

**Depressive Erkrankungen** zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Man geht davon aus, dass bis zu 17% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren Depression erkranken (unipolar meint, dass nur depressive Krankheitssymptome auftreten, im Gegensatz zur bipolaren Störung, bei der sich Phasen depressiver und gehobener Stimmung abwechseln). Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer und tragen auch ein höheres Risiko für mehrere depressive Episoden. Genetische Faktoren haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung einer Depression: das Erkrankungsrisiko ist um 50% erhöht, wenn ein Verwandter 1. Grades an einer depressiven Erkrankung leidet. Weitere **Risikofaktoren** sind soziale Benachteiligung, allein leben, Fehlen vertrauensvoller Beziehungen, Verluste, chronische Überlastung, körperliche Erkrankung, Licht- und Bewegungsmangel. Häufig treten depressive Symptome gemeinsam mit oder als Folge von körperlichen Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenunterfunktion, Aids, Krebs, Demenz, Parkinson, Epilepsie) oder anderen psychischen Störungen oder Reaktionen (z.B. Trauerreaktion, Traumatisierung, Schizophrenie, Ess-, Angst- oder Zwangsstörung) auf oder zeigen sich aufgrund der Einwirkung oder des Missbrauchs von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

Wie genau ist das Erscheinungsbild einer Depression? Die **Kernsymptome einer depressiven Episode** sind nach ICD-10:

1. gedrückte Stimmung
2. Interessenverlust/Freudlosigkeit
3. verminderter Antrieb (erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkungen)
  - Bei Kindern/Jugendlichen: Angst, Gequältsein, motorische Unruhe
  - Die Symptome bestehen seit mind. 2 Wochen (oder sind ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten).

Dazu gesellen sich bis zu sieben **weitere typische Symptome**:

1. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
4. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. verminderter Appetit

Der Schweregrad einer Episode ergibt sich aus der Zahl der Symptome. Bei der **leichten** depressiven Episode sind dies zwei Kernsymptome und mind. zwei weitere Symptome, bei der **mittelgradigen** depressiven Episode sind es mind. zwei Kernsymptome und mind. drei andere Symptome. Soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten können bei der mittelgradigen depressiven Episode nur unter erheblichen Schwierigkeiten fortgesetzt werden. Eine **schwere** depressive Episode ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein von allen drei Kernsymptomen und mind. vier anderen Symptomen, von denen einige besonders ausgeprägt sind. Soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten können in der Regel nicht fortgesetzt werden. Die Betroffenen zeigen erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit (krankhafte Unruhe) oder Hemmung, teilweise auch **psychotische Symptome** wie Wahnideen, Halluzinationen oder Stupor (körperlicher Starrezustand bei wachem Bewusstsein). Aufgrund des hohen Suizidrisikos und der mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu versorgen, ist im

Rahmen einer schweren Episode häufig ein Klinikaufenthalt notwendig. Depressive Episoden können einmalig oder **rezidivierend** (wiederkehrend) auftreten.

Wenn mind. vier der folgenden Merkmale vorliegen, spricht man vom Vorhandensein eines **somatischen Syndroms**:

1. Interessenverlust oder Verlust der Freunde an normalerweise angenehmen Aktivitäten
2. mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
3. frühmorgendliches Erwachen (mind. 2 h früher als sonst üblich)
4. Morgentief
5. psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
6. deutlicher Appetitverlust
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat
8. deutlicher Libidoverlust (Libidoverlust = unwillentliche sexuelle Unlust)

Wie kommt es nun zur Entwicklung einer Depression? **Multifaktorielle Störungstheorien**, die von einem Zusammenwirken von biologischen, psychosozialen und psychologischen Faktoren ausgehen (Hautzinger), gewinnen zunehmend an Bedeutung. Diese Faktoren führen zu einer Fehlregulation psychobiologischer Anpassungsmechanismen und verursachen so die depressive Symptomatik.

**Biologische Faktoren** sind genetische Prädisposition (ererbte Anlage oder Empfänglichkeit), körperliche Erkrankung, Substanzeinflüsse und neurobiologische Faktoren. Die medikamentöse Therapie setzt bei den neurobiologischen Faktoren an. **Antidepressiva** wirken überwiegend hinsichtlich der Neurotransmitter (Botenstoffe im Nervensystem) Serotonin und/oder Noradrenalin. Eine die Psychotherapie begleitende medikamentöse Behandlung kann daher sinnvoll sein. Bei schweren depressiven Episoden ist sie aufgrund der Schwere der Symptomatik unbedingt notwendig und schafft erst die Voraussetzung, um psychotherapeutisch arbeiten zu können. Je nach gewünschter Wirkung stehen eher anregende oder eher dämpfende Antidepressiva zur Verfügung. Bei der Auswahl der Stoffklasse wird auch das Nebenwirkungsprofil berücksichtigt (unerwünschte Nebenwirkungen beziehen sich z.B. auf Herz-Kreislauf-System, Magen-Darm-Trakt, Körpergewicht oder Potenz).

Schwierige Lebens- und Entwicklungsbedingungen, belastende Ereignisse und fehlende soziale Unterstützung und Zuwendung entsprechend der anfangs beschriebenen Risikofaktoren sind **psychosoziale Faktoren**.

Zu den **psychologischen Faktoren** zählen dysfunktionale Kognitionen („ungesunde“, nicht hilfreiche mentale Verarbeitungsprozesse, Gedanken, Vorstellungen, Meinungen und Einstellungen), Verhaltensdefizite (z.B. mangelnde soziale Fertigkeiten) und ein problematischer Persönlichkeitsstil (insbes. abhängig oder zwanghaft). Zur Verdeutlichung einige psychologische Störungstheorien, aus denen sich auch die Therapieziele und das therapeutische Vorgehen ableiten:

- *Kognitive Theorie der Depression (Beck)*  
Im Zentrum der Theorie stehen kognitive Verzerrungen der Realität (absolutistisch, verallgemeinernd, unlogisch, unangemessen) aufgrund von dysfunktionalen und rigiden kognitiven Schemata oder Überzeugungen. Die Schemata

haben sich durch negative Lebenserfahrungen aufgebaut und werden durch äußere oder innere Auslöser aktiviert. Sie lösen negativ verzerrte, automatische Gedanken im Sinne der kognitiven Triade aus:

- 1) negatives Selbstbild
- 2) Neigung, Erfahrungen ständig negativ zu interpretieren
- 3) negative Zukunftserwartungen

Die automatischen Gedanken bestätigen wiederum die ungünstigen Schemata. Folge der kognitiven Verzerrungen sind depressive Symptome auf der Ebene von Gefühlen, Körpersensationen, Verhalten und Motivation.

- *Verstärker-Verlust-Modell (Lewinsohn)*  
Dieses Modell basiert auf der Vorstellung, dass depressive Menschen eine zu geringe Rate an positiver Verstärkung haben. Positive Verstärkung kann man als eine Art „Belohnung“ oder „angenehme Konsequenz“ für ein Verhalten verstehen. Für die meisten Menschen sind das Dinge wie Erfolg, Lob, Anerkennung, Zuwendung, aber auch Geld, Gelegenheit zu sexueller Aktivität oder Nahrung. Die Menge positiver Verstärkung ist abhängig von der Anzahl möglicher verstärkender Ereignisse, von der Menge verfügbarer Verstärker in der Umgebung und von den Möglichkeiten einer Person, sich so zu verhalten, dass Verstärkung möglich ist. Verhaltensweisen, die verstärkt werden, werden häufiger gezeigt als solche, die bestraft werden oder auf die keinerlei Reaktion erfolgt. Wenn jemand z.B. vom Chef Anerkennung und Lob für gute und engagierte Arbeit bekommt, wird er sich auch zukünftig engagieren. Wird das Engagement nicht gewürdigt, so wird das Engagement gelöscht und in Zukunft „Dienst nach Vorschrift“ gemacht. Wer auf vielen Verhaltensebenen keine Verstärkung erfährt, befindet sich unter Löschungsbedingungen und hört im Extremfall ganz auf, irgendetwas zu tun. Dadurch wird die Verstärkerrate noch geringer und die Stimmung verschlechtert sich weiter.
- *Depression als Folge erlernter Hilflosigkeit (Seligman)*  
Depression ist das Resultat der Erfahrung von Nicht-Kontrolle über subjektiv bedeutsame Bedingungen: „Egal wie sehr ich mich anstrenge, ich habe keinen Einfluss auf die Konsequenzen“. Die Erfahrungen werden durch die Kausalattribution internaler stabiler und globaler Faktoren verarbeitet: „Die Ursache dafür liegt bei mir, ich kann nichts daran ändern, das gilt immer und überall“. Das führt zu einer Misserfolgserwartung hinsichtlich zukünftiger Ereignisse und damit zur weiteren Verschlechterung und Verfestigung des depressiven Befindens.
- *Interpersonale Theorie der Depression (Weissmann)*  
Depressive haben geringe soziale Fertigkeiten, halten z.B. keinen Augenkontakt aufrecht oder machen häufig negative Bemerkungen über sich selbst. Andere sind irritiert durch die ständige Einforderung von Bestätigung, und selbst wenn Bestätigung erfolgt, ist diese nicht ausreichend. Insgesamt löst ihre Art des Umgangs mit anderen Zurückweisung aus. Dadurch geraten Depressive immer stärker in die Isolation und die Symptomatik verschärft sich.

Die **Therapie** depressiver Patienten basiert auf drei Säulen:

1. Aktivitätsaufbau, um den Zugang zu Verstärkern zu ermöglichen
2. Veränderung negativer kognitiver Schemata
3. Verbesserung der sozialen Kompetenz