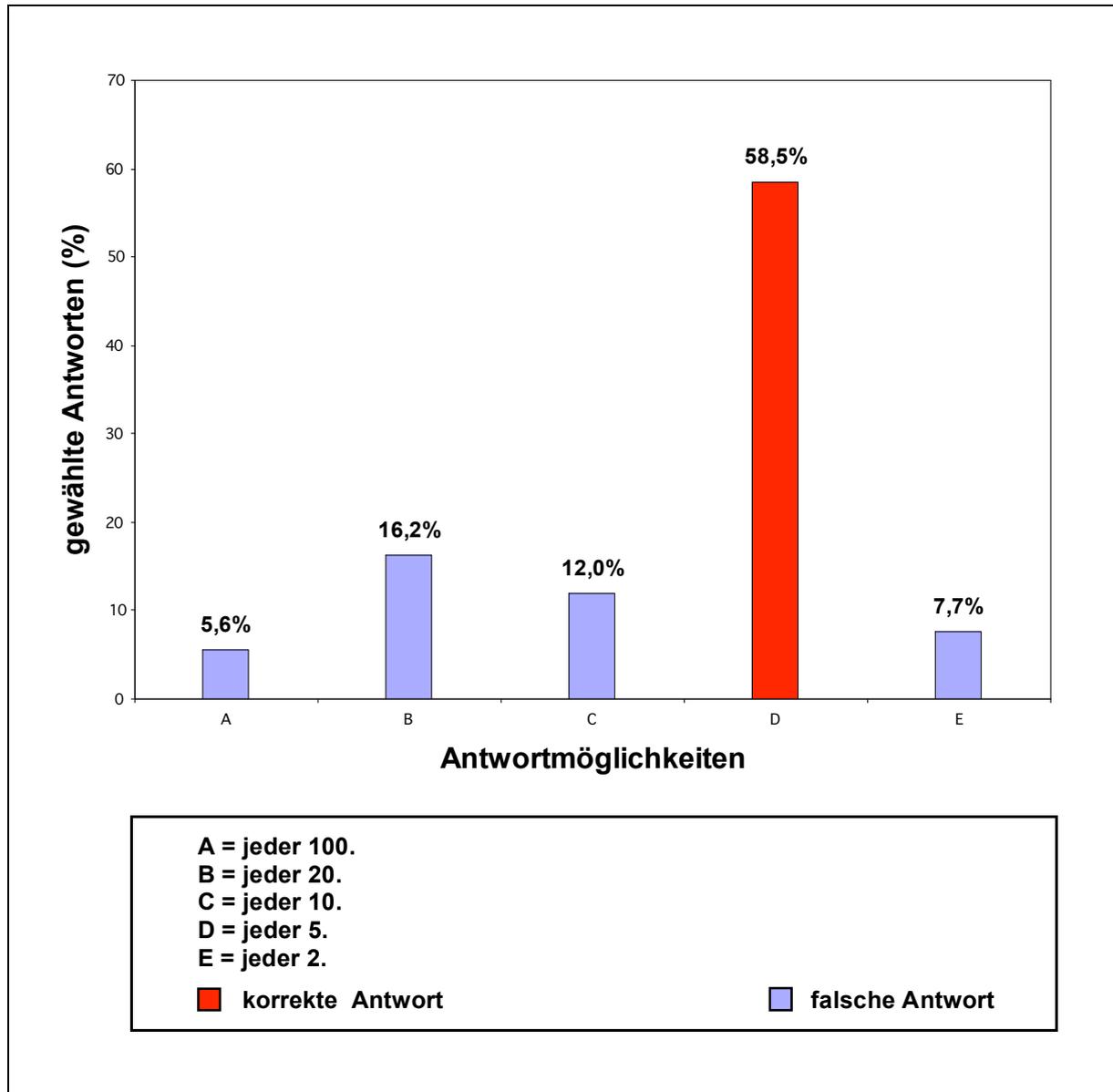


Abbildung 4.3: Depressionshäufigkeit in Deutschland (n = 142)

4.2.2 Erkrankungsalter

Die nächste Frage erörterte das Wissen nach dem erstmaligen Erkrankungsalter von Depressiven (Abbildung 4.4).

Weniger als die Hälfte der Teilnehmer, 39,9% (57 Personen), gab an, dass die meisten Menschen zwischen dem 26. und 40. Lebensjahr erstmalig erkranken. Die Möglichkeiten einer Erkrankungsrate zwischen 18. und 25. Lebensjahr bzw. einer in jedem Alter gleich hohen Rate wurden von ähnlich vielen Personen angenommen. 2,8% (4 Personen) vermuteten das erstmalige Auftreten einer Depression im Rentenalter.

Frage:

In welchem Lebensalter erkranken die meisten Menschen erstmals an einer Depression?

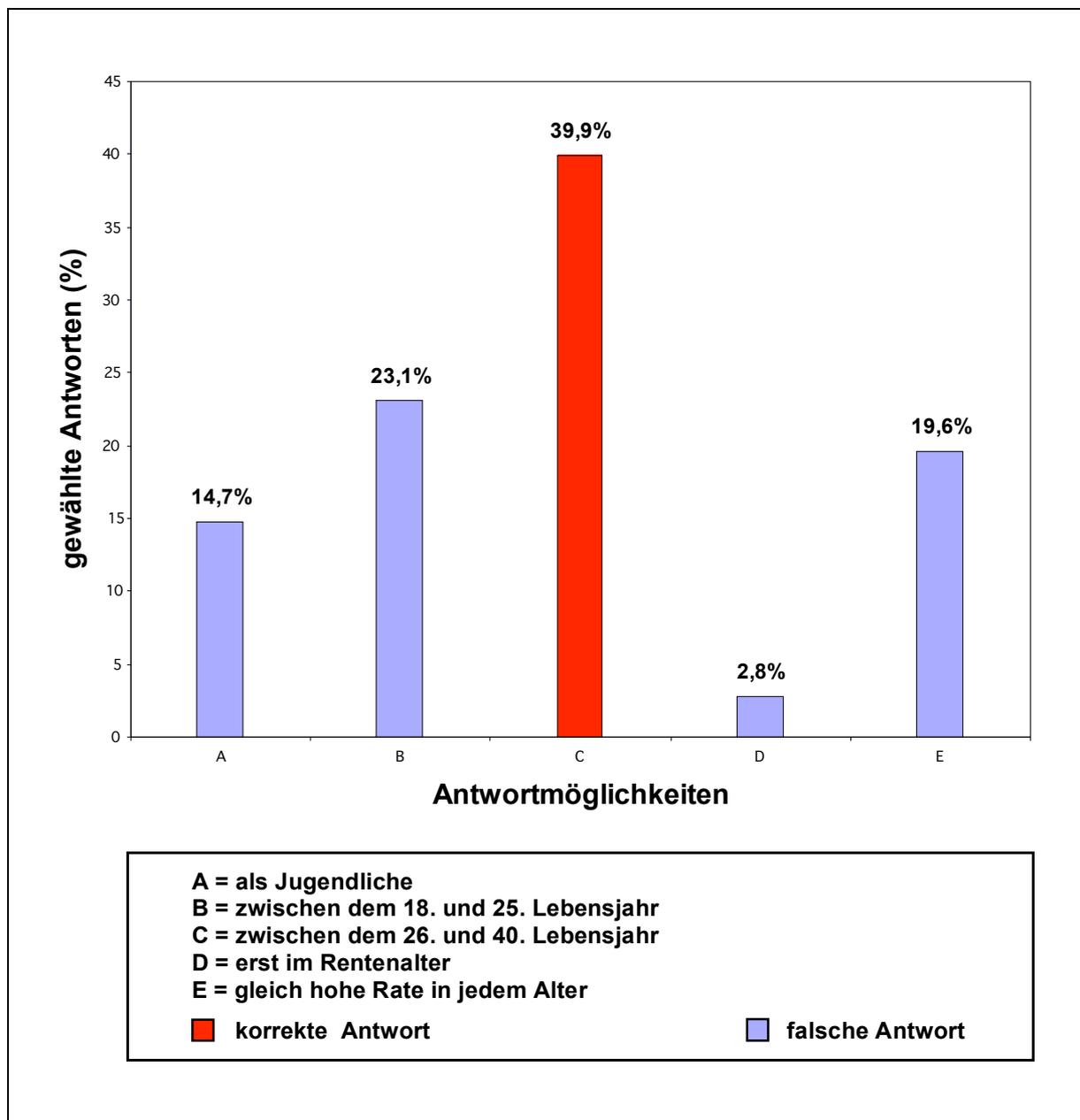


Abbildung 4.4: Erkrankungsalter (N = 143)

4.2.3 Symptomatik

Der Erforschung, inwieweit Laien in der Lage sind, Depressionen anhand von Symptomen zu erkennen, diente die Frage nach typischen Beschwerden außer niedergeschlagener Stimmung (Abbildung 4.5).

Diese Frage wurde von den Teilnehmern signifikant häufiger mit Mehrfachnennungen und damit ungültig beantwortet. 22 Personen konnten daher nicht in die Fragensauswertung mit eingehen. Obwohl also deutlich mehr Teilnehmer bei dieser Frage Probleme hatten, sich auf eine Antwort festzulegen, waren diejenigen, die sich für nur eine Antwort entschieden, sehr informiert. 86,8% (105 Personen) wussten, dass Schlafstörungen und Grübeln neben der niedergeschlagenen Stimmung die häufigsten Symptome sind. Gewichts- und Appetitzunahme, Herzrasen und Schwindel, Kopfschmerzen sowie Reizbarkeit wurden von jeweils nur 2-4% (3-5 Personen) als zutreffende Antwort gewählt.

Frage:

Welche Beschwerden sind außer niedergeschlagener Stimmung am häufigsten?

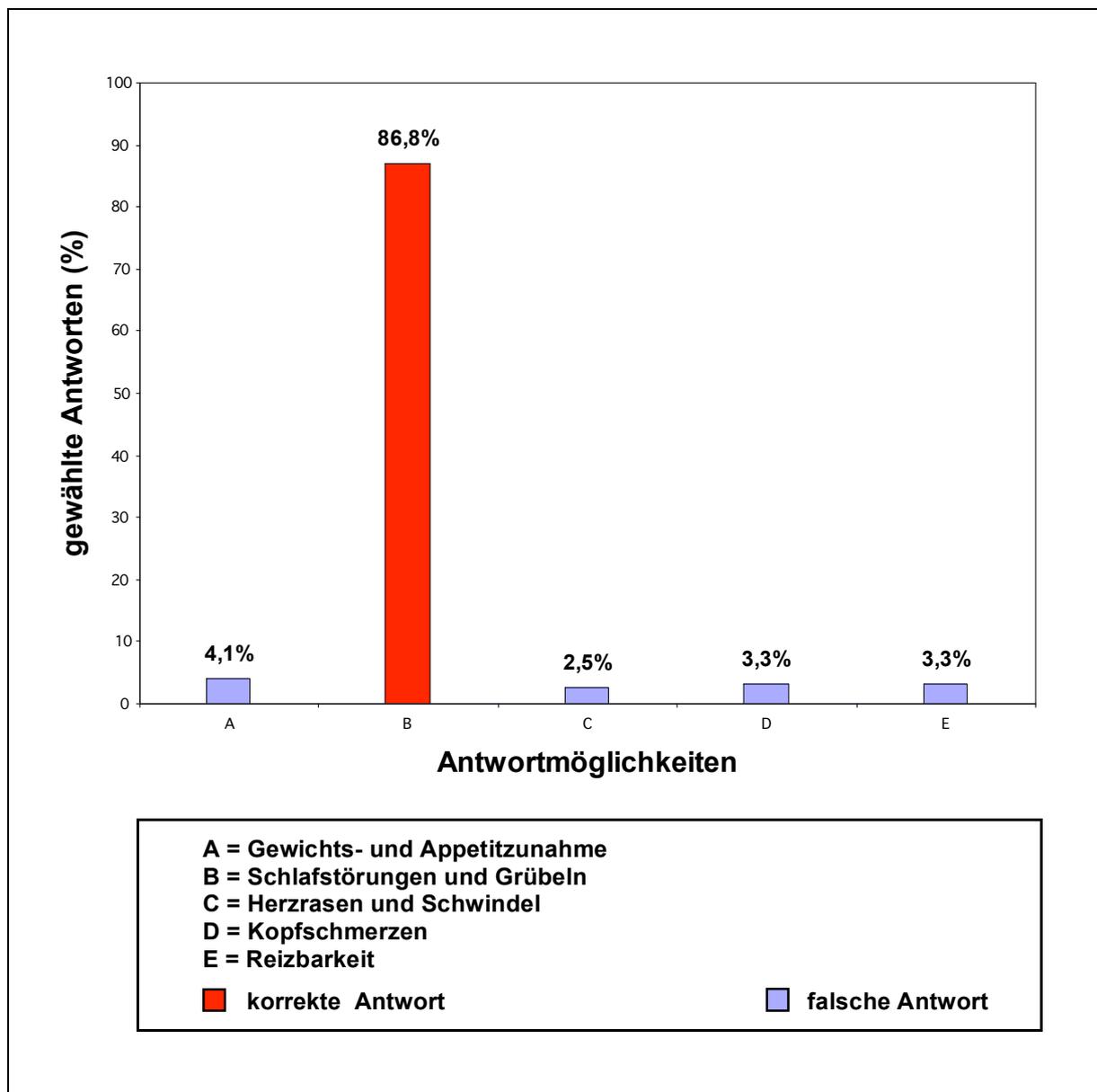


Abbildung 4.5: Symptomatik (n = 121)

4.2.4 Diagnose

Die Frage nach der Diagnose wurde gestellt, um zu erfahren, wie gut die wissenschaftlich und klinisch bewährte Diagnosestellung in der Bevölkerung bekannt ist (Abbildung 4.6).

Die deutliche Mehrheit, 80,9% (114 Personen), gab an, dass eine Depression mittels eines Komplexes von verschiedenen Untersuchungen, das heißt, einer körperlichen Untersuchung, Bluttests und mehreren ärztlichen Gesprächen, gestellt wird. 17% (24 Personen) nahmen an, dass die Diagnose mittels einer Fragebogenauswertung gestellt wird. Von keinem einzigen Teilnehmer wurde die Antwortmöglichkeit einer Röntgenuntersuchung gewählt.

Frage:

Wann wird die Diagnose einer Depression nach heutigem Wissen gestellt?

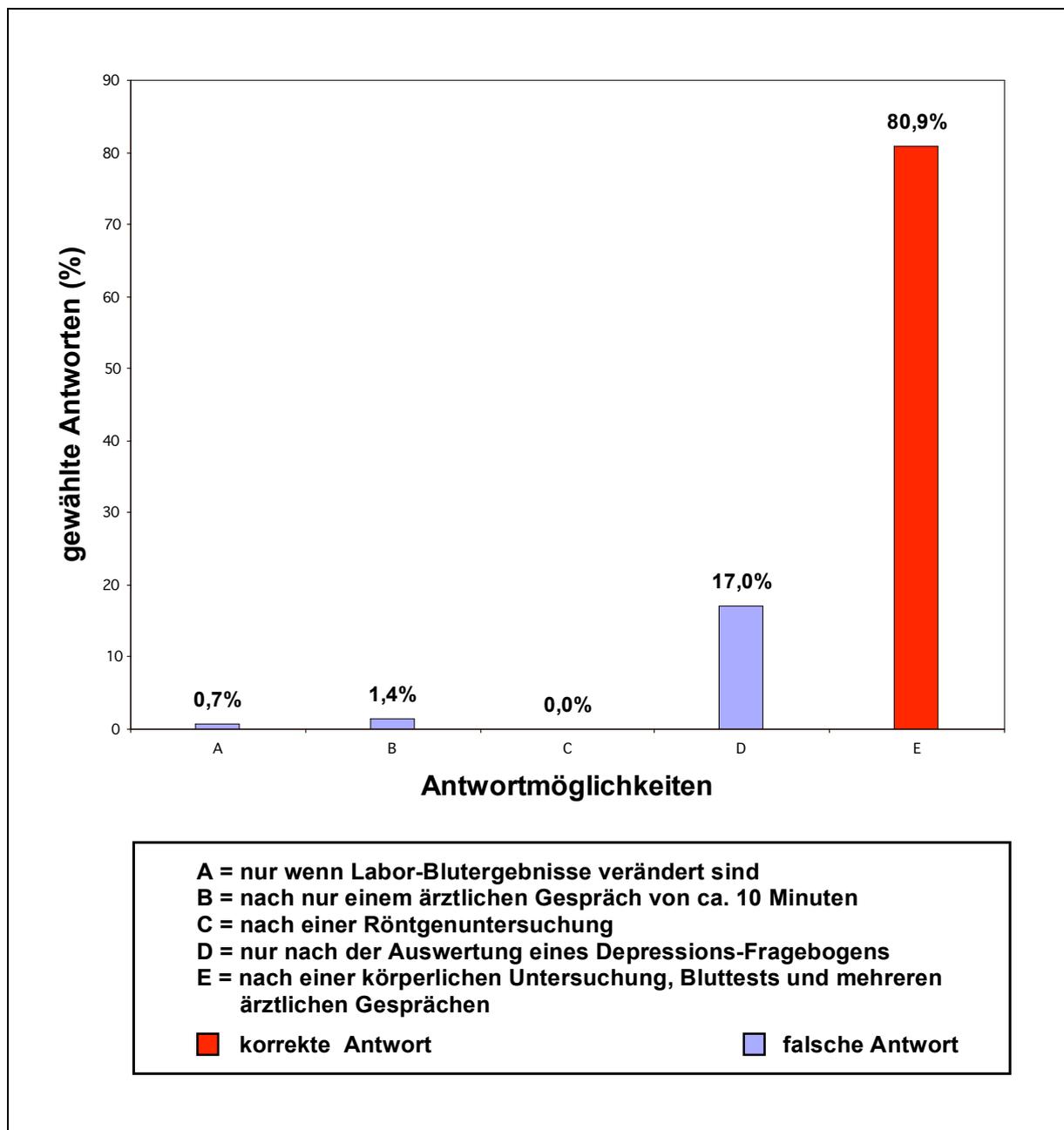


Abbildung 4.6: Diagnose (n = 141)

4.2.5 Behandlung

Abschließend wurde geklärt, inwieweit bewährte Depressions-Behandlungsmethoden der Bevölkerung bekannt sind (Abbildung 4.7).

Diese Frage wurde von den Teilnehmern am Besten beantwortet. Fast alle Teilnehmer, 97,9% (137 Personen), wussten, dass eine Depression oftmals mit einer Kombination aus Medikamenten und Gesprächen behandelt wird. Niemand zog in Betracht, dass eine Depression mit pflanzlichen Mitteln oder immer im Krankenhaus behandelt wird.

Frage:

Wie wird die Depression heute im Allgemeinen behandelt?

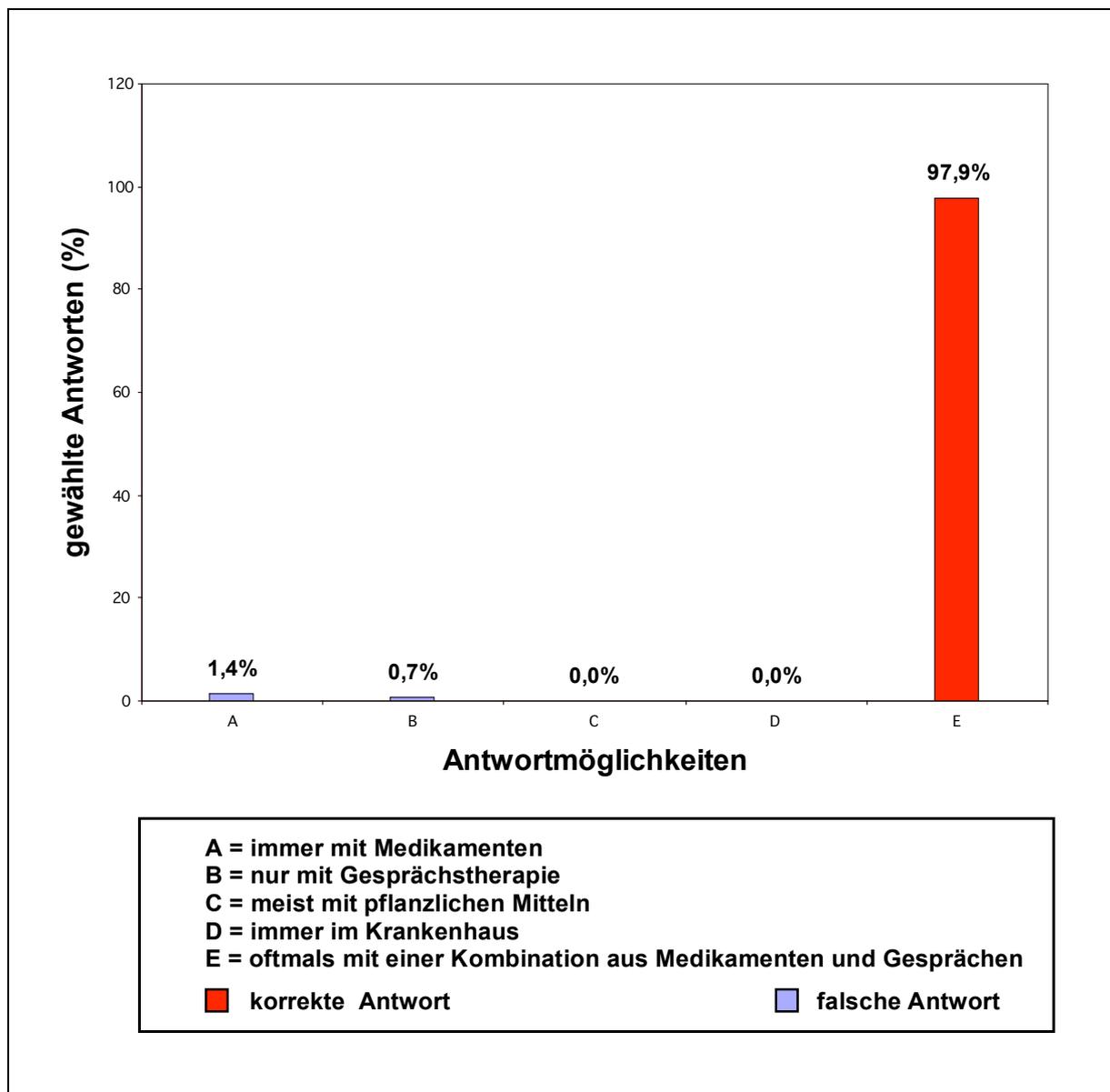


Abbildung 4.7: Behandlung (n = 140)

4.3 Häufigkeit richtiger Antworten

4.3.1 Richtige Antworten pro Frage

Vergleicht man nun die fünf Fragen miteinander bezüglich der korrekten Beantwortung, so schneiden die letzten drei Fragen, nämlich die Fragen nach Symptomatik, Diagnose und Behandlung am Besten ab (Abbildung 4.8). Alle drei Fragen wurden von über 80% der Teilnehmer richtig beantwortet. Die Frage nach den Behandlungsoptionen wurde mit 97,9% (137 Personen) am Besten beantwortet, die Erkrankungsalter-Frage lieferte mit 39,9% (57 Personen) die wenigsten korrekten Antworten im Vergleich. Die Prävalenz-Frage befindet sich im Vergleich auf dem vorletzten Platz mit 58,5% (83 Personen) richtigen Antworten.

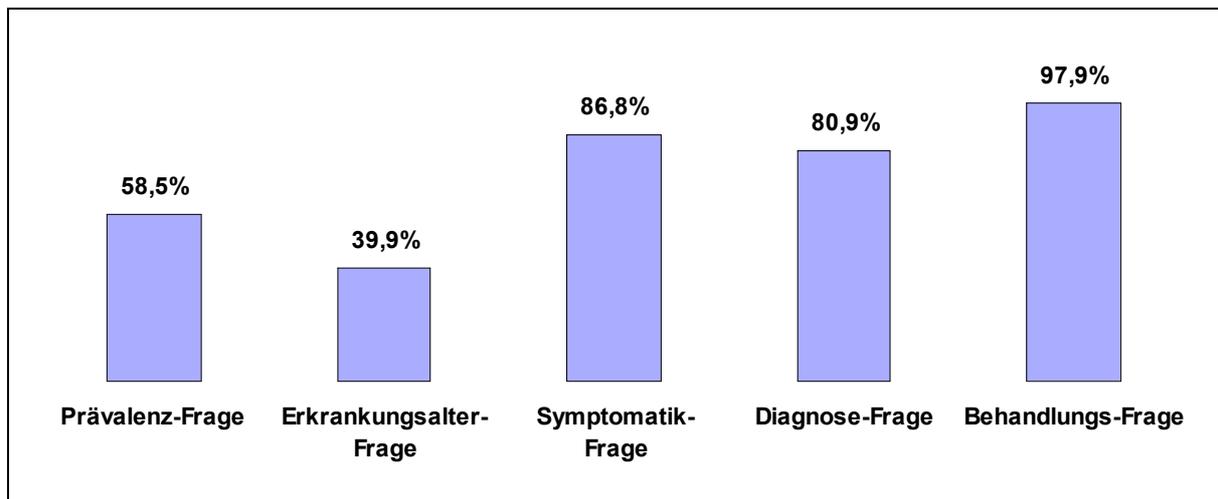


Abbildung 4.8: Korrekt gegebene Antworten pro Frage (N = 143)

4.3.2 Richtige Antworten pro Teilnehmer

Betrachtet man die richtig beantworteten Fragen pro Teilnehmer, so ist hier eine maximale Spannweite zu verzeichnen (Abbildung 4.9). Das heißt, es gab sowohl das eine Extrem keiner einzig richtig beantworteten Frage pro Teilnehmer, als auch das andere Extrem fünf korrekter Antworten pro Teilnehmer. Durchschnittlich beantworteten die befragten Personen dreieinhalb Fragen (Standardabweichung = +/- 0,9 Fragen) richtig. Von 143 Teilnehmern wussten nur 0,7% (1 Person) überhaupt keine Antwort. Die Mehrheit der Befragten, 41,3%

(59 Personen), gaben vier korrekte Antworten. Alle fünf richtigen Antworten pro Befragung lieferten 10,5% (15 Personen).

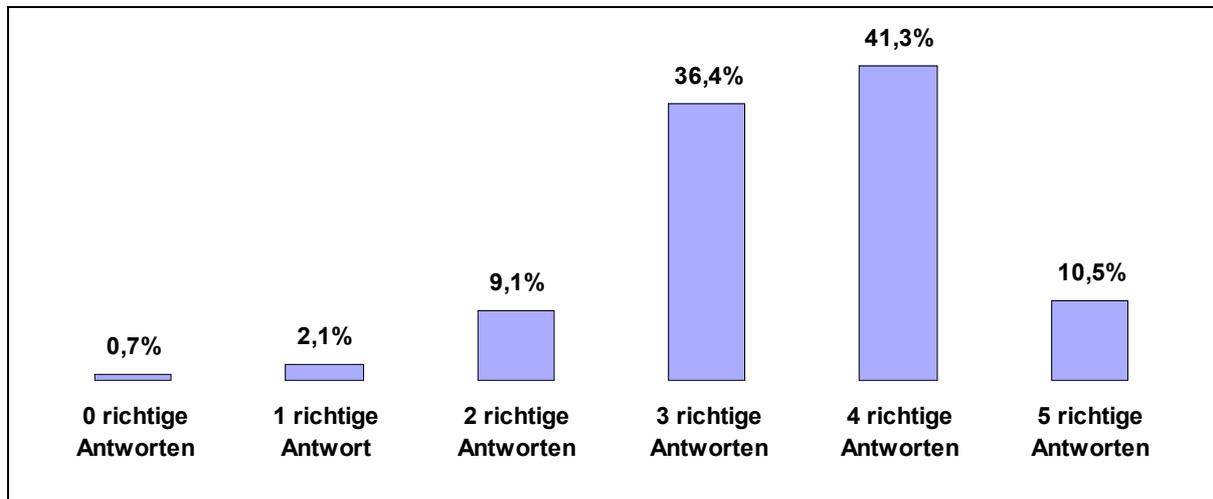


Abbildung 4.9: Korrekt gegebene Antworten pro Teilnehmer (N = 143)

4.4 Confounding

4.4.1 Abhängigkeiten zwischen Alter und Geschlecht

Um Confounding innerhalb der Variablen Alter und Geschlecht auszuschließen, wurden diese Parameter gesondert betrachtet. Insgesamt machten von 143 Personen 92,3% (132 Personen) eine Angabe zu ihrem Alter. 97,9% (140 Personen) der 143 Personen gaben ihr Geschlecht an. Betrachtet man nun die Personen, deren Angaben bezüglich der beiden Variablen vollständig waren, so lassen sich folgende Aussagen machen: Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen insgesamt betrug 31,0 Jahre (Standardabweichung = +/- 11,8 Jahre). Das Durchschnittsalter der 82 auswertbaren Frauen betrug 30,3 Jahre (Standardabweichung: +/- 11,1 Jahre), das der 50 Männer betrug 32,0 Jahre (Standardabweichung = +/- 12,9 Jahre) (Tabelle 4.1).

Größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich des Alters lagen nicht vor (t-Test: p-Wert = 0,418). Somit können Abhängigkeiten zwischen diesen beiden Variablen Alter und Geschlecht ausgeschlossen werden.

Tabelle 4.1: Altersverteilung von Frauen und Männern im Vergleich

	Mittelwert (Jahre)	Standard- abweichung (Jahre)	Minimum (Jahre)	Maximum (Jahre)
Frauen (n = 82)	30,3	11,1	14	65
Männer (n = 50)	32,0	12,9	15	68
Gesamt (n = 132)	31,0	11,8	14	68

4.4.2 Abhängigkeiten zwischen Alter und Bildung

Auch die beiden Variablen Alter und Bildung wurden separat untersucht, um eventuelle Abhängigkeiten aufzudecken. Von 143 Personen machten 92,3% (132 Personen) Angaben zu ihrem Alter, 86% (123 Personen) zu ihrer genossenen Schulausbildung. Insgesamt lagen von

82,5% (118 Personen) Angaben zu beiden Variablen vor. Das Durchschnittsalter dieser 118 Personen lag bei 31,4 Jahren (Standardabweichung = +/- 11,5 Jahre). Das mittlere Alter der 98 auswertbaren Gymnasiasten lag bei 31,5 Jahren (Standardabweichung = +/- 11,4 Jahre), das der 18 Realschüler wiederum bei 30,6 Jahren (Standardabweichung = +/- 12,2 Jahre). Nicht in die Auswertung mit einfließen konnten Haupt- und Sonderschüler, die jeweils nur durch eine Person vertreten waren (Tabelle 4.2).

Größere Unterschiede zwischen den beiden auswertbaren Bildungsgruppen bezüglich des Alters lagen nicht vor (t-Test: p-Wert = 0,760). Somit können Abhängigkeiten auch zwischen den beiden Variablen Alter und Bildung ausgeschlossen werden.

Tabelle 4.2: Höchster Schulabschluss und jeweilige Altersverteilung

	Mittelwert (Jahre)	Standard- abweichung (Jahre)	Minimum (Jahre)	Maximum (Jahre)
Gymnasium (n = 98)	31,5	11,4	17	68
Realschule (n = 18)	30,6	12,2	16	60
Hauptschule (n = 1)	21,0	–	21	21
Sonderschule (n = 1)	48,0	–	48	48
Gesamt (n = 118)	31,4	11,5	16	68

4.4.3 Abhängigkeiten zwischen Geschlecht und Bildung

Auch die Parameter Geschlecht und Bildung wurden hinsichtlich Confounding untersucht und zu diesem Zweck gesondert betrachtet. Von den 143 Personen machten 97,7% (140 Personen) Angaben zu ihrem Geschlecht. 86% (123 Personen) gaben ihren höchsten Schulabschluss an. Insgesamt ließen sich 86% (123 Personen) genauer untersuchen, da bei diesen Personen Angaben zu beiden gewünschten Parametern vorlagen. Von den 123 Personen besuchten insgesamt 82,1% (101 Personen) das Gymnasium, 16,3% (20 Personen) die Realschule, jeweils 0,8% (1 Person) Haupt- und Sonderschule. Da Haupt- und Sonderschule jeweils nur

durch eine Person vertreten wurden, kann man diese bei der näheren Betrachtung hinsichtlich der Gruppenhomogenität außer Acht lassen. Untersucht man nun die 77 auswertbaren Frauen und 46 auswertbaren Männer jeweils separat, ähneln sich die beiden Geschlechtergruppen hinsichtlich der genossenen Schulausbildung (Tabelle 4.3).

Größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der beiden auswertbaren Bildungsgruppen lagen nicht vor (χ^2 -Test: p-Wert = 0,282). Somit können Abhängigkeiten auch zwischen den beiden Variablen Geschlecht und Bildung ausgeschlossen werden.

Tabelle 4.3: Höchster Schulabschluss von Frauen und Männern im Vergleich

	Frauen n (%)	Männer n (%)	Insgesamt n (%)
Gymnasium	63 (81,8%)	38 (82,6%)	101 (82,1%)
Realschule	14 (18,2%)	6 (13,0%)	20 (16,3%)
Hauptschule	0 (0,0%)	1 (2,2%)	1 (0,8%)
Sonderschule	0 (0,0%)	1 (2,2%)	1 (0,8%)
Gesamt	77 (100,0%)	46 (100,0%)	123 (100,0%)

4.5 Einflüsse auf die korrekte Beantwortung der Quiz-Fragen

4.5.1 Einfluss des Alters

Eine Beeinflussung bezüglich der Nennung von richtigen Antworten durch das Alter wurde erörtert. Dabei ging es schwerpunktmäßig darum herauszufinden, ob in einer bestimmten Altersgruppe signifikant mehr richtige Antworten gegeben wurden als in einer anderen. Ein nennenswerter Einfluss des Teilnehmer-Alters auf die Anzahl an richtig gelösten Fragen lag nicht vor (Kruskal-Wallis-Test: p-Wert = 0,766).

Betrachtet man die Summe korrekt beantworteter Fragen hinsichtlich des mittleren Altersdurchschnitts der Teilnehmer, so erkennt man, dass der Altersdurchschnitt nur gering variiert (Tabelle 4.4). Eine höhere oder niedrigere Anzahl von korrekten Antworten ging also nicht mit einem jeweils anderen Altersdurchschnitt einher.

Tabelle 4.4: Richtige Antworten und jeweiliger Altersdurchschnitt

	Altersdurchschnitt (Jahre)
0 richtige Antworten (n = 1)	19,0
1 richtige Antwort (n = 2)	23,5
2 richtige Antworten (n = 13)	31,7
3 richtige Antworten (n = 46)	32,0
4 richtige Antworten (n = 56)	31,4
5 richtige Antworten (n = 14)	27,0
Gesamt (n = 132)	31,0

4.5.2 Einfluss des Geschlechts

Es wurde geprüft, ob ein Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Anzahl an richtigen Antworten vorliegt. Ein Einfluss des Geschlechts der Teilnehmer auf die Anzahl der korrekt beantworteten Fragen lag nicht vor (Mann-Whitney-Test: p-Wert = 0,842).

Betrachtet man die Summe korrekt beantworteter Fragen getrennt nach Geschlechtern, wird deutlich, dass sich Frauen und Männer hier nur geringfügig voneinander unterscheiden (Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5: Richtige Antworten von Frauen und Männern im Vergleich

	Frauen n (%)	Männer n (%)	Insgesamt n (%)
0 richtige Antworten	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (0,7%)
1 richtige Antwort	2 (2,2%)	1 (2,0%)	3 (2,1%)
2 richtige Antworten	10 (11,1%)	3 (6,0%)	13 (9,3%)
3 richtige Antworten	30 (33,3%)	20 (40,0%)	50 (35,7%)
4 richtige Antworten	38 (42,2%)	20 (40,0%)	58 (41,4%)
5 richtige Antworten	10 (11,1%)	5 (10,0%)	15 (10,7%)
Gesamt	90 (100,0%)	50 (100,0%)	140 (100,0%)

4.5.3 Einfluss des Bildungsstands

Es wurde getestet, ob die genossene Schulausbildung einen Einfluss auf die korrekte Beantwortung der Fragen hat. Aufgrund der geringen Anzahl von Haupt- und Sonderschülern mussten diese bei der Betrachtung vernachlässigt werden. Beschränkt man sich bei der Auswertung auf die Gymnasiasten und Realschüler, so ergibt sich, dass ein Einfluss des Bildungsgrads auf die Anzahl an korrekten Antworten vorliegt (Mann-Whitney-Test: p-Wert = 0,015). Je höher also die genossene Schulausbildung des Teilnehmers, desto mehr Fragen können von diesem richtig beantwortet werden (Abbildung 4.10). So lässt sich bei einem direkten Vergleich von Gymnasiasten und Realschülern bezüglich der Summe an korrekt beantworteten Fragen erkennen, dass ein höherer Prozentsatz der Gymnasiasten dazu in der

Lage war, vier oder gar fünf richtige Antworten zu geben. 50% der Realschüler gaben drei korrekte Antworten. Hingegen waren bei den Realschülern vier oder fünf richtig beantwortete Fragen seltener als bei den Schülern mit Gymnasialabschluss.

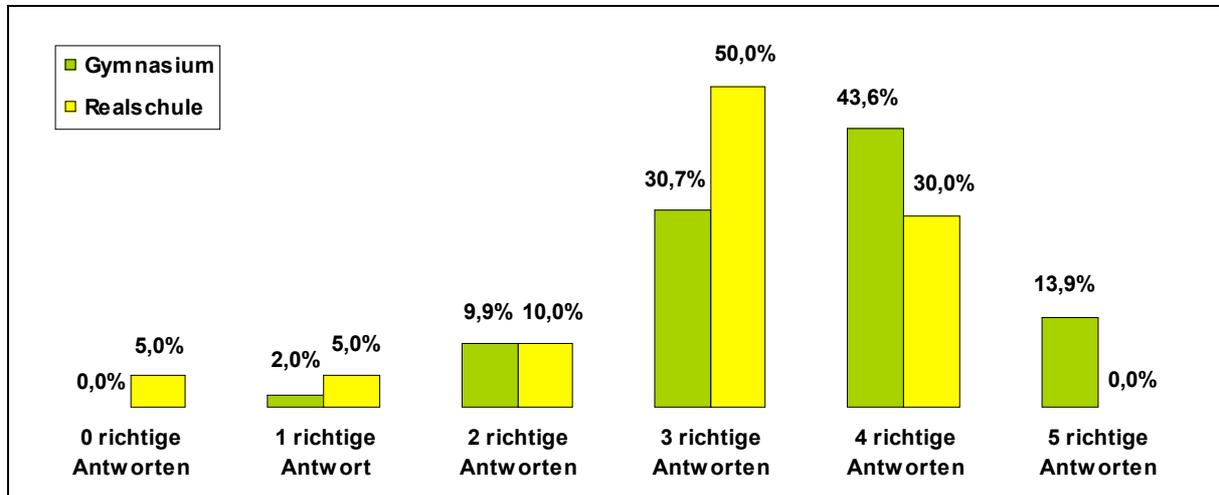


Abbildung 4.10: Korrekt beantwortete Fragen von Personen mit Gymnasialschulabschluss (n = 101) und Realschulabschluss (n = 20)

Kapitel 5

Diskussion

Bei der vorliegenden Befragung zu den Themen Prävalenz, Erkrankungsalter, Symptomatik, Diagnosestellung und Behandlung ergab sich, dass ungefähr 41% der Besucher in der Lage waren, vier von fünf Fragen korrekt zu beantworten. 11% konnten sogar alle fünf Fragen richtig beantworten.

5.1 Repräsentativität der Studie

An der Wissensstand-Umfrage nahmen 143 Personen teil. Diese vergleichsweise niedrige Stichprobenzahl könnte ein Grund für die fehlende Normalverteilung der Daten sein. Eine gleichmäßige Altersverteilung war bei der Umfrage nicht gegeben. Die 20- bis 30-Jährigen waren stark übervertreten. Auch die Vertretung beider Geschlechter war unterschiedlich. Die Männer waren deutlich untervertreten. Des Weiteren war das Bildungsniveau im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sehr hoch. Ein Großteil der Teilnehmer verfügte über das Abitur. Fast der gesamte Rest schloss mit einem Realschulabschluss ab.

Die Zusammensetzung der Teilnehmer entspricht dem typischen „Lange Nacht der Wissenschaften“-Publikum. So besuchen ältere Menschen diese Veranstaltung weniger, da diese zum einen erst in den Abendstunden beginnt und sich bis in die Nacht hineinzieht, und zum anderen mit mehreren Bustouren verbunden ist, um von einem Institut zum nächsten zu gelangen, was für ältere Personen wohl eher zu beschwerlich ist. Für jüngere Menschen stellt dies kein Problem dar. Dass Männer bei der Umfrage weniger zugegen waren als Frauen, lässt sich damit erklären, dass das männliche Geschlecht sich bei der „Langen Nacht der

Wissenschaften“ typischerweise eher für die technischen Angebote interessiert und deswegen verstärkt an den dafür ausgerichteten Standorten der Technischen Universität, des Fraunhofer Instituts und Adlershof anzutreffen ist. Das hohe Bildungsniveau des teilnehmenden Publikums im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist ebenso typisch für die Besucher der „Langen Nacht der Wissenschaften“. Eine solche wissenschaftliche Informationsveranstaltung ist in der Regel eher für höher gebildetes Publikum attraktiv.

Da die Umfrage hinsichtlich der Teilnehmerzahl, des Teilnehmeralters, des Geschlechts und des Bildungsniveaus der Teilnehmer nicht optimal verteilt war, kann die durchgeführte Befragung für sich nicht beanspruchen, voll repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung zu sein.

Hinweise auf die Richtung der Verzerrung ergeben sich aus den selbst ermittelten Daten und aus dem Vergleich mit anderen Studienergebnissen. Hinsichtlich des Alters lässt sich vermuten, dass die Überproportionalität von jüngeren Teilnehmern zu einer Verbesserung der Ergebnisse geführt hat. So zeigten die Auswertungen von bereits in der Einleitung erwähnten Studien, dass gerade das Wissen der Bevölkerung über 65 Jahre bezüglich des Themas Depression besondere Lücken aufweist.

Die oben genannten Studien erbrachten hinsichtlich der Responserate der Männer ähnliche Ergebnisse wie die eigene Befragung. Die unterproportionale Antwortbereitschaft der Männer liegt wohl in der Tatsache begründet, dass Männer im Vergleich zu Frauen dem Umfragethema weitaus skeptischer gegenüber treten. Dementsprechend ist aber auch der Wille zur Wissenserweiterung bezüglich dieses Themas bei den Männern sehr viel weniger vorhanden. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass dies in verstärktem Ausmaß auf die Umfrageverweigerer zutrifft. Auch hier müssten die Testergebnisse also in eine positivere Richtung verschoben worden sein.

Ebenso positiv auf die Ergebnisauswertung wird sich das nicht-normalverteilte Bildungsniveau der Befragten ausgewirkt haben. Bei einer stärkeren Vertretung von Teilnehmern mit niedrigeren Schulabschlüssen muss mit größeren Wissensdefiziten gerechnet werden.

Insgesamt kann daher davon ausgegangen werden, dass Vorurteile und Informationsdefizite in der Gesamtbevölkerung eher weiter verbreitet sind.

5.2 Schwächen

Durchschnittlich wurden die fünf Fragen des Umfragebogens gut beantwortet. In vier von fünf Fällen lag der Prozentsatz an richtigen Antworten bei über 55%. Auffällig ist jedoch, dass drei von fünf Fragen besonders gut beantwortet wurden, nämlich mit einer Rate von über 80% an richtigen Antworten. Zwei der fünf Fragen wurden deutlich schlechter beantwortet. Hier machen die richtigen Antworten nur 40% bzw. 59% aus. Des Weiteren fällt eine Frage durch die vergleichsweise hohe Zahl an nicht auswertbaren Antworten auf. Die Unterschiede in der Beantwortung zwischen den Fragen lassen sich aber erklären.

Eine der schlechter beantworteten Fragen war die Frage nach dem Erkrankungsalter. Der Schwierigkeitsgrad dieser Frage ist im Vergleich zur Frage nach der Depressionsdiagnose oder -behandlung höher einzustufen. Mittels logischer Schlussfolgerung durch Verwerfen der anderen Antwortmöglichkeiten konnte diese Frage nicht gelöst werden. Die korrekte Antwortmöglichkeit ließ sich also nicht erraten.

Eine weitere Schwierigkeit lag in der Frage nach der Depressionshäufigkeit. Trotz des höheren Prozentsatzes an richtigen Antworten im Vergleich zur oben genannten Frage, wurde auch diese Frage deutlich schlechter beantwortet als die übrigen drei. Die Anzahl an korrekten Antworten ließe sich aber bei anderer Literaturberücksichtigung steigern. So findet man in der Literatur nicht nur die als korrekt bewertete Antwort von jedem 5. Einwohner Deutschlands. Auch die Aussage, dass jeder 10. Einwohner Deutschlands irgendwann in seinem Leben von einer Depression betroffen ist, ist eine durchaus gängige Angabe. Fasst man die beiden Antwortmöglichkeiten zusammen (geht man also von jedem 5. bis 10. Einwohner aus), so ließe sich die Anzahl korrekter Antworten von 58,5% (= 83 Teilnehmer) auf 70,5% (= 100 Teilnehmer) steigern.

Trotz gutem Prozentsatz an richtigen Antworten, nämlich 86,8% korrekte Antworten, bildet die Frage nach der Depressionssymptomatik deswegen eine Ausnahme, weil die Zahl der nicht auswertbaren Antworten durch Mehrfachnennung vergleichsweise hoch liegt. Im Vergleich zu 0-3 nicht auswertbaren Antworten bei den übrigen vier Fragen, konnten bei dieser Frage ganze 22 Antworten nicht gewertet werden. Die hohe Zahl an falschen und nicht verwertbaren Antworten lässt sich einerseits durch den höheren Schwierigkeitsgrad dieser Frage im Vergleich zur Frage nach der Depressionsdiagnose oder -behandlung begründen. Des Weiteren gestaltet sich die angebotene Symptomikauswahl diffiziler als beispielsweise die Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten, weswegen die Teilnehmer hier gehäuft mehrere Antworten ankreuzten. Dies ist allerdings als Schwäche

des Fragebogens aufzufassen, da dieser keinen Hinweis darauf enthält, pro Frage nur eine Einfachauswahl vorzunehmen. Mit einem derartigen Hinweis hätten sich sicherlich mehr Befragte trotz höherem Schwierigkeitsgrad für nur eine Antwort entschieden. Hier fehlte also eine klare Anweisung an die Befragten, die zukünftig in einem derartigen Fragebogen mit aufgenommen werden müsste.

5.3 Vergleich mit anderen Studien

Obwohl das Thema des Wissensstandes der Allgemeinbevölkerung zur Depression von großer Relevanz ist, liegen nur wenige Studien vor, die sich auf größere Stichproben stützen können. Bei dieser geringen Anzahl von aussagekräftigen Studien liegt das Augenmerk meist auf der Erfragung von Wissen und Einstellungen der Bevölkerung zur Pharmakotherapie der Depression. Hier wären also weitere Studien zum Wissensstand über die Krankheit Depression wünschenswert, um die gewonnenen Umfrage-Ergebnisse vergleichen zu können.

5.4 Schlussfolgerungen

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die Umfrage eine große Anzahl an korrekten Antworten lieferte. Im Vergleich zu früheren Studien scheint das Wissen über die Depression zugenommen zu haben. Dies ist sicherlich zu einem großen Teil auf die forcierte Aufklärungsarbeit zurückzuführen. Bestrebungen in diese Richtung sollten also weiterhin aufrechterhalten werden. Allerdings bleibt anzumerken, dass der hohe Prozentsatz an korrekten Antworten zu einem guten Anteil auf das Publikum der „langen Nacht der Wissenschaften“ zurückzuführen ist. Als wissenschaftliche Veranstaltung zieht sie eben besonders wissenschaftlich interessiertes, oftmals höher gebildetes Publikum an. Dies wird am Verhältnis von Teilnehmern mit Abitur und Teilnehmern mit Realschulabschluss offensichtlich, wobei erstere sowohl deutlich stärker vertreten waren als auch besser abschnitten.

Bei zukünftiger Aufklärungsarbeit sollte dieser Tatsache besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. So ist zu bedenken, dass an einem Aufklärungskonzept gearbeitet werden

sollte, das nicht nur die höher gebildeten Personengruppen erreicht, sondern auch jene, die wissenschaftlich nicht so sehr interessiert sind.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Im Rahmen der Berliner „langen Nacht der Wissenschaften“ wurden am 11. Juni 2005 in neun Stunden 143 Besucher zu ihrem Wissensstand bezüglich der Depression befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 31 Jahre. Etwa 64% waren weiblich, 36% männlich. Die Männer zeigten eine unterproportionale Antwortbereitschaft. Bezüglich des Bildungsniveaus kann von keiner Normalverteilung ausgegangen werden: 82% verfügten über das Abitur als höchsten Schulabschluss, 16% über einen Realschulabschluss.

Bei der Befragung waren von jedem Einzelnen fünf Fragen zu den Themen Prävalenz, Erkrankungsalter, Symptomatik, Diagnosestellung und Behandlung zu beantworten. Hierbei ergab sich, dass ungefähr 41% der Besucher in der Lage waren, vier von fünf Fragen korrekt zu beantworten. 11% konnten sogar alle fünf Fragen richtig beantworten. Im direkten Vergleich waren Gymnasiasten häufiger als Realschüler dazu in der Lage, vier oder fünf richtige Antworten zu geben.

Insgesamt kann wegen des hohen durchschnittlichen Bildungsniveaus der Befragten davon ausgegangen werden, dass Informationsdefizite in der Gesamtbevölkerung eher weiter verbreitet sind, als dies in den Ergebnissen zum Ausdruck kommt.

Dennoch lässt die Auswertung der Befragung Grund zur Annahme, dass die Aufklärungskampagnen der letzten Jahre bei interessierten Personen das Wissen über die Krankheit Depression erhöht haben. Zukünftige Aufklärungsversuche sollten ein besonderes Augenmerk auf den unterschiedlichen Bildungshintergrund der Teilnehmer legen und ein diesbezüglich zielgerichtetes Angebot machen.

Das Vorhandensein eines weiteren Aufklärungsbedarfs der Allgemeinbevölkerung konnte auch durch eine systematische Literaturrecherche zum Thema gestützt werden. In dieser

Recherche konnten zahlreiche Studien ermittelt werden, die ein großes Informationsdefizit der Bevölkerung hinsichtlich der Erkrankung Depression offen legen.

Kapitel 7

Literaturverzeichnis

ADLI M, BAUER M, RUSH AJ. (2006) Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biol Psychiatry*; 59:1029-1038.

AIKENS JE, NEASE DE JR, KLINKMAN MS. (2008) Explaining patients' beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants. *Ann Fam Med*; 6:23-29.

AIKENS JE, NEASE DE JR, NAU DP, KLINKMAN MS, SCHWENK TL. (2005) Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med*; 3:23-30.

ALTHAUS, D. (2004) Das "Nürnberger Bündnis gegen Depression" - Zwischenauswertung eines depressions- und suizidpräventiven Programms nach 12 Monaten Laufzeit. Dissertation.

ALTHAUS D, NIKLEWSKI G, SCHMIDTKE A, FELBER W, KUNZ J, LEHFELD H, HEGERL U. (2003) Veränderungen in der Häufigkeit von Suizidversuchen: Ergebnisse nach neun Monaten Intervention des "Nürnberger Bündnis gegen Depression". *Psychoneuro*; 29:28-34.

ALTHAUS D, STEFANEK J, HASFORD J, HEGERL U. (2002) Knowledge and attitude of the general public regarding symptoms, etiology and possible treatments of depressive illnesses. *Nervenarzt*; 73:659-664.

- ANDERSON IM, EDWARDS JG. (2001) Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness. *Advances in Psychiatric Treatment*; 7:170-180.
- ANGERMEYER MC, BREIER P, DIETRICH S, KENZINE D, MATSCHINGER H. (2005) Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 40:855-864.
- ANGERMEYER MC, DAUMER R, MATSCHINGER H. (1993) Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry*; 26:114-120.
- ANGERMEYER MC, HOLZINGER A, MATSCHINGER H. (2009) Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry*; 24:225-232.
- ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. (1996) Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand*; 94:326-336.
- ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. (1999) Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 34:275-281.
- ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. (2004a) Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *J Affect Disord*; 83:177-182.
- ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. (2004b) Public attitudes towards psychotropic drugs: have there been any changes in recent years? *Pharmacopsychiatry*; 37:152-156.
- ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H, RIEDEL-HELLER SG. (2001) What to do about mental disorder--help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand*; 103:220-225.
- ANGST J, ANGST F, STASSEN HH. (1999) Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*; 60 Suppl 2:57-62; discussion 75-76, 113-116.

- APA. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR, 4th edition. Washington, DC.
- BAUER M, BSCHOR T, PFENNIG A, WHYBROW PC, ANGST J, VERSIANI M, MÖLLER HJ. (2007) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry*; 8:67-104.
- BEBBINGTON PE. (2000) The need for psychiatric treatment in the general population. In Andrews G, Hendersons S, eds. *Unmet need in Psychiatry. Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press, 85-96.
- BENKERT O, GRAF-MORGENSTERN M, HILLERT A, SANDMANN J, EHMIG SC, WEISSBECKER H, KEPLINGER HM, SOBOTA K. (1997) Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis*; 185:151-158.
- BENKERT O, HIPPIUS H. (2008) Antidepressiva. In Benkert O, ed. *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag, 1-72.
- BERGER M, BRAKEMEIER EL, KLESSE C, SCHRAMM E. (2009) Affective disorders. The significance of psychotherapeutic approaches. *Nervenarzt*; 80:540-548.
- COMAS A, ALVAREZ E. (2004) Knowledge and perception about depression in the Spanish population. *Actas Esp Psiquiatr*; 32:371-376.
- DAVIDSON JR, MELTZER-BRODY SE. (1999) The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*; 60 Suppl 7:4-9; discussion 10-11.
- DGPPN. (2010) *Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*, 1. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.

- DIETRICH S, BECK M, BUJANTUGS B, KENZINE D, MATSCHINGER H, ANGERMEYER MC. (2004) The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry*; 38:348-354.
- DIETRICH S, MERGL R, FREUDENBERG P, ALTHAUS D, HEGERL U. (2010) Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. *Health Educ Res*; 25:135-150.
- DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT MH. (2008) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans-Huber-Hogrefe-Verlag.
- DINOS S, STEVENS S, SERFATY M, WEICH S, KING M. (2004) Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry*; 184:176-181.
- GEDDES JR, FREEMANTLE N, MASON J, ECCLES MP, BOYNTON J. (2000) SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*; CD001851.
- GENSICHEN J, BEYER M, SCHWÄBE N, GERLACH FM. (2004) Hausärztlich Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management - Ein BMBF-Projekt. *Z Allg Med*; 80:507-511.
- GIVENS JL, DATTO CJ, RUCKDESCHEL K, KNOTT K, ZUBRITSKY C, OSLIN DW, NYSHADHAM S, VANGURI P, BARG FK. (2006) Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med*; 21:146-151.
- GOLDBERG D, BRIDGES K, DUNCAN-JONES P, GRAYSON D. (1988) Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*; 297:897-899.
- GOLDNEY RD, FISHER LJ. (2008) Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation? *Suicide Life Threat Behav*; 38:129-142.

- GOLDNEY RD, FISHER LJ, DAL GE, TAYLOR AW. (2005) Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *Med J Aust*; 183:134-137.
- GOLDNEY RD, FISHER LJ, WILSON DH. (2001) Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *J Affect Disord*; 64:277-284.
- GOLDNEY RD, FISHER LJ, WILSON DH, CHEOK F. (2002) Mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking. *Suicide Life Threat Behav*; 32:394-403.
- HANSSON M, CHOTAI J, BODLUND O. (2010) Patients' beliefs about the cause of their depression. *J Affect Disord*; 124:54-59.
- HARRIS EC, BARRACLOUGH B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*; 170:205-28.
- HÄRTER M, BERMEJO I, ASCHENBRENNER A, BERGER M. (2001) Analysis and evaluation of current guidelines for diagnosis and treatment of depressive disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr*; 69:390-401.
- HEGERL U, ALTHAUS D. (2003a) From patient screening to management list in suicide risk. Practical guideline for dealing with depression. *MMW Fortschr Med*; 145:24-27.
- HEGERL U, ALTHAUS D, STEFANEK J. (2003b) Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*; 36:288-291.
- HICKIE AM, DAVENPORT TA, LUSCOMBE GM, RONG Y, HICKIE ML, BELL MI. (2007) The assessment of depression awareness and help-seeking behaviour: experiences with the International Depression Literacy Survey. *BMC Psychiatry*; 7:48.

- HILLERT A, SANDMANN J, EHMIG SC, WEISBECKER H, KEPPLINGER HM, BENKERT O. (1999) The general public's cognitive and emotional perception of mental illnesses: An alternative to attitude-research. In Guimon J, Fischer W, Sartorius N, eds. *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel: Karger-Verlag, 56-71.
- HIRSCHFELD RM, KELLER MB, PANICO S, ARONS BS, BARLOW D, DAVIDOFF F, ENDICOTT J, FROMM J, GOLDSTEIN M, GORMAN JM, MAREK RG, MAURER TA, MEYER R, PHILLIPS K, ROSS J, SCHWENK TL, SHARFSTEIN SS, THASE ME, WYATT RJ. (1997) The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*; 277:333-340.
- HOENCAMP E, STEVENS A, HAFFMANS J. (2002) Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatr Serv*; 53:1180-1181.
- HOLSBOER F. (2001) Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: implications for therapy. *J Affect Disord*; 62:77-91.
- HOLZINGER A, BECK M, MUNK I, WEITHAAS S, ANGERMEYER MC. (2003) Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatr Prax*; 30:395-401.
- JORM AF, CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM. (2005a) Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 40:764-767.
- JORM AF, CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM. (2005b) Belief in the harmfulness of antidepressants: results from a national survey of the Australian public. *J Affect Disord*; 88:47-53.
- JORM AF, CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM. (2006) The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Aust N Z J Psychiatry*; 40:36-41.

- JORM AF, KORTEN AE, JACOMB PA, CHRISTENSEN H, RODGERS B, POLLITT P. (1997a) "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*; 166:182-186.
- JORM AF, KORTEN AE, JACOMB PA, CHRISTENSEN H, RODGERS B, POLLITT P. (1997b) Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 32:143-148.
- JORM AF, KORTEN AE, RODGERS B, POLLITT P, JACOMB PA, CHRISTENSEN H, JIAO Z. (1997c) Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 32:468-473.
- JORM AF, MEDWAY J, CHRISTENSEN H, KORTEN AE, JACOMB PA, RODGERS B. (2000a) Attitudes towards people with depression: effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. *Aust N Z J Psychiatry*; 34:612-618.
- JORM AF, MEDWAY J, CHRISTENSEN H, KORTEN AE, JACOMB PA, RODGERS B. (2000b) Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Aust N Z J Psychiatry*; 34:619-626.
- KESSING LV, HANSEN HV, DEMYTTENAERE K, BECH P. (2005) Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med*; 35:1205-1213.
- KHAN TM, SYED SULAIMAN SA, HASSALI MA, ANWAR M, WASIF G, KHAN AH. (2010) Community knowledge, attitudes, and beliefs towards depression in the state of Penang, Malaysia. *Community Ment Health J*; 46:87-92.
- KRATZ S, HÄRTER M, BERMEJO I, BERGER M, SCHNEIDER F, GAEBEL W. (2003) Reason for encounter and diagnosis of depression in patients in general practice. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*; 97 Suppl 4:50-56.

- KROLL M, DIETRICH S, ANGERMEYER MC. (2003) The presentation of depression in German daily newspapers. *Psychiatr Prax*; 30:367-371.
- KUPFER DJ, FRANK E, PEREL JM, CORNES C, MALLINGER AG, THASE ME, MCEACHRAN AB, GROCHOCINSKI VJ. (1992) Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*; 49:769-773.
- LAUBER C, CARLOS N, WULF R. (2005a) Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Can J Psychiatry*; 50:745-752.
- LAUBER C, NORDT C, ROSSLER W. (2005b) Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 40:835-843.
- LAUX G. (2009) Affektive Störungen. In Möller HJ, Laux G, Deister A, eds. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag, 76-110.
- LEICHSENRING F. (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*; 21:401-419.
- LÉPINE JP, GASTPAR M, MENDLEWICZ J, TYLEE A. (1997) Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*; 12:19-29.
- LIN EH, VON KORFF M, KATON W, BUSH T, SIMON GE, WALKER E, ROBINSON P. (1995) The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care*; 33:67-74.
- LINK BG, PHELAN JC, BRESNAHAN M, STUEVE A, PESCOLOLIDO BA. (1999) Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*; 89:1328-1333.

- LIPP O, SOUERY D, MENDLEWICZ J. (2000) Populationsgenetik. In Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N, eds. Grundlagen der Psychiatrie. Berlin: Springer-Verlag, 79-107.
- LÖNNQUIST J. (2002) Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In Hawton K, van Heeringen K, eds. The International Handbook of Suicide and attempted Suicide. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, 107-120.
- MÜLLER WE, GASTPAR M. (2001) Behandlung von depressiven Patienten in der täglichen Praxis. Stellenwert von Johanniskrautextrakt. 1. Auflage. Neu-Isenburg: LinguaMed-Verlags-GmbH.
- PAYKEL ES, COOPER Z, RAMANA R, HAYHURST H. (1996) Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. Psychol Med; 26:121-133.
- PAYKEL ES, HART D, PRIEST RG. (1998) Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. Br J Psychiatry; 173:519-522.
- PRIEST RG, VIZE C, ROBERTS A, ROBERTS M, TYLEE A. (1996) Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. BMJ; 313:858-859.
- RUDOLF S, BERMEJO I, SCHWEIGER U, HOHAGEN F, HÄRTER M. (2006) Diagnostik depressiver Störungen. Deutsches Ärzteblatt; 25:1754-1761.
- RÜSCH N, BERGER M, FINZEN A, ANGERMEYER MC. (2004) Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In Berger M, ed. Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma. 1-14.
- SANDELL R, BLOMBERG J, LAZAR A. (1999) Repeated long-term follow-up of long-term psychotherapy and psychoanalysis. First findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy (STOP) Project. Z Psychosom Med Psychother; 45:43-56.

- SANDELL R, BLOMBERG J, LAZAR A, CARLSSON J, BROBERG J, SCHUBERT J. (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal*; 81:921-942.
- SCHMAUSS M, ERFURTH A. (1996) Combination therapies in antidepressive drug refractory depression-an overview. *Fortschr Neurol Psychiatr*; 64:390-402.
- SCHNEIDER F, HÄRTER M, KRATZ S, BERMEJO I, MULERT C, HEGERL U, GAEBEL W, BERGER M. (2003) Subjectively-perceived inappropriate treatment of depressed patients in general and psychiatric practice. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*; 97 Suppl 4:57-66.
- SCHOMERUS G, ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H, RIEDEL-HELLER SG. (2008) Public attitudes towards prevention of depression. *J Affect Disord*; 106:257-263.
- SCHOMERUS G, MATSCHINGER H, ANGERMEYER MC. (2006a) Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Res*; 144:233-236.
- SCHOMERUS G, MATSCHINGER H, KENZIN D, BREIER P, ANGERMEYER MC. (2006b) Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *Eur Psychiatry*; 21:436-441.
- SCHULZ V. (2003) New therapeutic studies and meta-analysis. St. John's wort extract vs. synthetics. *Pharm Unserer Zeit*; 32:228-234.
- SCOTT J. (2006) Depression should be managed like a chronic disease. *BMJ*; 332:985-986.
- SELIGMAN MEP. (2004) *Erlernte Hilflosigkeit*. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- SPITZER RL, KROENKE K, WILLIAMS JB. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*; 282:1737-1744.

- SPITZER RL, WILLIAMS JB, KROENKE K, LINZER M, DEGRUY FV, HAHN SR, BRODY D, JOHNSON JG. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*; 272:1749-1756.
- STENGLER-WENZKE K, ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H. (2000) Depression and stigma. *Psychiatr Prax*; 27:330-335.
- THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF, PILKONIS PA, HURLEY K, GROCHOCINSKI V, KUPFER DJ. (1997) Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*; 54:1009-1015.
- VAN SCHAİK DJ, KLIJN AF, VAN HOUT HP, VAN MARWIJK HW, BEEKMAN AT, DE HAAN M, VAN DYCK R. (2004) Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*; 26:184-189.
- VIGUERA AC, BALDESSARINI RJ, FRIEDBERG J. (1998) Discontinuing antidepressant treatment in major depression. *Harv Rev Psychiatry*; 5:293-306.
- WANG J, ADAIR C, FICK G, LAI D, EVANS B, PERRY BW, JORM A, ADDINGTON D. (2007) Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample. *Can J Psychiatry*; 52:442-449.
- WEICH S, MORGAN L, KING M, NAZARETH I. (2007) Attitudes to depression and its treatment in primary care. *Psychol Med*; 37:1239-1248.
- WHISKEY E, WERNEKE U, TAYLOR D. (2001) A systematic review and meta-analysis of *Hypericum perforatum* in depression: a comprehensive clinical review. *Int Clin Psychopharmacol*; 16:239-252.
- WITTCHEN HU, ESSAU CA, VON ZD, KRIEG JC, ZAUDIG M. (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 241:247-258.

- WITTCHEN HU, HOLSBOER F, JACOBI F. (2001) Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *J Clin Psychiatry*; 62 Suppl 26:23-28.
- WITTCHEN HU, MÜLLER N, SCHMIDTKUNZ B. (2000) Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Fortschr Med*; 118:4-10.
- WITTCHEN HU, PITTROW D. (2002) Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol*; 17 Suppl 1:S1-11.
- WULSIN LR, VAILLANT GE, WELLS VE. (1999) A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*; 61:6-17.

Anhang

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt.

Zuerst möchte ich Herrn Professor Dr. Stefan Willich für die Möglichkeit danken, an seinem Institut zu promovieren.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Dr. med. Anne Berghöfer für die freundliche, verbindliche und immer hilfsbereite Betreuung während der gesamten Entstehungszeit dieser Arbeit. Frau Berghöfer stand mir bei auch noch so kleinen Detailfragen von Beginn an gewissenhaft bei und hatte auch stets ein Lächeln für mich übrig.

Ein weiterer besonderer Dank geht an Frau Dipl.-Stat. Stephanie Roll, die mir bei meiner statistischen Auswertung zur Seite stand. Sogar am Wochenende fand Frau Roll Zeit für die Beantwortung meiner Fragen zu χ^2 - und t-Test sowie anderen statistischen Kniffligkeiten.

Von Herzen möchte ich mich bei meinen Eltern, denen diese Doktorarbeit gewidmet ist, bedanken. Erst einmal danke ich meiner Mutter für die tatkräftige Unterstützung und Beantwortung meiner vielen Fragen zum Erstellen von Tabellen, Diagrammen, etc. Des Weiteren möchte ich mich sowohl bei meiner Mutter als auch bei meinem Vater für das Korrekturlesen dieser Arbeit bedanken. Und zuletzt möchte ich auf diesem offiziellen Weg meinen Eltern dafür danken, dass sie mir durch ihre jahrelange Unterstützung das Medizin-Studium ermöglicht haben, mir jederzeit und in jeder Hinsicht zur Seite standen und mich dazu ermunterten, diese Dissertation vor Berufsstart fertigzustellen.

Vielen Dank!

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Selbstständigkeitserklärung

„Ich, Brigitte Carolin Schäfer, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Wissensstand der Bevölkerung zur Depression“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Brigitte Carolin Schäfer

02. Dezember 2010