

Im Banne der Depression

Aspekte und Zugänge

Einleitung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Für viele, die diese Krankheit noch nicht am eigenen Leib erfahren haben, ist sie etwas Unverständliches und liegt so zwischen Kopfweh und Einbildung. Ein häufiger Grund für die Unterschätzung der Depression liegt darin, dass wir umgangssprachlich schon von Depression sprechen, wenn lediglich die Stimmung etwas gedrückt ist. Eine depressive Erkrankung besteht jedoch nicht, wenn lediglich eine gedrückte Stimmung oder Traurigkeit vorliegt, sondern es müssen weitere Symptome der Depression hinzukommen. Dazu weiter im nächsten Kapitel.(Diagnostik)

Die Depression ist eine schwere seelische Erkrankung, sie kann Menschen an den Rand ihrer Existenz bringen, sie bis zum Suizid treiben. Dabei leiden die betroffenen Personen nicht nur unter einem "Bedrücktsein", sondern auch unter dem Verlust zukünftiger Perspektiven und Vorstellungen von Entwicklung sowie von Veränderung überhaupt. In tiefer Depression glaubt der Kranke sogar, dass die Zeit stehen bleibt und dass sich an dem momentanen Zustand keine Veränderung mehr ergeben wird. Die Begegnung mit einem depressiv Kranken Menschen kann dazu führen, dass selbst der Therapeut in eine etwas "schwere Stimmung" gerät und aufpassen muss, sich nicht allzu sehr mitreißen zu lassen. In der professionellen Begegnung ist die erste Herausforderung, ohne künstliche Euphorie den depressiv kranken wieder eine zunächst mindestens sachlich-realistische, allmählich aber auch positive Perspektive auf die eigene Lebenslage zu ermöglichen. Weil das Fühlen und Denken von depressiv Kranken anfänglich alltäglichen Stimmungstiefs Gesunder entspricht, ist es für die Umwelt nicht immer leicht, die Depression zu erkennen und auch als Krankheit anzuerkennen. "Reiß dich zusammen" ist ein Satz, den jeder Betroffene oft zu hören bekommt und den er sich auch selbst häufig sagt. Die betroffenen Menschen selbst sind diejenigen, die fast bis zuletzt nicht glauben können, dass sie krank sind und dass mit einer Willensanstrengung alleine diese Störung nicht zu überwinden ist.

- Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung ins Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität zielt.
- Nicht nur vom subjektiven Erleben her, sondern auch objektiv gesehen, ist die Depression eine schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung.

■ Auch unabhängig von der Suizidalität kann z. B. bei älteren Menschen die Depression durch Rückzugsneigung ins Bett, durch Appetitlosigkeit oder durch zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sehr rasch zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

■ Es ist sehr gut belegt, dass der Verlauf vieler anderer Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus oder der Zustand nach Herzinfarkt äußerst negativ beeinflusst wird, wenn gleichzeitig eine unbehandelte Depression vorliegt.

(vgl. www.kompetenznetz-depression.de)

Diagnostik

Depressives Erleben

Die Diagnose der Depression basiert zu einem großen Teil auf der Schilderung des subjektiven Erlebens des betroffenen Menschen. Dies bedeutet aber nicht, dass der Kranke sich selbst als depressiv bezeichnet oder gar seinen Zustand als affektive Krisensituation wahrnimmt. Oft wird die Depression eher als körperliches Leiden wahrgenommen: wie ein Stein im Bauch, ein Eisenring um die Brust oder auch als unerträgliche innere Unruhe; oder auch als mentale Beeinträchtigung - bildhaft beschrieben z. B. als "im Banne einer dunklen Kraft stehend" – so auch der Titel dieses Vortrages. Meist kann der Kranke selbst deutlich machen, dass sich die Depression qualitativ sehr von einem Zustand der Traurigkeit oder einer alltäglichen Niedergeschlagenheit unterscheidet.

WOLFERSDORF (WOLFERSDORF, M. (1992): Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen/Stuttgart)

hat einige wörtliche Aussagen von Patienten mit einem depressiven Symptom zusammengetragen:

- "Ich fühle mich arg deprimiert und gar nicht wohl und ich kann gar nichts leisten.
- Ich fühle mich immer müde, zurückgezogen, habe große Angst vor der Zukunft.
- Ich fühle mich sehr oft durch die vielen seelischen Konflikte, welche mich bewegen, geistig und körperlich völlig erschöpft. Dies hat zur Folge, dass ich oft in einem dem Weinen nahe gelegenen und trostlosen inneren Zustand bin.
- Ich fühle mich körperlich schrecklich, die Beine tun mir weh. Nichts macht mehr Spaß, alles ist mir zu viel, das Kochen, der Haushalt, die Kinder.
- Ich habe keine Freude mehr, keinen Hunger, denke, ob ich das noch schaffe und: "Du hast ja doch keinen Wert mehr."

Für die Diagnose einer Depression reichen die klinischen Kriterien, die sich an den psychischen, psychomotorischen und psychosomatischen Symptomen der Erkrankung orientieren, aus. Für den psychotherapeutischen Zugang zur Depression ist es sinnvoll, die Beschreibung der Depression um die Ebenen der motivationalen, kognitiven und

interpersonellen Beschwerden zu erweitern. (HAUTZINGER, M.; STARK, W.; TREIBER, R. 1988: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressiven. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim)

Die meisten Psychotherapeuten (Gestalttherapeuten) gewöhnen sich eine "doppelte Buchführung" bezüglich der Diagnostik an. Einerseits die prozessuale Diagnostik und andererseits aber auch die für Klinik, Wissenschaft und Krankenkasse operationalisierte ICD – oder DSM-Diagnostik. Gegenwärtig gültig bzw. weit verbreitet sind die DSM-IV und ICD-10 Diagnosesysteme.

Ich gebe hier exemplarisch die Kriterien für die *Dysthymie (F34.1)* wieder, weil sie vermutlich weiterhin die häufigste Diagnose des in freier Praxis niedergelassenen Psychotherapeuten ist.

1. Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischen liegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.
2. Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes sind so schwer oder dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung (F33.0) erfüllen.
3. Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen:
 - a) verminderter Antrieb oder Aktivität
 - b) Schlaflosigkeit
 - c) Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit
 - d) Konzentrationsschwierigkeiten
 - e) Neigung zum Weinen
 - f) Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten
 - g) Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung
 - h) erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden
 - i) Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit
 - j) Sozialer Rückzug
 - k) verminderte Gesprächigkeit
4. Der Patient ist in der Regel fähig, trotz der Symptome mit dem Alltag zurechtzukommen.

(vgl. WILL H.; GRABENSTEDT Y.; VÖLKL G.; BANCK G. (2000): Depression; Psychodynamik und Therapie. Stuttgart)

Folgende Sonderformen lassen sich unterscheiden:

- Spätdepression: Sie tritt erst nach dem 45. Lebensjahr auf, das Selbstmordrisiko ist hoch
- Altersdepression: Die Ersterkrankung liegt nach dem 60. Lebensjahr
- Wochenbettdepression: Nach der Geburt eines Kindes verfällt die Mutter in depressive Stimmung
- Erschöpfungsdepression: Sie tritt nach einer Dauerbelastung oder schweren

Differentialdiagnose

Die wichtigste Differentialdiagnose für die praktische therapeutische Arbeit ist die Abgrenzung der "neurotischen Depression" von der "endogenen Depression" (nach der Einteilung des veralteten Diagnosekodex).

Die "endogene Depression" wird meist unterteilt in einmalig oder rezidivierend auftretende Depressionen (monopolar), bipolare manisch-depressive Psychosen, Depressionen bei schizoaffektiver Erkrankung, und "larvierte", maskierte Depressionen, die sich weitgehend durch körperliche Symptome äußern. Die wichtigsten klinischen Abgrenzungskriterien der "endogenen" von den "neurotischen" (z. B. Dysthymia) Depressionen sind:

- phasenhafter Verlauf (mit depressiven, teils auch manischen Phasen, die sich möglichst klar von Zeiten psychischer Gesundheit und Symptomfreiheit abgrenzen lassen sollten)
- Somatisches Syndrom: deutlicher Interesseverlust, mangelnde Fähigkeit auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, Früherwachen: zwei Stunden oder mehr, vor der gewohnten Zeit, Morgentief, objektivierter Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust (5% oder mehr im vergangenen Monat), deutlicher Libidoverlust (Zur Diagnose des somatischen Syndroms müssen mindestens vier dieser Symptome vorliegen.)
- Psychotische Symptomatik: Wahn, Halluzinationen, Depersonalisation, Derealisation
- Familiäre Belastung (genetischer Faktor)

Differentialdiagnostisch wichtig ist weiterhin die Abgrenzung **somatogener Depressionen**. Damit sind die organisch bedingten Depressionen gemeint, die verursacht sind durch Erkrankungen des Zentralnervensystems, z. B. bei hirnorganisch bedingter Demenz, Organischem Psychosyndrom oder bei Hirntumor (gerade bei schleichend sich entwickelnden Depressionen ist hier große diagnostische Aufmerksamkeit am Platz!), daneben die symptomatischen Depressionen bei anderen körperlichen Erkrankungen, z. B. bei Infektionen, Endokrinopathien wie Hypothyreose (Schilddrüsenerkrankung), bei Intoxikationen, postoperativen Zuständen, Mangelkrankungen; schließlich Depressionen, die als Nebenwirkung mancher Medikamente, z. B. mancher blutdrucksenkender Pharmaka, auftreten.

Depressive Störungen im Zusammenhang mit **psychosomatischen Erkrankungen** sind häufig, z. B. bei Anorexia nervosa oder chronischen Schmerzsyndromen, ebenso bei vielen körperlichen Erkrankungen, z. B. vor und nach Herzinfarkt, bei

Krebserkrankungen, bei Morbus Parkinson, etc. (vgl. WILL H.; GRABENSTEDT Y.; VÖLKL G.; BANCK G. (2000): Depression; Psychodynamik und Therapie. Stuttgart)

Die hier aufgelisteten Beschwerdebilder bedürfen in jedem Fall einer gründlichen ärztlichen, apparativen und labormedizinischen Abklärung.

Es gibt Schätzungen, dass 15 – 20 % der Patienten in einer Allgemeinarztpraxis an in der Regel nicht erkannten Depressionen leiden, entsprechend nicht bzw. falsch behandelt werden und so zur Chronifizierung der Störung beigetragen wird. (vgl.: HOFFMANN N., SCHAUBENBURG H. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Depression; Stuttgart)

Epidemiologie

Die Depression ist eine der größten Volkskrankheiten. Dies wurde sehr eindrücklich durch eine weltweit durchgeführte Studie der WHO (MURRAY, C.J., & LOPEZ, A. D. (Eds.) 1996: The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press) bestätigt.

Die Bedeutung der verschiedenen Volkskrankheiten wurde mit einem Indikator ermittelt, der die Erkrankungsjahre pro Bevölkerung berücksichtigt, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung durch die jeweilige Erkrankung.

In den entwickelten Ländern steht hier die unipolare Depression an erster Stelle, mit weitem Abstand vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Hochrechnungen haben zudem eine in den nächsten Jahren weiter zunehmende Bedeutung der Depression ergeben.

Wird zusätzlich der Verlust an Lebensjahren durch vorzeitiges Versterben mit berücksichtigt, so stehen kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt) an erster Stelle, die unipolare Depression jedoch bereits wieder an zweiter Stelle in der Rangliste der wichtigsten Volkskrankheiten.

Depressionen sind auch in Österreich häufige Erkrankungen. Vergleichbare Zahlen dazu aus Deutschland: Derzeit sind ca. 6,3 % der Bevölkerung im Alter von 18 – 65 Jahren an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt (Punktprävalenz). Untersuchungen in Industrienationen bestätigen diese Zahlen: 2 – 7 % (vgl.: HOFFMANN N., SCHAUBENBURG H. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Depression; Stuttgart)

Das sind in Deutschland ca. 3,1 Millionen Menschen, wobei zu beachten ist, dass in den Gruppen unter 18 und über 65 Jahren ebenfalls Menschen von depressiven Störungen betroffen sind. Daraus ergibt sich eine geschätzte Anzahl von ca. 4 Millionen Personen, die an einer depressiven Episode leiden. Größer ist die Zahl derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. (www.kompetenznetz-depression.de)

Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden liegt bei bis zu 12 % bei Männern und bis zu 26 % bei Frauen.

In einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe fand sich ein Morbiditätsrisiko für Depression von insgesamt 17 %. (vgl.: HOFFMANN N., SCHAUBENBURG H. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Depression; Stuttgart)

Komorbidität

Depression ist in der klinischen Praxis sehr häufig mit anderen Krankheiten oder Funktionsstörungen verbunden; Komorbidität ist eher die Regel als die Ausnahme.

Besonders häufig treten Depressionen im Zusammenhang mit Angstzuständen auf: In einer US-Studie litten 32,4 % der depressiven Patienten auch an signifikanten Phobien, 31,4 % an Panikattacken und 11,4 % an Zwangsstörungen.

Auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch korrelieren sehr häufig mit Depressionen. (vgl. Österreichische Ärztezeitung 7./10. April 1999; S. 40)

In psychosomatischem und lebensgeschichtlichem Zusammenhang stehen meistens auch die depressiven Zustände des Wochenbetts, der Wechseljahre und des höheren Lebensalters.

Es besteht auch die Möglichkeit einer "double depression": ein Patient leidet gleichzeitig an zwei verschiedenen Arten von Depression (z. B. Dysthymie (F34.1) und einer depressiven Episode (F33), bzw. auch an mehreren psychischen Krankheiten wie zum Beispiel an einer Depression und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31). (vgl. WILL H.; GRABENSTEDT Y.; VÖLKL G.; BANCK G. (2000): Depression; Psychodynamik und Therapie. Stuttgart)

Das Hauptrisiko jeder Depression ist die Suizidalität.

■ Fast alle Patienten mit schweren Depressionen haben zumindest Suizidgedanken. Bis zu

15 % der Patienten mit schweren depressiven Störungen versterben durch Suizid. Zirka die Hälfte der Patienten mit depressiven Störungen begehen in ihrem Leben einen Suizidversuch. Umgekehrt besteht bei der Mehrheit der Patienten, die Suizid begehen, ein depressives Syndrom. Der "Freitod", d. h. der im gesunden Zustand getroffene Entschluss, sich das Leben zu nehmen, kommt so gut wie nicht vor.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes nehmen sich in Deutschland pro Jahr mehr als 11.000 Menschen das Leben, wobei die tatsächliche Zahl der Suizide (Dunkelziffer) sicherlich erheblich höher liegt. Die Zahl der Suizide übersteigt demnach deutlich die der jährlichen Verkehrstoten. Diese Aussage ist sicher auch mit Österreichischen Verhältnissen vergleichbar.

In der Altersgruppe der 15 – 35jährigen, steht der Suizid nach Unfällen sogar an zweiter Stelle aller Todesursachen. Die Zahl der Suizidversuche liegt um den Faktor 7 – 12 höher als die der vollzogenen Suizide. Das höchste Suizidrisiko tragen ältere Männer, das höchste Suizidversuchsrisiko jüngere Frauen. (www.kompetenznetz-depression.de)

Risikofaktoren

Besonders leistungsorientierte Menschen sind anfällig für eine Depression, wissen die

Mediziner, und auch die, die in ihrem Beruf oder in ihrem familiären Alltag chronisch überlastet sind.

1. **Geschlecht**

Frauen weisen in nahezu allen Untersuchungen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für unipolare Depression als Männer auf. Das Erkrankungsrisiko für Mädchen und junge Frauen liegt früher und steigt außerdem im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter steiler an als für Jungen und junge Männer. Frauen weisen zudem eine höhere Rückfallneigung für weitere depressive Phasen auf. Diese Geschlechtsunterschiede werden im mittleren und höheren Lebensalter geringer, d.h. die Depressionsraten der Geschlechter gleichen sich allmählich an. Bei den bipolaren affektiven Erkrankungen finden sich in der Regel keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede.

2. **Lebensalter**

Depressionen treten in allen Lebensphasen auf, nach früheren Untersuchungen mit einem Ersterkrankungsgipfel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Nach neueren Studien hat sich dieser Altersgipfel jedoch nach vor verlagert, nämlich zwischen das 18. und 25. Lebensjahr. Bei den Dysthymien kann über die Lebensspanne zunächst mit einer stetigen Zunahme, ab dem 30. Lebensjahr dann jedoch eine allmähliche, ab dem 65. Lebensjahr eine deutliche Abnahme festgestellt werden. Für die bipolaren affektiven Störungen liegt das typische Ersterkrankungsalter im frühen Erwachsenenalter (16 – 26 Jahre).

Offensichtlich gibt es zwischen Geschlecht und Lebensalter insofern einen Zusammenhang, als das Erkrankungsrisiko bei Frauen früher liegt, rascher ansteigt, früher einen Gipfel erreicht und so bis ins mittlere Erwachsenenalter der Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Depressionsrate erhalten bleibt.

3. **Sozioökonomische Faktoren**

Unter den sozialen Faktoren sind der Familienstand und das Vorhandensein bzw. Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung als Risiko- bzw. Protektionsfaktoren bei unipolaren Depressionen gesichert. Getrennte und geschiedene Personen und solche ohne vertraute Personen erkranken eher. Als wichtige protektive Faktoren erwiesen sich positive Sozialbeziehungen, aber auch der Wohn- und berufliche Bereich. Verheiratete Personen, Personen mit höherer Bildung und beruflicher (sicherer) Anstellung sowie ein Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung hatten in der amerikanischen "Epidemiological Catchment Area Study" die niedrigsten Depressionsraten.

4. **Stressreiche Belastungen**

Belastende Lebensereignisse kommen im Vorfeld depressiver Episoden gehäuft vor. Dies gilt für personenabhängige, aber auch für unabhängige (nicht durch die Krankheit oder den Patienten selbst herbeigeführte) Ereignisse. Belastende Ereignisfolgen in Zeiträumen, in denen keine Erholung von den früheren Belastungen eintreten kann, scheinen besonders kritisch zu sein. Bei den bipolaren-affektiven Störungen weisen soziale und sozioökonomische Faktoren nur wenig Einfluss auf. Es scheint, dass Lebensereignisse und sozialer Stress auf das erstmalige Auftreten der bipolaren Erkrankungen einen gewissen Einfluss nehmen, dass jedoch spätere Krankheitsepisoden eher autonom determiniert sind.

Grundlagen und Ursachen

1. Genetische Faktoren

Bei allen affektiven Erkrankungen erweist sich die familiäre Belastung mit affektiven Störungen als die einflussreichste Risikovariablen. Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer bipolaren affektiven Erkrankung weisen ein Erkrankungsrisiko für affektive Störungen (alle Formen) von 25 %, Angehörige unipolar depressiv Erkrankter von 20 % und Angehörige gesunder Kontrollpersonen von 7 % auf.

(vgl.: HOFFMANN N., SCHAUBENBURG H. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Depression; Stuttgart)

Genetik und Suizidalität:

Erhöhtes Risiko bei positiver *Familienanamnese*: z. B. MITTERAUER et al 1990: SV bei 100 Patienten von 342 mit positiver Familienanamnese, dagegen nur 9 von 80 mit negativer Familienanamnese.

Zwillingsstudien: z. B. ROY et al 1991: 13,2 % (17 von 129) der monozygoten Zwillinge verübten beide Suizide, dagegen nur 0,7 % (2 von 270) bei diskordanten Zwillingspaaren.

Adoptionsstudien: z. B. SCHLUSINGER et al 1979: 57 von 5483 adoptierten Menschen, deren leibliche Eltern durch Suizid starben, begingen selbst Suizid, nur 2 von einer Kontrollgruppe und keiner der Adoptiveltern.

Ergebnis der Zwillingsforschung von KENDLER et al 1998:

Offensichtlich besteht ein Zusammenhang zwischen der genetischen Disposition und der Art der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse. Je höher das genetische Risiko und lebensgeschichtlich zusätzlich ein belastendes Ereignis eintritt – desto höher das Risiko an einer Depression zu erkranken.

Weitere Ergebnisse dieser Studie:

- 2315 Zwillingspaare wurden untersucht.
- Es besteht eine hohe Korrelation belastender Lebensereignisse bei Zwillingspaaren: z. B. höher bei eineiigen (0,43 %) als bei zweieiigen Zwillingen (0,31 %) z. B. Überfall, Finanzprobleme
- Genetische Belastung hinsichtlich Depression korreliert mit 6 oder 9 belastenden Lebensereignissen
- Genetische Belastung hinsichtlich Depression korreliert mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gleichzeitig an zwischenmenschlichen und beruflichen sowie finanziellen Problemen zu leiden.

2. Neurobiologische Faktoren

Besonders bei akuten, schweren Depressionen empfiehlt sich die biologische Seite der Depression zu betonen: sie ist eine Hirnstoffwechselstörung die den Schlaf, den Antrieb und die Fähigkeit Freude zu empfinden beeinträchtigt – dies wirkt entlastend für den Patienten. Depression bildlich beschrieben als "Medaille" mit zwei Seiten: einerseits psychologische Erklärungs- und Behandlungsansätze: z. B. psychosoziale Belastung, Persönlichkeit etc. behandelt mit Hilfe der Psychotherapie; andererseits physiologische Erklärungs- und Behandlungsansätze: z. B. genetische Empfindlichkeit, Hirntätigkeit, körperliche Erkrankung behandelt mit Hilfe der Pharmakotherapie.

Hinweise auf biologische Mechanismen:

- saisonal abhängige Depression
- "Lichtschaltereffekt"
- Tagesschwankungen
- Schlafentzugseffekt (Schlafentzug kann Depression bessern)
- Rapid- und Ultra-Rapid Cycling (schneller Wechsel der Stimmung innerhalb von Stunden oder Tagen)

Bei Patienten mit affektiven Störungen ist ein veränderter Neurotransmitterhaushalt festgestellt worden (Neurotransmitter = Botenstoffe, die an der Weiterleitung von Nervenimpulsen beteiligt sind). So fand sich bei Depressiven ein Mangel an den Neurotransmittern Noradrenalin und Serotonin. Bei der Behandlung der Depression werden Medikamente eingesetzt, die dazu führen, dass die Konzentration dieser Stoffe erhöht wird. Inzwischen wird davon ausgegangen, dass nicht einzelne Veränderungen der Neurotransmitter, sondern eine Störung des Gleichgewichts verschiedener Transmitter ursächlich ist. Außerdem ist bei Depressiven die Empfindlichkeit und Dichte der Rezeptoren, auf die die Neurotransmitter einwirken, verändert. Neurotransmitter scheinen auch bei der Entstehung der Manie eine Rolle zu spielen. Bei dieser Störung liegt eine erhöhte Konzentration der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin vor.

Das Enzym Kryptophanhydroxylase wird durch ein Gen gebildet und dieses Enzym ist wichtig für die Bildung von Serotonin. Ein Mangel oder eine Dysfunktion weisen stark auf ein Risiko zu Depression und Suizidalität hin. Neuere Untersuchungen von NILSON et al haben dieses Gen untersucht und einen Zusammenhang zwischen TPH Genotyp und Lebenszeitgeschichte von Suizidalität festgestellt. Menschen die dieses Allel haben, haben eine deutliche l-Version dieses Gens und damit ein höheres Risiko an Depression und Suizidalität zu leiden.

Diese Sichtweise auf das Problem "Depression" ist gerade in den letzten Jahren stark gewachsen. Leider kann ich im Zuge dieses Vortrages nicht weiter darauf eingehen, empfehle aber sehr folgendes Buch: SCHIEPEK Günter: Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart 2003

Weitere biologische Faktoren

Auch körperliche Erkrankungen und Medikamente können Ursachen, Begleitfaktoren oder Auslöser für affektive Störungen sein. Beispiele dafür sind die Parkinsonsche Erkrankung, Schilddrüsenerkrankungen oder Cortisolbehandlung.

In neuester Zeit lassen Untersuchungen vermuten, dass ein Virus an der Entstehung von Depression beteiligt sein könnte. Im Blut von Personen, die an Depressionen oder bipolaren affektiven Störungen erkrankt sind, konnte ein Virus (Bornavirus) identifiziert werden, der nur während der Krankheitsschübe aktiv ist. Die Bedeutung des Bornavirus für die Depressionsentstehung ist nicht eindeutig geklärt, könnte aber Einzelfälle erklären.

(www.medicine-worldwide.de/krankheiten/psychische_krankheiten/depression.html; 24. 2. 2005)

3. Endokrinologische Faktoren

Streß aktiviert Streßhormonachse und setzt CRF (Corticotropinreleasingfaktor) im Hypothalamus frei – dies beeinflusst die Hypophyse und setzt mehr ACTH frei – dies stimuliert die Nebenniere und setzt mehr Cortisol frei – entsprechende Symptome wie Schlafstörungen, Appetitmangel und Libidoverlust. Depressive Patienten weisen höhere Cortisol und CRF-Spiegel auf als Nichtdepressive. CRF ist ein wichtiges Hormon bei der Entstehung von Depression, da diese Neurone, die CRF bilden, bei Depressiven vermehrt vorhanden sind. Ereignisse in der Kindheit können Störungen in diesem System induzieren. Wenn Kinder z. B. sehr früh von der Mutter getrennt wurden bzw. es zu einer subtilen Störung der Mutter-Kind-Beziehung kam, konnten in Folge lebenslang erhöhte CRF-, Cortisol- und ACTH-Werte festgestellt werden.

Sexualhormone: Wie schon vorher erwähnt leiden Frauen häufiger an Depressionen. Man weiß, dass die Sexualhormone hier eine große Rolle spielen, aber nicht genau wie. Es ist noch nicht gelungen, einen klaren Zusammenhang mit Östrogen oder Progesteron herzustellen.

- prämenstruelles Syndrom, prämenstruelle dysphorische Störung
- Heultage
- postpartale Depression
- perimenopausale Depression

(HEGERL U. 2001: Vortrag: Einfluss der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Psychotherapie von Depression. Lindauer Psychotherapietage 2001)

4. Psychologische Faktoren

Untersuchungen haben gezeigt, dass im Vorfeld von Depressionen gehäuft krisenhafte Ereignisse, wie der Verlust einer geliebten Person oder anhaltende Konflikte, aufgetreten waren. Diese Faktoren scheinen allerdings nicht ursächlich Depression auszulösen, sondern eher zu einer unspezifischen Stressreaktion zu führen, die sich in Depression äußern kann.

Als zentrale Punkte bei der Entstehung der Depression können vorerst drei

Funktionszusammenhänge herausgearbeitet werden:

1. Depression als Folge von Schuldgefühlen,
2. Depression als Folge von Selbstbestrafung (die gegen das Selbst gerichtete Aggression) und
3. Depression als Folge von Hilflosigkeit, einen sinnvollen Ausweg für sich aus einem Konflikt zu finden.

Der Schuld-Sühne-Konflikt hat eine entscheidende Bedeutung für die Entstehung der Depression. Es handelt sich dabei um sehr frühe, grundlegende und nur äußerst schwer einsehbare Erfahrungen des Menschen.

Frühkindliche Entwicklung

Die Mutter ist in der Regel die erste und engste Bezugsperson des Kindes. Bis zu dem Alter von etwa 4 Monaten erlebt sich das Kind als undifferenziert mit ihr verschmolzen, allmählich tritt eine Trennung von Selbst und Objekt (Mutter) ein und schließlich – häufig mit so genannter "Fremdenangst" verbunden – die Differenzierung der Mutter von anderen Personen (MAHLER 1982). Mit dieser Auflösung der ersten Symbiose mit der Mutter verliert das Kind nicht nur Kräfte, die es selbst ja eigentlich noch gar nicht besaß, es gewinnt nun neue – selbständige – Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung hinzu. Es erlebt, dass die Mutter auf sein Verhalten reagiert, es füttert und ihm Liebe gibt, wenn es danach verlangt. Es erkennt aber auch allmählich, dass die Mutter nicht alles an ihm gutheißt. Vielfach ist in der Lebensgeschichte von depressiven Erwachsenen die Erfahrung zu finden, dass die Mutter schon sehr früh auf den Expansionsdrang des Kindes, seine Neugier auf die Welt mit innerer Verletztheit oder Angst um das Kind reagiert hat. Die Mutter fühlt, dass das Kind sich von ihr entfernt und reagiert bestrafend. Das Kind seinerseits spürt den Unmut der Mutter und gibt seine Aktivitäten auf, um die Mutter nicht zu verlieren. Es versucht, den Wünschen der geliebten Person zu entsprechen, gleichzeitig geben ihm die Angst und Unsicherheit um die Liebe dieser "dominanten Bezugsperson (ARIETI und BEMPORAD 1983) ständig das Gefühl, noch nicht genug getan zu haben. Nach MAHLER entsteht durch die ablehnende Haltung der Mutter und dem eigenen inneren Bedürfnis nach Selbständigkeit eine Ambivalenz beim Kind. Die Mutter wird sowohl gehasst wie auch geliebt. Das Kind erlebt ein Gefühl der Hilflosigkeit. Hinzu kommt, dass durch die Nicht-Akzeptanz des Kindes durch die Mutter das Selbstwertgefühl vermindert wird, es klagt sich selbst an, wendet die empfundene Aggression gegen das eigene "unwerte" Ich. PERLS hat zur Beschreibung dieses Abwehrvorgangs das "Retroflektionsmodell" entwickelt (PERLS S. (1969): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart). Es besagt, dass der aggressive Impuls nicht auf das Gegenüber gerichtet wird, sondern gegen das eigene Ich und dort Wünsche und Impulse unterdrückt und zerstört.

Psychoanalytisches Erklärungsmodell

In der therapeutischen Praxis gibt es viele Hinweise dafür, dass der frühe Verlust eines Elternteils so traumatisch erlebt wird, dass hierdurch ein Nährboden für eine depressive Reaktion bei Erwachsenen bzw. Heranwachsenden entsteht. Dieser Verlust muss allerdings nicht immer identisch sein mit dem Tod oder Weggang durch Scheidung oder Krankheit eines Elternteils, sondern kann ebenso darin bestehen, dass das Kind nur den emotionalen Rückzug empfindet (z. B. bei der Geburt eines weiteren Kindes oder wie

bei meiner später folgenden Fallgeschichte, der emotionale Rückzug der Mutter bei eigenen depressiven Episoden).

Nach FREUD identifiziert sich das Ich dann so stark mit dem verlorenen Objekt, dass sich die eigentlich gegen das Objekt gerichtete Wut nun gegen den mit dem Objekt verschmolzenen Teil des Ichs richtet und dort seine anklagende und zerstörerische Wirkung entfaltet. Allerdings wird so verhindert, dass der Verlust auch als solcher erlebt und betrauert wird. Die Sichtweise FREUDs würde ebenfalls erklären, warum depressive Menschen in der Regel keinen Zorn gegenüber anderen äußern, sondern in Selbstanklage verharren.

Verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell

Auch die *Theorie der Verhaltenstherapie* (HAUTZINGER et al 1989) hat einige interessante Modelle zum Verständnis der Depression entwickelt. Hierbei wird die Aufmerksamkeit nicht so sehr auf den Funktionszusammenhang "früher Verlust – depressive Reaktion" gelenkt, sondern Depressivität wird a) als Imitation der hilflosen und depressiven Mutter und b) als Ergebnis aufgrund mangelnden Vorhandenseins positiver Verstärker in der Selbständigkeitsentwicklung des Kindes begriffen.

Modell der "erlernten Hilflosigkeit"

Wichtig ist das in diesem Zusammenhang von SELIGMAN (1975) entwickelte *Konzept der "erlernten Hilflosigkeit"* (wie vorhin schon erwähnt). In dem von SELIGMAN entwickelten Konzept der erlernten Hilflosigkeit sind Elemente der Stresstheorie und der Kognitionspsychologie enthalten. Durch Erfahrungen, in denen die Person bei dem Versuch, eine Situation zu kontrollieren, versagt hat, entsteht die Passivität der Depressiven, ihr Gefühl, unfähig zu sein, das eigene Leben zu meistern. Allein dieses Versagen führt aber noch nicht zur Depressionen. Es kommt darauf an, wie die Person ihr Verhalten erklärt. Hat eine Person beispielsweise in einer Prüfung versagt, kann sie verschiedene Gründe für dieses Versagen finden. Man kann sich entweder als zu dumm bezeichnen, erklären, die Prüfung sei unfair gewesen, oder sagen, man sei einfach zu müde gewesen. Depressive neigen dazu die Erklärung zu finden, die sie am schlechtesten dastehen lässt ("ich bin zu dumm"). Darüber hinaus führen negative Ereignisse und ihre Erklärung dann dazu, dass auch für die Zukunft nur das schlechteste angenommen wird ("Da ich zu dumm bin, werde ich auch bei der nächsten Prüfung durchfallen.")

Dieses Modell bietet auch einen Erklärungsansatz für das besonders ausgeprägte Bedürfnis mancher depressiver Menschen nach positiver Rückmeldung. Dazu zählt die Ausbildung akzeptierter Verhaltensweisen, die Einsicht in die eigene Schuld, zuverlässiges Verhalten, große Leistungsbereitschaft bis hin zur Selbstaufgabe und schließlich auch das Wecken von Schuldgefühlen und Besorgnis bei anderen Menschen, um so die ersehnte Aufmerksamkeit und Verstärkung zu erhalten.

Säuglingsforschung nach SPITZ:

Wie virulent der Verlust einer "dominanten Bezugsperson" ist, beschreibt SPITZ (1968) mit dem Syndrom, das er "anaktische Depression" nennt. Kinder, die nach kurzer Bindungszeit an die Mutter von ihr über einige Monate getrennt worden waren,

reagierten auf die Trennung mit Weinen und schließlich mit apathischem Verhalten. Sie reagierten kaum noch auf Außenreize, waren "blickleer". Nach SPITZ und BOWLBY ändert sich diese "depressive" Reaktion des kleinen Kindes sehr rasch, nachdem es wieder eine Verbindung zu der (oder einer anderen) festen Bezugsperson aufgenommen hat. Kinder mit einer derartigen Vorgeschichte befinden sich ständig in "Depressionsbereitschaft". Schon geringe "Streß"-Ereignisse, wie z. B. kurzes Alleinsein, Ablehnung in der Kindergruppe, Einschulung, schlechte Schulnoten etc. sind für diese Kinder Anlass zu panischen Angstreaktionen. Das Selbstwertgefühl bricht zusammen, die Kinder ziehen sich von Freunden und anderen positiven Erlebnismöglichkeiten zurück.

Wenn wir die bisher ausgeführten Modelle und Forschungsergebnisse betrachten, können wir festhalten, dass die Depression keine einheitliche und eindeutige Ursache hat. Es scheint, dass sie vorwiegend aufgrund früher Defizite und Verluste entsteht, jedoch gehören auch auslösende Erlebnisse in den späteren Lebensjahren dazu. Gleichfalls kann auch die Ansammlung vieler kleiner störender Ereignisse (nach MCLEAN: Mikrostressoren) über eine unbestimmte Zeit hinweg eine Depression auslösen. Keineswegs muss es sich in jedem Fall um eine frühere Störung oder Fehlentwicklung handeln, denn unabhängig von früheren Erlebnissen kann zu jedem Lebenszeitpunkt jedes Ereignis, das den Menschen in seiner Identität über längere Zeit hinweg schwächt, Resignation, Selbstentwertung, Trauer, Rückzug und das Gefühl der Sinnentleerung des Lebens hervorrufen und damit zu einer Depression führen.

Gestalttherapeutisches Erklärungsmodell:

Im Unterschied zum intrapsychischen Modell der klassischen Psychoanalyse begreift die Gestalttherapie jede menschliche Funktion als Wechselspiel in einem Organismus/Umwelt-Feld (PERLS F. S., HEFFERLEIN R., GOODMAN P. (1979): Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Bd. I. Stuttgart)

Als zentraler Begriff fungiert innerhalb der Gestalttherapietheorie der Begriff des Selbst, wobei das Selbst als Funktion der schöpferischen Anpassung im Organismus/Umwelt-Feld definiert wird. Psychische "Störungen" werden als ursprünglich sinnvolle Verteidigungsmaßnahmen in einer schwierigen Organismus/Umwelt-Gesamtkonstellation aufgefasst. Die Verfestigung und Generalisierung solcher Verhaltensmuster verweist dann auf einen blockierten Wachstums- und Anpassungsprozeß.

PERLS (zit. AMENDT-LYON, N.: Mit Ihnen schreibe ich heute Geschichte. Depressive Prozesse in der Integrativen Gestalttherapie. Aus HUTTERER-KRISCH, R., LUIF, I., BAUMGARTNER, G. (Hrsg.): Neue Entwicklungen in der Integrativen Gestalttherapie. 1999; S. 151) "beschreibt das "Depressionsspiel" als Topdog-Underdog-Interaktion, als neurotische Persönlichkeitsspaltung, die sowohl innerhalb einer Person oder in einem zwischenmenschlichen Arrangement vorkommen kann. Solche Arrangements widerspiegeln die Manipulation des Anderen, um die eigenen Bedürfnisse befriedigen zu können, und damit die Vermeidung ganz bestimmter Gefühle. Der dem strengen Gewissen ähnliche Topdog verlangt vom Underdog Verhaltensweisen, die ihn überfordern und die er aus Angst vor Liebesverlust oder Bestrafung trotzdem zu erfüllen versucht. Hier demonstriert Underdog ein Selbstbild von Hilflosigkeit, Inkompetenz und Niedergeschlagenheit. Diese polaren Gegenteile werden projiziert, erreichen das Gewahrsein des Menschen nicht und können daher weder voll erlebt noch ausgedrückt

werden. Schließlich arbeitet der Konflikt als unerledigte Situation weiter: Mit aufgeteilten Rollen bekämpft das Individuum entweder sich selbst oder seinen projizierten Gegenpol. Vermieden wird das unmittelbare Erleben der eigenen Bedürfnisse und deren direkte Erfüllung durch die Manipulation der eigenen Person und der anderen."

Weiters beschreibt PERLS (zit. AMDENDT-LYON, N. 1999:siehe oben; S. 154): "Die frühkindliche Entwicklung eines Menschen ist nicht phasengerecht gelaufen: er hatte entweder keine oder nur mangelhafte Gelegenheit, ein ausgewogenes und integriertes Gefühl bzw. Bild von sich selbst zu entwickeln. Die wichtigen Bezugspersonen waren entweder nicht im ausreichenden Maß oder stark ambivalent präsent und die Interaktion z. B. zwischen dem Kind und seinen Eltern hat nicht zur gesunden Selbstregulierung und zu einem integrierten Selbst geführt. Bei der Vermittlung von Liebe, Anerkennung und Selbstwert sind Störungen aufgetreten. Es weist sehr viel darauf hin, dass sich diese Störung der Interaktion zwischen Eltern und Kind auf die physischen, gefühlsmäßigen und symbolischen Komponenten der Nahrungsaufnahme bezieht. Die Fütterung kann zu selten stattfinden, es kann dem Kind zu viel oder wenig sein, das Essen kann dem Kind regelrecht aufgedrängt werden. Ein Kind kann zu allen möglichen Anlässen Nahrung erhalten, egal ob es hungrig ist oder nicht: wenn es schreit, weil es nass oder schmutzig ist, ihm zu kalt oder zu heiß ist, weil es schlecht geträumt hat oder aus anderen Gründen Angst hat. Die Fütterung kann liebevoll oder mechanisch ablaufen. Frustrations- und Versagenserlebnisse in dieser oralen Phase der frühkindlichen Entwicklung tragen zu depressiven Prozessen bei."

MELNICK und NEVIS (zit. AMDENDT-LYON, N. 1999:siehe oben; S. 154) "orten die neurotische Depression in der Phase "Mobilisierung der Energie". Sie meinen, dass jemand im depressiven Zustand sich sehr schwer tut, die für eine befriedigende Handlung nötige Energie aufzubringen. Die Ressourcen sind blockiert, die Person zeigt sich von vornherein resigniert und die gesunde Aggressivität fehlt."

Für den klinischen Bereich hat PETZOLD (PETZOLD H. (1974): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn) eine Systematik entwickelt, die die unterschiedlichen Formen der Depression im

Rahmen der Gestalttherapie bezüglich der Genese unterscheiden hilft. PETZOLD unterscheidet zwischen Defiziten, Störungen, Traumatisierungen und Konflikten.

Konflikte finden sich in allen Lebenssituationen und sind nicht per se beeinträchtigend. Ein sehr hohes Ausmaß an sich widersprechenden inneren Impulsen oder Spannungen des Selbst in einer belastenden Umfeldkonstellation kann jedoch zu einem Reaktionsmuster führen, das alle Merkmale einer Depression beinhaltet. Analoges gilt auch für einmalige Situationen, wie Schocks und traumatische Erfahrungen. Störungen hingegen verweisen auf eine lang anhaltende (unlösbare) Konfliktsituation in der Vergangenheit des Klienten. Die Therapie wird sich hierbei auf das Wiedererleben der damaligen Szenen konzentrieren, um zu einer Umorientierung inklusive der Feisetzung neuer Verhaltens- und Erlebnismöglichkeiten zu kommen.

Besonderes Augenmerk verdienen Depressionen, die aufgrund besonders früher *Defizite* wie z. B. fehlender Stimulierung im Körperkontakt, im visuellen Bereich, in fühlender emotionaler Umgebung oder Atmosphäre entstanden sind. Solche Depressionen verlaufen in der Regel schwerer und erfordern in der Therapie eine Arbeit im "Hier und

Jetzt", die die Erfahrung des Mangels erst einmal ermöglicht. Statt regressiven Wiederbelebens des Damals steht hierfür die aufbauende und "nährende" Funktion – zu mindestens am Anfang der Therapie – im Vordergrund.

Die Bedeutung früher Erfahrungen in der Eltern-Kind-Situation für die Genese und Therapie der Depression kann kaum hoch genug eingeschätzt werden. Wir können aber mit dem Petzold'schen Unterscheidungsmodell auch diejenigen Depressionen erfassen, die aufgrund von *Störungen* in späteren Lebensphasen entstehen.

Auch die *Adoleszenz* muss als Phase angesehen werden, in der der Heranwachsende ausgesprochen konfliktträchtiges "Neuland" betritt. Die ganze Entwicklungsstufe steht unter der Überschrift: Abgrenzung, Rückzug und Neuorientierung. Eine realitätsgerechte Betrachtungsweise der Umwelt "entthront" die Eltern, sie sind nicht mehr die allgegenwärtigen und tröstenden Begleiter aus der Kinderzeit. Oft sind die Abgrenzungen eher passiv: d. h. sie sind einfach durch die Veränderung der Interessen und des Verhältnisses zum Körper bedingt. Zu dem Gefühl des Fremdseins mit sich selbst kommt in der Regel die erhöhte Empfindlichkeit im Kontakt mit anderen und erfordert Rückzug und Besinnung. Diese hierdurch entstehende "Einsamkeit" ist notwendig, gibt sie dem Jugendlichen doch Zeit, die realen Erlebnisse mit seinen eigenen Erfahrungen in Verbindung zu setzen, zu überdenken und eigene Reaktionen zu entwickeln, die in einem Bezug zur Realität stehen.

Häufig mündet die Abgrenzung in Konflikte mit den Eltern ein, und führt zu Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Normen und Regeln. Im Prinzip sind in dieser Phase ebenso Traumatisierungen möglich wie in der frühen Kindheit. Zu den möglichen traumatischen Erfahrungen zählen potentiell ein ständiges Kritisiert-werden durch die Eltern wegen der Unordnung, des Aussehens, des Verhaltens usw. Aber auch anhaltende Lernstörungen, die einen Leistungsabfall zur Folge haben, ablehnende Bescheide bei der Suche nach einer Lehrstelle und Ausgeschlossen-werden aus der "peer group" können eine Krise provozieren. Während dieser Lebensphase steigt die Suizidrate im Vergleich zum früheren Verlauf der Kindheit sprunghaft an. Im allgemeinen jedoch werden "Risse" im Identitätserleben nicht sofort prägnant. Es schließt sich eher nochmals eine Art "Latenzphase" an, in der der Heranwachsende neue Lebensmöglichkeiten prüft und findet.

Der Gestaltansatz bezieht sich auch auf die *bilanzziehenden Lebensphasen* der Lebensmitte und des Alters: Man erkennt allmählich, dass bestimmte Ereignisse, Wege nicht mehr rückgängig zu machen sind, dass manches nicht mehr nachgeholt und wieder anderes einfach nicht mehr erlebt werden kann (z. B. Schwangerschaft, neue Ausbildung). Eine weitere, oft durch Krisen gekennzeichnete Phase tritt in den Jahren um die sechzig auf. Der Mensch erkennt allmählich, dass er sterben wird; dennoch versucht er, diesem letzten Lebensabschnitt einen Sinn zu geben.

Wenn man Depression als Reaktion auf einen Verlust oder auf ein "Niegehabt-haben" betrachtet, dann kann sie meines Erachtens entlang des gesamten Lebenslaufes ausbrechen. Die Erlebnisse der Trennung gehören zu den ersten Lebenserfahrungen, z. B. erlebt das Kleinkind das Zubett-gehen-müssen und Einschlafen als Trennung. Führen sie zu einem dauerhaften Verlust, z. B. dem eines geliebten Menschen oder einer wichtigen Position, ist die sich anschließende Trauer und deren Verarbeitung von zentraler Bedeutung. Die Trauer gleicht in ihrem Erscheinungsbild in vielem der

Depression: Hilflosigkeit angesichts des Schicksals; resignative und aggressive Impulse; mangelndes Interesse an der Umwelt; eingeschränkte Sexualität. Wie FREUD sagt, zeigt sich jedoch nur bei der Depression die Selbstentwertung, die gegen das Selbst gerichtete Aggression: "Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden; bei der Melancholie ist es das Ich selbst."

Die Übergänge von üblichen, vitalen Lebensreaktionen bis zu schwer depressiven Reaktionen sind fließend. Für die Psychotherapie – im speziellen die Gestalttherapie ist es hilfreicher, die Depression durch das Verhalten und das subjektive Erleben der davon Betroffenen zu beschreiben. Dieses Vorgehen orientiert sich mehr an der Phänomenologie des Depressiven und weniger an seinen unbewussten Konflikten.

5. Gesellschaftliche Faktoren

Weitere Stressfaktoren die bei der Entstehung von Depression eine Rolle spielen könnten:

- *Lebensunsicherheit*: Kaum jemand – von den Beamten abgesehen – kann heute davon ausgehen, dass sein Arbeitsplatz sicher ist. Je jünger ein Mensch ist, um so mehr muss er sich darauf einstellen, in seinem Leben mehrere berufliche Kursänderungen machen zu müssen. Das Zauberwort heißt "Flexibilität". Ortswechsel machen es immer schwerer, langfristige Freundschaften und Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Wer aber immer wieder neu anfangen muss, hat für die Menschen die er trifft keine Vergangenheit. Es gibt keine gemeinsame Geschichte, die Geborgenheit und Vertrauen schafft. Vereinzelung, Einsamkeit, Ungeborgenheitsgefühle können die Folge dieser emotionalen Entwurzelung sein. "Zukunft braucht Herkunft" formuliert der Philosoph Joachim RITTER. Wer seine Identität verliert,

keine gemeinsame Geschichte mehr mit anderen hat, der trägt an dem gesellschaftlichen Wandel sehr viel schwerer als eine Person, die sich in ihrem Leben noch ein paar verlässliche, stützende Pfeiler erhalten konnte. Hinzu kommt: veränderte Arbeitsstrukturen führen zu einer Verdichtung der Arbeit – und erzeugen somit erhöhten Stress. Neue Konzepte wie zum Beispiel "lean management" führen dazu, dass die vorhandene Arbeit auf immer weniger Schultern verteilt wird; dabei werden die Menschen bei der Bewältigung dieser Mehrarbeit und dieser Veränderung nicht unterstützt.

- *Informationsflut*: seit 1945 haben wir ebensoviel Wissen und Informationen angesammelt wie in all den Jahrhunderten davor. Im Fünfjahresrhythmus, so schätzen Experten, wird sich der vorhandene Wissensstand noch mal verdoppeln. Menschen sind damit überfordert, weil sie nicht mehr in der Lage sind, aus der Flut der Informationen die für sie relevanten herauszupicken. Gefühle der Hilflosigkeit, des Überwältigtseins, der Inkompetenz stellen sich ein.

- *Beschleunigung*: Der Psychologe YAPKO Michael meint: die Beschleunigung von Daten und Kommunikation ist hilfreich, erfasst auch andere Lebensbereiche, wo sie jedoch Schaden anrichten kann. Ob es um die Heilung eines körperlichen Leidens, eine psychotherapeutische Behandlung, den Aufbau einer Freundschaft oder einer intimen Beziehung geht – die Erwartung, dass auch solche fundamentalen Prozesse und Entwicklungen schnell gehen müssten, ist weit verbreitet. YAPKO macht dafür auch den Medienkonsum der Menschen verantwortlich. Es wird immer mehr unterschätzt, wie

viel Anstrengung und Geduld die Lösung realer Probleme erfordert. Erkennt die betroffene Person dann irgendwann, dass sich das angestrebte Ziel nicht schnell realisieren lässt, glaubt sie, versagt zu haben. Ein geringes Selbstwertgefühl und Angst vor der nächsten Herausforderung sind die Folge.

Schon ALVIN TOFFLER hat 1970 in seinem Bestseller "Der Zukunftsschock" folgendes festgestellt: Er beschreibt eine Gesellschaft, in der das Flexible, das Temporäre, die Hyper-Auswahl zu einer allgemeinen Verbreitung der Erschöpfung führt, deren wichtigstes Resultat die Depression ist.

ALAIN EHRENBERG fasst zusammen: "Welchen Bereich man auch ansieht (Unternehmen, Schule, Familie), die Welt hat neue Regeln. Es geht nicht mehr um Gehorsam, Disziplin und Konformität mit der Moral, sondern um Flexibilität, Veränderung, schnelle Reaktion und dergleichen. Selbstbeherrschung, psychische und affektive Flexibilität, Handlungsfähigkeit: jeder muss sich beständig an eine Welt anpassen, die eben ihre Beständigkeit, verliert, an eine instabile, provisorische Welt mit hin und her verlaufenden Strömungen und Bahnen. Die Klarheit des sozialen und politischen Spiels hat sich verloren. Diese institutionellen Transformationen vermitteln den Eindruck, dass jeder, auch der Einfachste und Zerbrechlichste, die Aufgabe auf sich nehmen muss, alles zu wählen und alles zu entscheiden... .

Die Depression ist die Kehrseite einer kapitalistischen Gesellschaft, die das authentische Selbst zur Produktivkraft macht und es damit bis zur Erschöpfung fordert.

Unbegrenzte Wahlfreiheit kann die Ursache echten Leidens sein, zu viele Optionen zu haben, ruft psychische Probleme hervor, zumal in Verbindung mit Reue, Statusstreben, Anpassung, sozialem Vergleich und vor allen Dingen mit dem Wunsch, von allem das Beste zu haben."

In einer Welt, die unbegrenzte Wahlmöglichkeiten bietet, ist es viel einfacher, sich für enttäuschende Ergebnisse selbst die Schuld zu geben als in einer Welt mit begrenzten Optionen. Wahlfreiheit wird so zur Last und nicht zum Privileg. Misserfolge bei der Berufs- oder Partnerwahl, aber auch bei jeder anderen Entscheidung werden in dieser Welt der unbegrenzten Möglichkeiten zwangsläufig als persönliches Scheitern gewertet, das durch die richtige Wahl hätte verhindert werden können. (EHRENBERG A.(2004):Das erschöpfte

Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt)

Der Trend vom Gesellschaftlichen (Familie, Freunde, Gemeinschaft) zum Individuellen – gipfelnd in dem Wunsch des Einzelnen nach Kontrolle, Autonomie und Perfektion hat zur Folge, dass wir nicht nur Vollkommenheit von allen Dingen, sondern auch von uns selbst erwarten. Mit diesem Anspruch müssen wir zwangsläufig scheitern. Und dafür suchen wir die Schuld dann bei uns selbst und leisten damit der Depression Vorschub.

(vgl.: RAUM&ZEIT: 134/2005: Die erschöpfte Gesellschaft. Depression als Spiegel unserer Zeit. S. 50ff)

7. Faktoren der Paarbeziehung

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Paarbeziehung und Depression ist empirisch gut belegt. Konflikte und Probleme in der Paarbeziehung können ein wesentlicher Auslöser für Depression sein. Die Beziehungsqualität wird zudem durch depressive Erkrankungen beeinträchtigt, nicht selten sogar weit über die depressive Phase hinaus.

Die Paarbeziehung hat verlaufsbestimmende Bedeutung für die Erkrankung, insbesondere bei noch nicht chronifizierten Depressionen. Der Zusammenhang zwischen Depression und Paarbeziehung zeigt sich bei Frauen stärker und offensichtlicher als bei Männern. Zudem scheint es gegenüber gesunden und klinischen Vergleichsgruppen sowie gegenüber Paaren mit Beziehungskonflikten ohne Depression Muster depressiver Interaktion zu geben, die weiterer Untersuchung auch bezüglich der verschiedenen Subgruppen und Phasen der Depression bedürfen. Paartherapie hat sich in der Depressionsbehandlung auf symptomatischer wie auf der Beziehungsebene als effektiv erwiesen. Diagnostische und beratende Paargespräche sollten regelhaft durchgeführt werden.

Klinische Beschreibungen zur Partnerbeziehungen Depressiver:

Die Partner erscheinen hier als eng aufeinander bezogen und voneinander abhängig, oft in einem starren Muster von "Stärke" und "Schwäche" polarisiert ("restriktive Komplementarität, STIRLIN 1986), wobei der später Depressive häufig eigene Interessen zugunsten des idealisierten Anderen zurückstellt. Aggressive Konflikte werden vermieden. Die erhebliche Ambivalenz in der Paarbeziehung wird erst in der depressiven Krise spürbar, in der der Depressive zunehmend ein Defizit an Bestätigung und Zuwendung spürt und die entstehende Enttäuschungs- und Kränkungsaggression gegen das eigene Selbst wendet oder sich von dem dominanten Anderen abhängig fühlt. Häufig setzt dann ein bereits von JACOBSON (1956) beschriebener maligner Interaktionszirkel ein, in dem der anscheinend gesunde Partner zunehmend mit Vermeidung von Begegnung sowie subtiler Aggressivität und Entwertung reagiert, die den Depressiven in seiner Sicht, ungeliebt zu sein, zunehmend bestätigt, was das Gefühl von Wertlosigkeit und die Depressivität entsprechend verstärkt. Diese Hypothesen wurden empirisch geprüft und bestätigt (RETZER 1994).

(vgl.: REICH G. (2003): Depression und Paarbeziehung. Aus PSYCHOTHERAPEUT Band 48/Heft 1/2003; S. 2ff)

Therapie

Die wichtigsten Säulen der Behandlung sind die Psychotherapie und die Pharmakotherapie. Handelte es sich in den achtziger Jahren bei dieser Alternative noch um eine Art Glaubensfrage, so wird heute im Dienste des Patienten sachlich diskutiert und geforscht

Psychotherapie

Gestalttherapeutischer Zugang

In dieses mir am meisten am Herzen liegende Kapitel möchte ich mit einer Frage einsteigen: Wie kommt ein Mensch dazu, sich immer mehr von der Welt zurückzuziehen, auf Begegnungen mit anderen Menschen zu verzichten, sich selbst als unwert zu erleben, eigene Wünsche nicht mehr erkennen und befriedigen zu können und schließlich die eigene Identität zerstören zu wollen?

Das von PETZOLD (in PETZOLD H., BUBOLZ E. (Hrsg.) (1980): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn) entwickelte Identitätsmodell beschreibt fünf Säulen, die die Identität des Menschen tragen:

1. Support in der Leiblichkeit (der Leib als die Grundlage allen Wahrnehmens)
2. Support im sozialen Kontext (das Ich-bin ist ohne das Du und Wir nicht möglich);
3. Support in Arbeit und Leistung (das Geschaffene bietet dem Menschen Identifikationsmöglichkeiten für sich selbst und der Umwelt die Möglichkeit, ihn zu identifizieren);
4. Support durch materielle Sicherheit und schließlich
5. Support durch Werte (bestimmte Einstellungen und Werthaltungen können den Menschen noch stützen und ihm noch einen Lebenssinn geben, auch dann, wenn die anderen Säulen des Supports stark erschüttert oder schon eingestürzt sind).

Mit Hilfe dieses Modells lässt sich leicht veranschaulichen, wieso der depressive Mensch durch sein Verhalten immer mehr in seiner Identität bedroht ist. Die zu beobachtenden Passivitäts- und Rückzugstendenzen des depressiven Klienten führen zu immer geringer werdendem Support. Am Ende dieses Circulus vitiosus steht dann der eventuell schwer depressive Mensch, der alles verloren glaubt und schließlich den Sinn in der Selbstzerstörung sucht.

Die Therapie der Depression:

Das tetradische System der Gestalttherapie ist ein Phasenmodell, das von PETZOLD (1974) zur Erfassung und Beschreibung des gestalttherapeutischen Vorgehens entwickelt wurde. Im tetradischen System werden vier Phasen unterschieden:

1. Initialphase
2. Aktionsphase
3. Integrationsphase
4. Phase der Neuorientierung

Die unterschiedlichen Therapiephasen verlaufen in der Praxis nicht streng voneinander getrennt, einzelne Phasen können sich überschneiden, im Prinzip jedoch nimmt der therapeutische Prozess diesen Verlauf.

1. Initialphase

In der Initialphase unterscheidet sich die gestalttherapeutische Arbeit mit Depressiven wenig von anderen Methoden: Anamnese und Exploration sind notwendige Elemente, die den Therapeuten in die Welt des Betroffenen einführen. Diagnostisch und therapeutisch bedeutsam ist hier – im Unterschied zu anderen therapeutischen Konzepten – der körperliche und emotionale Ausdruck des Klienten. Vieles von seinem Erleben, was er nicht verbalisiert, findet hier seinen Ausdruck. Z. B. wenn der Klient bei der Schilderung eines Ereignisses die Fäuste ballt, ohne dass er selbst ein Gefühl von Zorn formuliert oder bewusst zu erleben scheint, wäre dies ein deutlicher Hinweis auf eine Impulsunterdrückung. Wenn der Klient "leer wirkt, sich von seinem Körper "wie abgeschnitten" fühlt, deutet dies auf eine sehr frühe Störung hin oder lässt ein Defizit

vermuten.

Es ist wichtig, in dieser Initialphase herauszuarbeiten, wo in der Lebensgeschichte die Entwicklung, das Wachstum der Persönlichkeit des Depressiven verhindert oder zerstört wurde.

Die Gestaltanalyse ist ein Arbeiten im zeitlichen Kontinuum mit seinen drei Dimensionen Vergangenheit, Gegenwart (Hier und Jetzt) und Zukunft. Alle Zeitstufen stehen miteinander in Beziehung. So werden z. B. Menschen, die einen konfliktfreien Lösungsprozess (d. h. Lösung und Wiederannäherung an die Mutter) erlebt haben, auch im späteren Leben mit Trennungssituationen angemessener umgehen. Deshalb ist es möglich, von der Pathologie im Hier und Jetzt auszugehen und nach sich wiederholenden Strukturen im Lebenslauf Ausschau zu halten, um so die Störungsstelle zu finden. Der Therapeut muss prüfen, ob der Klient, der offensichtlich zu Begegnungen noch in der Lage ist (er ist schließlich gekommen), auch eine Beziehung zu sich und auch zu dem Therapeuten eingehen kann. Dies geschieht, indem die Schilderung des Klienten mit seiner Körperhaltung wie Gestik, Atmung, Mimik in Bezug gesetzt wird oder auch mit der Konfrontation durch den Therapeuten: "Wie wirkt das auf Sie, dass ich das bemerkt habe, gesagt habe..." usw.

Bei einer defizitären depressiven Erkrankung wird der Betroffene eher mit Angst reagieren, da ihm der Bezug zu sich selbst, seinen Bedürfnissen und Impulsen fehlt. Depressive Klienten, deren Krankheit eher die Lösung des Ambivalenzkonfliktes und der nicht gelungenen Selbständigkeitsentwicklung ist, werden versuchen, dem Therapeuten zu gefallen, indem sie alle Anregungen geflissentlich wahrnehmen.

2. Aktionsphase:

In dieser Phase wird zum Teil fortgesetzt, was u. a. in der Initialphase schon begonnen wurde, nämlich den Klienten mit seinen Gefühlen, seinem Körper, seinen früheren und gegenwärtigen Erlebnissen in Kontakt zu bringen. Es gilt hier, die konflikthafter Ereignisse aufzuspüren, die der Depression zugrunde liegen. Dieses Zentrieren – auch Fokussieren genannt – auf bestimmte Geschehnisse gleicht einer vertiefenden Exploration und geschieht häufig durch Interventionen wie Fragen, Konfrontation, Heiße-Stuhl-Technik, Körperarbeit, Imagination, Anwendung kreativer Medien, gestalttherapeutische Traumarbeit, die die Selbstwahrnehmung des Klienten im geistigen, körperlichen und emotionalen Bereich intensivieren und ihn dazu "aktivieren" sollen, sich damit auseinanderzusetzen.

Während dieser Phase ist es immer wieder wichtig, den Bezug, der sich aus der "Regression" des Klienten zu seiner jetzigen Situation – dem "Hier und Jetzt" ergibt, herzustellen. Meist besteht in dieser Phase des therapeutischen Prozesses ein enger, vertrauensvoller Rapport zum Therapeuten. Der Depressive hat so die Möglichkeit seine Gefühle im Hier und Jetzt wahrzunehmen und durchzuarbeiten, z. B. seinen angestauten Zorn auch als solchen zu erleben und in der Imagination der Person zuzuordnen, durch die er ausgelöst wurde.

3. Integrationsphase

In ihr vollzieht sich konkret das, was Integrative Gestalttherapie wörtlich meint: hier

erlebt der Klient die Bewusstwerdung der eigenen Persönlichkeit als eine Ganzheit, als eine Vielheit aus Bewusstem und Unbewusstem, das Ineinandergreifen emotionaler und kognitiver Prozesse, das Zueinandergehören vor allem "konstruktiver" und "destruktiver" Teile seiner Person, die Wichtigkeit auch der bisher verdrängten und oft vergessenen oder versteckten negativen Anteile. Zum positiven Eigenbild wird gleichberechtigt auch sozial unerwünschtes Verhalten hinzugefügt. Der Klient reaktiviert sich in aller Totalität, er reorganisiert seine Persönlichkeit und integriert sich zur "guten Gestalt". Der Klient begreift durch die Rückmeldung des Therapeuten seine Entwicklung in die Realität einzuordnen bzw. seine innere Wahrnehmung in Vergleich mit der Umwelt zu setzen, und lernt die bisher unmenschlich, niederdrückend empfundenen Vorstellungen zu relativieren.

Der Therapeut kann in dieser Phase langsam seine sehr behutsame und beschützende Art dem Klienten gegenüber aufgeben und mehr fordernd und konfrontierend an ihn herantreten. Dies gilt besonders für die Reflektion störender Verhaltensweisen des Klienten, die bisher dazu führten, dass er ohne Erfolg und soziale Verstärkung blieb, oder z. B. zum Symptomträger in der Familie zum "identifizierten Patienten" (SATIR 1975) wurde. Solche Parallelen im Verhalten des Klienten im jeweiligen therapeutischen Setting und zu Hause oder am Arbeitsplatz werden jetzt kognitiv einsehbar.

Die Konfrontation durch den Therapeuten in dieser Phase besteht darin, dem Klienten all diese Bemühungen und Verhaltensweisen die ihn in die Depression führten durchschaubar werden zu lassen als dessen Überangebot und Eigenüberforderung, als dessen Versuch, die eigenen Existenz- und Kontaktängste zu überwinden bzw. Auseinandersetzungen, Konflikte und Sich-Durchsetzen zu vermeiden; ja selbst körperliche Erschöpfung, totale Isolation von der Umwelt durch Rückzug in die eigenen vier Wände und schließlich Suizidwünsche dienen dieser Vermeidung.

Diese Form der kognitiven Durcharbeitung und Aufdeckung von in Wahrheit selbstschädigenden Techniken zur Lebensbewältigung stellt den kritischen Punkt der Integrationsphase dar: durch die weiteren Rückmeldungen des Therapeuten (und/oder der Gruppen-Mitglieder), der zusehends sein rein beschützendes Verhalten zugunsten auch kritischen feedbacks aufgibt, wird der Depressive gerade an seine aktuellen Schwierigkeiten herangeführt, statt auszuweichen und Auseinandersetzungen auszuhalten; seine Toleranzgrenze wird auf die Probe gestellt, der Druck (durch die Gruppe) nimmt zu. Der Klient sieht sich vor die Gefahr gestellt, sein ganzes bisheriges Denken und Verhalten, das er sich mitunter schon als Kind unter dem Druck der familiären Szene als scheinbar einzige Möglichkeit der Konfliktbewältigung angeeignet hat und wie ein roter Faden bis ins Hier und Jetzt führt, in Frage stellen zu müssen, es als wenig brauchbar anzuerkennen und von daher ändern zu müssen.

4. Phase der Neuorientierung:

Obwohl die wesentlichen Inhalte dieser Phase sich außerhalb der therapeutischen Sitzungen abspielen, darf sie gerade bei der Behandlung von Depressiven keineswegs vernachlässigt werden, da sonst die Gefahr eines Rückfalls auch über längere Zeit groß bleibt.

Hauptbestandteile dieser Phase sind die Realisierung der Aktivitätenhierarchie aus der Integrationsphase wie Milieuveränderung, Veränderung oder Wechsel am Arbeitsplatz

und in der Familie, die Wiederaufnahme früherer oder Neueinrichtung von Bekanntschaften und Freundschaften, überhaupt die Stabilisierung und Vertiefung von Beziehungen. Wichtig dabei ist, dass eine einzige Bezugsperson immer durch eine solche Bindung überfordert wäre. So muss sich an die personale Kompetenz zunehmend das Gefühl auch sozialer Kompetenz entwickeln.

Weiter sollte sich zum Abschluss der vierten Phase noch die "Lebensplanung" anschließen: das ist nicht nur der Transfer aus der Therapie in die Realität, sondern gemeint ist die künftige Gestaltung in den verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Schulung oder Umschulung, Familien- und Intimbereich, Bereiche der Freizeit und Kreativität, unter Berücksichtigung der realen Möglichkeiten und des Lebensalters, eventuell sogar der Einbeziehung von Gedanken an den Tod.

In diesem Stadium arbeitet der Klient sehr selbständig, der Therapeut ist dabei offener Diskussionspartner, der ebenfalls seine Probleme und Konflikte, aber auch seine Lebensgestaltung mit einbringt. Dadurch ist es dem Klienten leichter möglich, den Therapeuten zu relativieren und sich von ihm unabhängig zu machen und sich so auf das baldige Ende der Therapie einzustellen.

Während die Elemente kognitiver und übender Therapiearbeit und das Erlernen von Konfliktlösungsstrategien in dieser Phase im Mittelpunkt stehen, ist es wichtig, bei Depressiven an den Aspekten der Möglichkeiten zur Lebensfreude, insbesondere z. B. durch eigene Kreativität, sehr intensiv zu arbeiten, denn diese soll ja weiterhin die Energiequelle für kommende Auseinandersetzungen und Krisen sein.

Als weiterer Quelle der Lebensfreude muss auch der Körper, der Umgang mit ihm und die Sexualität mit einbezogen werden, denn gerade letztere ist ja zur Zeit akuter Depression stark oder auch ganz eingeschränkt. Der Körper wird damit zu einer bleibenden Zentrale des neu erwachten Selbstwertgefühles, wo er vorher symbolisch für Versagen und Schwäche stand.

Zum Abschluss dieses Kapitels möchte ich noch *typische Krisenstellen* bei der Therapie von Depressiven anmerken:

- dass der Klient sich überhaupt einlässt auf die Therapie, d. h. die in der Initialphase implizierten Schritte mitmacht; wie: regelmäßig zur Sitzung zu kommen, Vertrauen in die Möglichkeiten der Therapie und des Therapeuten zu fassen und seine Angst und sein Misstrauen vor Veränderung überhaupt zu überwinden
- als besonders gefährlich wird meist das Durcharbeiten der häufig vorhandenen Selbstmordgedanken in der Aktionsphase gesehen und das vertiefte Durcharbeiten widerfahrener seelischer Belastung. Hier darf der Therapeut auf keinen Fall von sich aus den Prozess forcieren, d. h. den Klienten in dessen Arbeit vorantreiben wollen, gleichzeitig muss er seine eigene Kompetenz kritisch einschätzen und nur "solche Steine ins Rollen bringen, die er auch wieder auffangen" kann. Ein zu ängstliches Vermeiden dagegen würde den Klienten in seinen Schwierigkeiten festhalten, diese sogar vertiefen.
- Der Wechsel vom rein beschützenden und stützenden Verhalten des Therapeuten zu einer mehr konfrontierenden und fordernden Haltung gegenüber dem depressiven Klienten in der Integrationsphase, wodurch der Betroffene sich zu

- seiner Auseinandersetzung mit der realen Umwelt benötigt sieht und schließlich das Gelingen einer konkreten Lebensplanung und deren Realisierung für die Zeit nach der Therapie, die soviel Eigen- und Fremdverstärkung im sozialen Verhalten mit sich bringt, dass ein Rückfall überflüssig wird.

Wichtigste inhaltliche Elemente der Arbeit mit Depressiven sind:

Tauerarbeit, Abbau von Schuldgefühlen und Verantwortung für erlittenen oder befürchteten Liebesverlust, Zulassen von Schmerz über Alleinsein, Überanpassung als krankmachenden Lösungsversuch erkennen, evtl. ziehen einer Lebensbilanz und Auseinandersetzung mit den eigenen Todes-Gedanken, Überprüfung und Korrektur der "inneren und äußeren" Realität, vor allem aber Verarbeitung von Aggression nach außen.

(vgl.: SULZ S. K. D. (Hrsg.) (1986): Verständnis und Therapie der Depression. München; S. 315 ff)

Rückfallhäufigkeit bei Gestalttherapie depressiver Klienten nach einer Studie von

SCHIGL B.: (SCHIGL B.: Evaluationsstudie zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren. In: www.gestalttherapie.at/studie.htm. 2004):

Bei den an depressiven Symptomen Leidenden konnte nachgewiesen werden, dass ihr Anteil in der Gruppe mit Rückfällen überrepräsentiert ist. Menschen mit depressiven Symptomen geben zu rund 65 % Rückfälle an, bei allen anderen Symptomgruppen sind es nur durchschnittlich 53 %.

Ausgewählte Interventionsmethoden:

- Alle Fragen, Experimente die die Selbstwahrnehmung auf der körperlichen und psychischen Ebene fördern
- Heiße-Stuhl-Technik
- kreative Ausdrucksmöglichkeiten: für die Projektion des inneren, seelischen Materials in die Außenwelt, z. B. Farbe, Form, der Objekt- und Materialbildgestaltung, Dichtung, Haltung und Bewegung, Töne, Klänge, Rhythmen, Puppenspiel, Fantasie und Märchen
- Traumarbeit
- Gestalttherapeutisches Familienstellen (an MORENOs Soziometrie angelehnt)
- Experimente mit Atmung und Stimme
- Imagination
- Körperarbeit
- Panoramatechnik (z. B. Lebenspanorama)
- die Arbeit mit dem "inneren Kind"

usw.

Ergebnisse einer Studie von GREENBERG L & WATSON J. (1999) (in: FUHR R., SRECKOVIC M., GREMLER-FUHR M. (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen

Die zwei gestaltorientierten Interventionen, die benutzt wurden, um den Zugang der Klienten zu ihren inneren Erfahrungen zu unterstützen – der Dialog zwischen zwei Stühlen und der Dialog mit dem leeren Stuhl -, führten dazu, dass die Klienten einen größeren Zugang zu ihren inneren Erfahrungen hatten und die Lösung spezifischer emotionaler Probleme, an denen sie arbeiteten, erleichtert wurde. Bei Klienten, die die Gestalt-Aufgaben ausführten, konnte man beobachten, dass sie ihre inneren Erfahrungen differenzierten und diese besser nutzten, um ihre Probleme in einer persönlich bedeutsamen Weise zu lösen, als die klientenzentriert begleiteten Klienten. Interventionen zur zielgerichteten Unterstützung des Ausdrucks führten gegenüber der empathischen Reaktionsweise nicht zu nachweisbaren Unterschieden bei den Prozessen in den Sitzungen. Insgesamt weist diese Studie die Effektivität empathischer, experiencieller, prozessorientierter Therapie bei Depressionen nach.

Eine Reihe von Forschungsarbeiten hat die *Wirkung von Gestalttherapie bei affektiven Störungen* untersucht. Therapievergleichsstudien belegen, dass die Effekte der Gestalttherapie vergleichbar sind mit denen anderer Therapieformen oder sogar besser. Die positiven Befunde der Therapievergleichsstudien finden sich für verschiedene Störungsbilder insbesondere bei affektiven Störungen (vgl.: HARTMANN-KOTTEK L. (2004): Inhaltliche Darstellung der klinischen Studien zur Gestalttherapie. In: Gestalttherapie. Berlin, Heidelberg. S. 354 ff)

In den katamnestic Studien erweisen sich die Therapieeffekte als stabil, die in der Mehrzahl der Arbeiten ½ bis 3 Jahre nach Therapieabschluss erhoben worden waren. Bei den Vergleichen humanistischer Therapien untereinander zeichnet es sich nach heutigem Forschungsstand ab, dass die untereinander eng verwandten prozess-direktiven und erfahrungsorientierten Verfahren, z. B. prozess-erfahrungsorientierte Therapie und Gestalttherapie, sich als die wirksamsten Therapien unter den humanistischen Verfahren erweisen könnten. Kognitiv-behaviorale Therapie und humanistische Therapien erweisen sich als gleich wirksam, hingegen finden sich geringere Wirkungen für die gemischten Vergleichsbehandlungen.

Die zentrale gestalttherapeutische Vorgehensweise, Klienten auf ihr unmittelbar prozesshaftes Selbsterleben zurückzuwerfen, erweist sich im Lichte der von ORLINSKI, GRAWE & PARKS (1994) vorgenommenen metaanalytischen Auswertung einer großen Anzahl von Prozessstudien als eine der wirksamsten therapeutischen Methoden überhaupt.

Verhaltenstherapeutischer Zugang

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie für die Behandlung depressiver Störungen ist bisher am besten untersucht und am deutlichsten nachgewiesen (GLOLAGUEN V., COTTRAUX J., CUCHERAT M. & BLACKBURN I. M. (1998): A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49 (1), 59 – 72). Ausgangspunkt dieser Behandlung ist die Annahme, dass es sich bei der Depression um ein "erlerntes Fehlverhalten" handelt, das durch Einüben neuer Verhaltensweisen überwunden werden kann. Diese ungünstigen erlernten Muster können sowohl das Verhalten selbst als auch ungünstige Denkmuster betreffen.

Da das Denken mit dem Handeln eines Menschen verbunden ist, entspricht nach diesem Konzept bei depressiven Patienten ein solches negatives Denkmuster auf der kognitiven Ebene, der Niedergeschlagenheit auf der Gefühlsebene und der Antriebsschwäche auf der Handlungsebene. Es geht darum, die negativen Realitäts- und Selbstbewertungen zu prüfen und zu korrigieren. Dabei werden Alltagsprobleme des Betroffenen betrachtet und untersucht, wie der Patient denkt, erlebt und mit seiner Umwelt in Kontakt tritt. Dadurch sollen unrealistische Erwartungen und depressive Gedankenverzerrungen entdeckt werden. Aufgrund der Kenntnis der zugrunde liegenden Probleme wird dann dem Patienten geholfen, Problembewältigungsfähigkeiten aufzubauen. Auch die Aktivität des Patienten soll gesteigert

werden. Ziel ist es allgemein, die sozialen Fähigkeiten und das Selbstvertrauen des Depressiven zu verbessern.

Die fünf Schritte der kognitiven Verhaltenstherapie:

1. Definieren der Schlüsselprobleme; schließen eines Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Therapeut.
2. Patient und Therapeut besprechen den Aufbau von angenehmen, positiven Aktivitäten und den Abbau von belastenden, negativen Aktivitäten. Gemeinsam entwickeln sie Ideen, wie dies im Alltag umzusetzen ist (z. B. häufig Pausen, Entspannungübungen, kleine Belohnungen, Ablehnung von überfordernden Arbeitsgängen, etc.)
3. Die Wiederaufnahme von Kontakten zu Freunden und Bekannten, aber auch das eigene Verhalten in alltäglichen Situationen stehen im Mittelpunkt dieser Phase. Die Gestaltung eines sozialen Netzwerks sowie der Aufbau von sozialen Fertigkeiten werden besprochen. In Rollenspielen übt der Patient mit spezifischen alltäglichen Problemen umzugehen (durchsetzen in Konfliktsituationen, diskutieren mit Arbeitskollegen, etc.), die eigenen Interessen wahrzunehmen und seine Kontaktfähigkeit wieder herzustellen bzw. aufzubauen. An Stelle alter Denk- und Handlungsweisen werden neue Möglichkeiten erschlossen, wobei Sinn und Ziele des Rollenspiels gemeinsam mit dem Patienten besprochen und schließlich auf den Alltag übertragen werden.

Der Patient erkennt seine eigenen Denkweisen als "hausgemachtes Problem", nicht als unumstößliche Realität. Er lernt den Automatismus eingefahrener negativer Denkmuster zu erkennen, zu überprüfen und gegebenenfalls durch alternative Sichtweisen zu ersetzen. So lassen sich etwa Grundannahmen wie "Alle sind gegen mich; keiner findet das, was ich mache, gut" auswechseln gegen "Alle sind mir gegenüber positiv eingestellt; es liegt an mir, was ich daraus mache". Der Patient lernt auch in schwierigen Situationen die Kontrolle zu behalten und erlangt seine frühere soziale Kompetenz zurück.

4. Die "Erfolg-Vergnügen-Technik" als alternatives Denk- und Wahrnehmungsmodell wird vorgestellt. Hierzu planen Therapeut und Patient praktische Aktivitäten und deren Umsetzung (z. B. Wochenplanung mit abgestuften Aktivitäten). Ziel ist es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen unangenehmen Pflichten und angenehmen Tätigkeiten im Tagesablauf herzustellen
5. In dieser letzten Phase geht es vor allem um Erhaltung und Stabilisierung des Therapieerfolgs, den Umgang mit Rückschlägen, sowie um vorbeugende

Interventionen.

(vgl.: www.kompetenznetz-depression.de)

Familientherapeutischer Zugang

Das systemische Familienmodell der Depression geht davon aus, dass die Persönlichkeit sich im familiären und kulturellen Kontext entwickelt. Die Persönlichkeit wird von den Beziehungen zwischen Bezugsperson und Kind geformt, sowie von Werten und Einstellungen innerhalb der Familie und der Kultur. Diese Variablen treten in Interaktion mit dem spezifischen, genetisch bestimmten Temperament des Neugeborenen. Die Interaktion des heranwachsenden Kindes mit der menschlichen Umwelt verändert sich mit seinem Entwicklungsstand.

Menschliche Entwicklung findet in einem Kräftefeld statt, in dem vor allem folgende Faktoren wirksam werden: Temperament und andere biologische Gegebenheiten, Interaktion mit Familienmitgliedern (einschließlich der Großfamilie), Familientraditionen, persönliche Entwicklung und psychodynamische Faktoren, ethnische und kulturelle Erbe, der gesellschaftliche Gesamtzusammenhang, die Position der Familie und ihre Interaktion mit der Gesellschaft und die Auswirkungen zufälliger Ereignisse.

Familientherapeuten benutzen dieses systemische Modell bei der Ursachenerforschung von Störungen. Ein Familientherapeut arbeitet primär mit dem Symptomträger alleine oder aber mit dem Patienten und seinem Ehepartner, mit dem Patienten und seinen Eltern oder auch zeitweise mit einem oder mehreren Geschwistern. Charakteristisch für den systemorientierten Ansatz in der Familientherapie ist die Erklärung bestimmter Konstellationen aus vergangenen oder gegenwärtigen Familieninteraktionen. Aus der Perspektive der Familie als System zu arbeiten, heißt, reduktionistische Erklärungen psychologischer, biologischer oder soziologischer Art zu vermeiden. Die Persönlichkeitsentwicklung wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst, der Therapeut muss interaktionistisch denken, da die Kausalität eher zirkulär als linear, mit gegenseitigen Rückkoppelungen und Interaktionseffekten ist.

Der familiensystemische Ansatz bei Depressionen untersucht die Interaktionen, Werte und Einstellungen innerhalb der Ursprungsfamilie, die zu einem negativen Selbstbild beitragen und zur Entwicklung von Verhaltensmustern führen, die spätere Beziehungen zum Scheitern bringen. Wenn der depressive Patient in diesem Kontext seine gegenwärtigen Einstellungen, Verhaltensweisen und sein Selbstwertgefühl versteht und sieht, wie seine Depressionen dadurch bedingt werden, ist er besser dazu in der Lage, sie zu ändern und seine Depressionen damit zu lindern. Seine Erwartungen, Antizipationen und sein Verhalten in gegenwärtigen Beziehungen replizieren Aspekte seiner Ursprungsfamilie, in dem er sich gegenwärtigen Bezugspersonen gegenüber genauso verhält wie gegenüber Familienmitgliedern. Manchmal provoziert dieses Verhalten sogar die gleichen Reaktionen wie bei seinen Eltern und bestätigt damit seine vorgestellten Beziehungsmodelle. Diese fortlaufenden Rückkoppelungsschleifen formen seine Persönlichkeitsstruktur aus.

Als Kind übernahm der Patient die kritische Einstellung seiner Familie ihm gegenüber, und diese Haltung bedingt nunmehr sein minderwertiges Selbstbild. Es ist wichtig für

ihn, das Verhalten seiner Eltern nicht als die Ursache seiner gegenwärtigen Schwierigkeiten anzusehen, sondern den Kontext zu betrachten, in dem er so zu denken und handeln lernte, dass seine gegenwärtige Problematik dadurch aufrechterhalten wird. Dies ermöglicht ihm, positive Selbstverantwortung zu übernehmen und seine Depression durch Modifizierung seines Denken und Handelns abzuschwächen.

Depressive haben meist zwischenmenschliche Defizite: z. B. emotionale Bindungen einzugehen, Konfliktlösung in diesen Beziehungen, Trennungen und andere wichtige Lebensereignisse zu bearbeiten. Bei Verlusterlebnissen können sie nicht normal trauern, werden statt dessen depressiv und können ihre Depression dann aber nicht in Beziehung setzen zu dem erlittenen Verlust. Oder sie erleben den Verlust auch nicht bewusst, erscheinen übermäßig abhängig und werden später depressiv. In jedem Fall bringen sie die Depression nicht in Verbindung mit dem Verlust.

Die Konstituierung der therapeutischen Beziehung beginnt mit der Ersterhebung der vom Patienten beklagten Schwierigkeiten, seiner Lebensereignisse und der Familienvorgeschichte, mit direkten Fragen nach der zu erwartenden Problematik. Werden in der Befragung Verlusterlebnisse offenkundig, die nicht adäquat abgetrauert worden sind, so wird die normale Trauerarbeit beschrieben: die Abfolge von Verleugnung – Protest – Trauer, Verzweiflung und Auflösung – Ablösung von der verlorenen Person – Reorganisation des Lebens ohne sie, einschließlich der Entwicklung von Bereitschaft zu neuen Beziehungen. Ein Teil der Therapie besteht in der Lösung des unterdrückten Schmerzes und der Begleitung des Patienten durch sein Trauererleben.

Weiters geht es um die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten, z. B. effektive Beziehungen einzugehen, den Umgang mit Gefühlen zu erlernen und problematische Überzeugungen, Kognitionen und emotionale Einstellungen zu bearbeiten, durch die der depressive Zustand mitbedingt und aufrechterhalten wird.

Interventionstechniken: Zirkuläres Fragen, Hausaufgaben, etc.

Eine dieser familientherapeutischen Techniken (beschrieben VON FRIEDMAN 1986 in SULZ S. K. D. (Hrsg.) (1986): Verständnis und Therapie der Depression. München)

möchte ich exemplarisch näher beschreiben:

Arbeit mit Tonbandaufzeichnungen: der Patient nimmt seine selbstanklagenden und kritischen Selbstgespräche auf Tonband auf – dieses Band wird dann täglich 20 min abgehört. Sobald die Anschuldigungen der Stimme auf der Kassette anfangen, soll der Patient sie heftig bestreiten und positive Gesichtspunkte seiner selbst dagegen geltend machen. Während er dies tut, kann er den Recorder anhalten. Sobald er jedoch aufhört, positiv über sich selbst zu sprechen, soll er das Band wieder anstellen und gegen die nächste Attacke anstreiten. Er wird damit auf mehreren Ebenen dafür verstärkt, dass er seine Selbstachtung behält und sich von der internalisierten kritischen und ablehnenden Stimme distanziert. Einer der positiven Verstärker ist, sich selbst zu bejahen und ein anderer, das anklagende Band abzustellen. Die Tonbandstimme verkörpert den ablehnenden Elternteil, in der Version des Patienten, oder vielleicht die Konkretisierung des gefürchteten abstrakten "was andere Leute von mir denken". Dies verwandelt seine Haltung von hilfloser Unterwerfung unter diese abwertende Selbstsicht in aktive Opposition dagegen. Außerdem wird er angeregt, seine guten Seiten und Fähigkeiten zu

betrachten. Weil sie nicht von der gleichen Autorität kommen, werden die permanenten selbstbeschuldigenden Gedanken weniger häufig und weniger zwanghaft. Damit wächst die Selbstachtung des Patienten und seine Stimmung verbessert sich.

Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

Unzweifelhaft konnten die objekt- und triebtheoretischen Überlegungen des psychoanalytischen Entwicklungsmodells zur Klärung einiger entscheidender Aspekte der Patient-Therapeut-Beziehung beitragen. Die Wirksamkeit der psychoanalytischen Langzeitbehandlung depressiver Erkrankungen wird jedoch in Fachkreisen von vielen bezweifelt. Alleine Kurztherapien, die sich an strukturierte Therapiemanualen orientieren, scheinen einen anderen Verfahren vergleichbaren Effekt zu haben. Möglicherweise ist die Wirkung tiefenpsychologischer Methoden auch deswegen weniger deutlich, weil sie vor allem die Veränderung von Persönlichkeitseigenschaften intendieren und weniger eine direkte Modifikation der Symptomatik und der sozialen Anpassung des Patienten.

Tiefenpsychologisch orientierte Verfahren zielen auf die Veränderung des Selbstbildes als einer Ausdrucksform der Persönlichkeit des Patienten. Drei psychodynamische Hauptfaktoren finden hierbei Berücksichtigung (REIMER 1995):

1. Abhängigkeit
2. Selbstaggressivität
3. gestörte Idealbildung.

(vgl.: RAHN E., MAHNKOPF A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn)

Zentrale Grundlagen der Psychodynamik Depressiver sind also ihr Drang nach einer dyadisch idealisierten Objektbeziehung, ihr ungelöster Ambivalenzkonflikt und die Mechanismen der Introjektion, der narzisstischen Identifizierung der Wendung von Aggression gegen das eigene Selbst. (vgl.: WILL H.; GRABENSTEDT Y.; VÖLKL G.; BANCK G. (2000): Depression; Psychodynamik und Therapie. Stuttgart)

Zitat SLIPP, S. (1986) (in: SULZ S. K. D. (Hrsg.) (1986): Verständnis und Therapie der Depression. München):

Die erste Schwierigkeit in der Arbeit mit Depressiven liegt in ihrer mangelnden Introspektionsfähigkeit. Dies erweist sich als Hemmnis für jede dynamische Psychotherapie, deren Heilung auf Einsicht basiert. Es ergibt sich vor dem Hintergrund mangelnder Autonomie bei Depressiven. Anstelle von Introspektion, um sich der eigenen Motive und ihres Einflusses auf andere bewusst zu werden, suchen sie narzisstische Versorgung bei anderen. Sie erleben sich selbst als passiv, hilflos und fremdbestimmt. Ihr Selbstwertgefühl bleibt von der Beziehung zu dem dominanten Anderen abhängig, und so sehen sie andere nur aus egozentrischem Blickwinkel, als Objekt zur Bedürfnisbefriedigung. Dabei bleibt die Eigenständigkeit und autonome Motivation des anderen unberücksichtigt. Was der andere tut, wird vielmehr persönlich genommen und beeinflusst ihr Selbstwertgefühl positiv oder negativ.

Zum zweiten haben diese Patienten kein gutes Mutterobjekt in ihr Über-Ich internalisiert, und können sich deshalb keine Freude machen und sich belohnen. Weil sie sich nicht selbst bestätigen können, führen sie ein unglückliches Leben. Sie kommen in die Therapie, jammern ständig, bringen unlösbare Probleme vor und fordern vom

Therapeuten, er solle sie auf magische Art und Weise heilen. Der Therapeut läuft in Gefahr in die Gegenübertragungsfalle zu tappen und zu unterstützend, zu direktiv, zu ungeduldig oder sogar sadistisch mit dem Patienten umzugehen."(Zitat Ende)

Wie sieht nun die heute üblicherweise durchgeführte psychoanalytische Therapie Depressiver aus?

Sie ist auf mehrere Jahre angelegt und findet in der Regel mit 3 Stunden pro Woche im Setting mit der Couch statt; in manchen Fällen auch mit höherer Stundenfrequenz; bei in ihrer Persönlichkeit schwer gestörten Depressiven mit zwei Wochenstunden im Sitzen. Durch die Dauer und Intensität der analytischen Arbeit können die pathogenen Beziehungsmuster und Charaktereigenarten der Depression in der Hitze der Übertragung aktiviert; das chronisch Erstarrete gelangt in der aktuellen Beziehung zum Analytiker zu neuem lebendigem Sein.

Bei Depressiven, deren Symptomatik eng mit chronischen Konflikten und Persönlichkeitsfaktoren zusammenhängen, eröffnen die psychoanalytischen Maßnahmen folgende Veränderungsmöglichkeiten:

- Die durch das Setting geförderten regressiven Prozesse,
- Die Inszenierung der pathologischen Beziehungsmuster in der Übertragung,
- Die Umwandlung der Charakterabwehr in aktuelle und bearbeitbare Widerstände,
- Die Aktualisierung frühkindlicher, präverbaler Traumata und damit zusammenhängender Handlungsmodelle und ihre Veränderung in der "neuen Erfahrung" mit dem Analytiker,
- Die psychoanalytische Behandlungstechnik, bei der auf der Basis des empathischen Zuhörens die Analyse der aktuellen Beziehung zum Patienten, die Verwendung der Gegenübertragung und die deutende Tätigkeit im Vordergrund stehen.

Als veränderungsrelevanter Faktor in der analytischen Behandlung wirkt deshalb nicht nur die kognitive Einsicht in die unbewusst motivierte und automatisierte Verhaltenspathologie und ihre lebensgeschichtliche Entwicklung. Ebenso wichtig ist das Erleben und die affektiv geladene Erinnerung der schmerzlichen Ursprungssituationen. Schließlich folgt das Durcharbeiten, d. h. das immer wieder neue "Durchkauen" der zentralen Konflikte in ihren verschiedensten Erscheinungsformen, bis eine stabile Veränderung des Erlebens und Verhaltens des Depressiven in seinem äußeren Leben erreicht ist. In aller Regel kommt es im Zusammenhang damit zu einer durchgreifenden Verbesserung der Symptomatik.

(vgl.: HOFFMANN N., SCHAUBURG H. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Depression; Stuttgart)

Medikation

Häufig wird Depression medikamentös durch den Einsatz von Antidepressiva behandelt.

Es gibt verschiedene Gruppen antidepressiv wirkender Medikamente:

- Trizyklische- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)
- Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)
- MAO-Hemmer
- Reversible Hemmer der Monoaminoxidase A (RIMAs)
- Neuere Substanzen: SSNRI, SNRI, DAS, NOSSA
- Johanniskrautextrakte

Akuttherapie mit Antidepressiva:

Responseraten: 50 – 70 %

Placeboresponserate: 30 %

Wirkungseintritt nach circa 2 Wochen, allerdings deshalb mit Compliance-Problemen verbunden, auch wegen der häufig auftretenden Nebenwirkungen. Die klassischen trizyklischen Antidepressiva zeigen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Obstipation, Miktionsstörungen, nächtliche Verwirrheitszustände. Die nicht-trizyklischen Antidepressiva sind in der Regel besser verträglich, können aber auch Nebenwirkungen auftreten wie: Übelkeit, Kopfschmerzen und innere Unruhe.

Die Responserate bei bipolaren affektiven Störungen ist unter Lithiumtherapie höher als unter anderen Antidepressiva.

Rückfallprophylaxe unipolarer Depression mit Antidepressiva:

Da die Depression einen häufig rezidivierenden, oft chronischen Verlauf hat stellt sich die Frage, wie lange sollte die Erhaltungstherapie eingenommen werden?

- über 6 Monate hinaus bei erhöhtem Rückfallrisiko, oder wenn mehr als 3 Episoden in den letzten 5 Jahren oder bisher insgesamt 5 oder mehr Episoden auftraten
- bei inkompletter Remission
- bei langer Krankheitsdauer, bzw. langen und schweren Episoden
- bei "double depression" (z. B. Dysthymia mit depressiver Episode)
- ältere Patienten

Wichtig ist, bei der Erhaltungstherapie die Dosis, die wirksam war nicht zu reduzieren. Wenn man reduziert sind Rückfälle häufiger und der Verlauf schlechter als bei der Placebogruppe.

Rückfallprophylaxe bei unipolarer Depression mit Lithium wirkt auch Antisuizidal!

Depressionen gehen mit großem Leidensdruck und Hoffnungslosigkeit einher, so dass sich bei einem Großteil der Betroffenen suizidale Gedanken und Impulse einstellen, die nicht selten auch tatsächlich in suizidalen Handlungen einmünden. Manche Betroffene mit schwersten Depressionen werden nur durch ihre Antriebslosigkeit an der Ausführung ihrer suizidalen Impulse gehindert. Vor diesem Hintergrund kann bei diesen

hochgefährdeten Patienten auch die Einleitung einer Behandlung mit Risiken verbunden sein, da die Patienten mit Eintritt der ersten Besserung wieder genügend Antrieb erhalten, um ihre suizidalen Impulse umzusetzen. Dieses Risiko ist bekannt und gilt generell für die Phase der Besserung, gleich ob unter Antidepressiva, Psychotherapie oder in Folge des Spontanverlaufs.

Unter Lithium ist diese Gefahr deutlich (um Faktor 7) reduziert. Allerdings wenn man Lithium absetzt ist das Suizidrisiko 20fach erhöht (im ersten Jahr nach dem Absetzen). Die Therapie mit Lithium erfordert deshalb ein präzises Krankheitsmanagement und sollte keinesfalls vom Hausarzt durchgeführt werden. Es erfordert intensive und vertrauensvolle Kooperation mit dem Patient. Der Patient muss motiviert sein (vor allem wegen der Gewichtszunahme sinkt schnell die Motivation).

KUPFER-Studie 1990:

125 stabilisierte Patienten mit rezidivierender Depression. Verschiedene Kontrollgruppen. Erhaltungstherapie über 3 Jahre

Ergebnisse:

- Die Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressiva ist am besten wirksam.
- Imipramin 200mg ist deutlich rezidivprophylaktisch wirksam
- Integrative Psychotherapie (monatlich) ist mäßig rezidivprophylaktisch wirksam
- Abhängig von der Qualität der Psychotherapie: hohe Qualität: 2 Jahre rezidivfrei; niedrige Qualität weniger als 5 Monate rezidivfrei.
- Kombinationsbehandlung (mit anderen Antidepressiva) der Imipraminbehandlung nicht überlegen

(HEGERL U. 2001: Vortrag: Einfluss der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Psychotherapie von Depression. Lindauer Psychotherapietage 2001)

In Folge einiger neuer Befunde, die eine aktive Virusinfektion mit dem Bornavirus als einen auslösenden Faktor nahe legen, hat sich auch eine neue medikamentöse Behandlungsform entwickelt. Dabei hat sich in ersten Studien gezeigt, dass Amantadin, eine Substanz, die zur Behandlung bestimmter Formen der Parkinsonschen Krankheit eingesetzt wird, dazu führt, dass das Virus nicht mehr im Blut der Patienten nachweisbar ist und auch die Symptome verschwinden. Amantadin hemmt die Reifung und das sogenannte Uncoating der Viren, d. h. es verhindert, dass das Virus seine Lipidhülle abwirft, wenn es in eine Zelle eindringt. Andere wissenschaftliche Untersuchungen stellen direkte Wirkungen von Amantadin auf das Nervensystem fest, und den Zusammenhang zwischen Virusinfektion und Wirkung des Medikaments in Frage.

Homöopathie

In der Homöopathie kann man zum einen die bewährten Schüsslersalze wie Kalium phosphoricum und Natrium chloratum einsetzen, die hervorragend wirken, täglich genommen, um den Kalium-Natriumhaushalt wieder einzuregeln. Der depressive Patient laut Homöopathie "sauer" auf allen Ebenen, was sich durch zuviel Natrium in der Zelle ausdrückt. Wird wieder mehr Kalium eingeregelt und das Natrium in den extrazellulären Raum "verwiesen", äußert sich das auch in der Gemütsverfassung und im körperlichen

Wohlbefinden. Zum anderen verfügt die Homöopathie über so genannte Konstitutionsmittel, die das Wesenhafte einer Persönlichkeit ansprechen. Hier sind Aurum (Gold), Platinum (Platin), Mercurius (Quecksilber), Natrium und Kalium große Mittel, weil sie Menschen ähnlich sind, die aus den verschiedensten Gründen zur Depression neigen, sei es durch zuviel Materie, sei es durch zuviel Geist. In jedem Fall gehört eine begleitende Behandlung mit homöopathischen Medikamenten in die Hände eines erfahrenen und speziell ausgebildeten Arztes. (vgl.: SONNENSCHMIDT R.: Das geneigte Haupt. Aus RAUM&ZEIT 134/2005, S. 54ff)

Ernährung

Das Gehirn besteht zu zwei Drittel aus Fettsäuren. Sie sind die Grundbausteine der Membran der Nervenzellen, ihrer "Hülle", über die jegliche Kommunikation zwischen allen Nervenzellen in allen Bereichen des Gehirns und des Körpers verläuft. Was wir essen, wird unmittelbar in diese Membran aufgenommen und bildet deren Grundsubstanz.

Lässt man bei der Ernährung von Laborratten die Omega-3-Fettsäuren weg, dann ändert sich deren Verhalten binnen einiger Wochen völlig: Sie werden ängstlich, erlernen keine neuen Aufgaben mehr und geraten in Stresssituationen in Panik. Eine Ernährung mit wenig Omega-3 verringert außerdem das Lustempfinden. Demgegenüber hat eine Gruppe französischer Forscher gezeigt, dass eine Omega-3-reiche Ernährung – wie die der Eskimos, die täglich bis zu 16 Gramm Fischöl verzehren – langfristig die Produktion der Neurotransmitter für Energie und gute Stimmung im emotionalen Gehirn ansteigen lässt. Fötus und Neugeborenes, deren Gehirn sich in voller Entwicklung befindet, benötigen die Omega-3-Fettsäuren am dringlichsten.

Frauen in Ländern in denen sehr viel Fisch konsumiert wird, deren Milch folglich besonders viel Omega-3 enthält, leiden deutlich seltener unter einer postnatalen Depression.

In Israel verglichen Dr. NEMETS und seine Mitarbeiter die Wirksamkeit gereinigten Fischölextraktes mit einer entsprechenden Dosis Olivenöl. Bei mehr als der Hälfte seiner depressiven Patienten, die bis dahin auf keine Behandlung angesprochen hatten, verschwand die Depression in weniger als drei Wochen. Inzwischen erschien in den *Archives of General psychiatry* eine weitere Studie. Sie kommt zu den gleichen Ergebnissen und zeigt überdies, dass die ganze Palette von Depressionssymptomen mit Omega-3-Fettsäuren gebessert werden kann.

Eine weitere – in Harvard durchgeführte – Untersuchung, die im *American Journal of Psychiatry* veröffentlicht wurde, erbrachte, dass die Einnahme von Omega-3 bei jungen Frauen zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik und der aggressiven Verhaltensweisen führte. Alle Resultate dieser Studien deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Depressionen und zu niedrigen Werten von Omega-3 im Organismus besteht. (vgl.: SERVAN-SCHREIBER D.(2004): Die neue Medizin der Emotionen; München)

Weiters bewährt hat sich die Einnahme von Niacin, das für die Energieproduktion in den Zellen zuständig ist und alle weichen Übergänge in den Stoffwechselfvorgängen des gesamten Organismus reguliert. Zusammen mit einem Vitamin-B-Komplex täglich eingenommen, wirkt es ausgezeichnet auf den Gehirnstoffwechsel. (vgl.: SONNENSCHMIDT R.: Das geneigte Haupt. Aus RAUM&ZEIT 134/2005, S. 54ff)

Lichttherapie/Phototherapie

In mehreren kontrollierten Studien konnte ein signifikanter Effekt der so genannten Phototherapie mit hellem, weißem fluoreszierendem Licht mit vollem Spektrum auf die Depression belegt werden. Die Kontrollbehandlung mit gedämpftem Licht gab hingegen keine nachweisbaren Erfolge. Bei der Behandlung ist die Dauer und die Lichtintensität entscheidend. Lichttherapie hilft vor allem bei SAD-Depression (seasonal affected disorders = Winter- oder Dunkelheitsschwermut) und wird in manchen Kliniken, bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und in Klinisch-psychologischen Praxen angeboten.

(vgl.: RAHN E., MAHNKOPF A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn)

Schlafentzugstherapie

Die Möglichkeit der Stimmungsaufhellung durch Schlafentzug bei schwer depressiven Patienten ist weitgehend gesichert. Erreichbar ist eine vorläufige Entaktualisierung der Symptomatik. Der Effekt hält aber in der Regel nur weniger Tage an, so dass der Schlafentzug allenfalls als begleitende Therapieform in Frage kommt. Besonders eignet sich der Schlafentzug zur Krisenintervention bei schweren Depressionen. Längerfristige Effekte sind möglicherweise durch eine gleichzeitige Verschiebung der Schlafphasen zu erreichen. Für die Technik der Schlafentzugsbehandlung sind mehrere Varianten beschrieben:

- **Totaler Schlafentzug:** Bei dieser Form des Schlafentzuges wird der Patient angeleitet, die ganze Nacht und den darauf folgenden Tag zu wachen. Nach einem Intervall von einigen Tagen wird das Verfahren wiederholt. Während der durchwachten Nacht sollte der Patient von Helfern begleitet und betreut werden.
- **Partieller Schlafentzug:** Bei dieser Form der Schlafentzugsbehandlung wird der Patient in den frühen Morgenstunden geweckt (c. 2 Uhr). Der restliche Ablauf entspricht dem totalen Schlafentzug. Auch diese Behandlung soll nach einigen Tagen wiederholt werden.
- **Selektiver Schlafentzug:** Beim selektiven Schlafentzug werden nur die REM-Phasen des Schlafs unterbrochen. Diese Form der Behandlung stützt sich auf Hinweise, dass bei der Depression vor allem die REM-Phasen Auffälligkeiten zeigen (RIEMANN u. a. 1994). Der selektive Schlafentzug erfordert im Gegensatz zu den anderen Formen einen nicht unerheblichen instrumentellen Aufwand, da die REM-Schlafphasen erst identifiziert werden müssen.

Alle drei Formen der Schlafentzugsbehandlung sind etwa gleich wirksam. (GIEDKE u. a. 1992)

(vgl.: RAHN E., MAHNKOPF A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn)

Elektrokrampftherapie

Die Wirksamkeit der Elektrokrampftherapie ist belegt und bei schweren Depressionen möglicherweise sogar höher als die der Antidepressiva (SAUER/LAUTER, 1987). Bei

dieser Behandlung wird durch einen elektrischen Impuls ein "Grand mal-Anfall", bei dem Patienten ausgelöst. Eine Zeit lang war die Elektrokrampftherapie in die Kritik geraten, weil sie bei nicht narkotisierten Patienten angewandt wurde und daher subjektiv sehr belastend wirkte. Heute wird dieses Verfahren unter Narkose und in Muskelrelaxation durchgeführt, wodurch die Belastungen minimiert werden konnten. Die im Rahmen einer Elektrokrampftherapie auftretenden Störungen des Kurzzeitgedächtnisses sind meist vorübergehender Natur und damit sicherlich nicht schwerwiegend. Vorsicht ist hingegen bei herzkranken Patienten geboten. Trotz der Verbesserung des Verfahrens wird seine Anwendung auch heute noch kontrovers diskutiert. Es ist in Deutschland und Österreich sicherlich nicht weit verbreitet, scheint aber wieder zuzunehmen. Bei einigen Formen der schweren Depression ist diese Behandlung aber die Therapie der ersten Wahl:

- bei wahnhaften Depressionen mit depressivem Stupor, sowie schizoaffektiven Psychosen und depressiven Verstimmungen, wenn eine vitale Bedrohung des Patienten besteht;
- bei schweren Depressionen, die mit akuter Suizidalität, Nahrungsverweigerung, körperlicher Gefährdung und außerordentlichem Leidensdruck einhergehen;
- bei lebensgefährlichen katatonen Zuständen, unabhängig von der Genese der Katatonie.

Als Mittel der zweiten Wahl ist diese Therapieform in folgenden Fällen zu erwägen:

- bei therapieresistenten Depressionen – nach ineffizienter Behandlung mit zumindest zwei Antidepressiva über einen ausreichenden Zeitraum und nach wirkungslosem Schlafentzug;
- bei therapieresistenten, nicht lebensbedrohlichen Katatonien.

Die Elektrokrampftherapie kann grundsätzlich auch in der Schwangerschaft und bei älteren Patienten zur Anwendung kommen, auch ein Herzschrittmacher ist keine Kontraindikation.

Diese sind: kürzlich überstandener Herzinfarkt, cerebrales oder aortales Aneurysma, erhöhter Hirndruck, koronare Herzkrankheit, schwere arterielle Hypertonie, Zustand nach Schlaganfall, pulmonale Erkrankungen.

(vgl.: RAHN E., MAHNKOPF A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn)

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Bei der stationären Behandlung ist die Arbeits- und Beschäftigungstherapie ein wichtiger Bestandteil. Je nach Zustand des Patienten ist Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Entdeckung kreativer Fähigkeiten, nicht-sprachliche Gefühlsverarbeitung oder Konzentrations- und Ausdauertraining Ziel der Behandlung.

Kreativität

Farben, Musik, Tanz, die Anregung des schöpferischen Potenzials ist eine wirksame Therapie bei Depressionen. Die schönen Künste sind ein Heilungsweg, denn künstlerisches Tun nährt die Seele. In der Musiktherapie (z. B. Barockmusik, weil diese

Musik die Alpha-Gehirnwellen anregt), oder durch Plastizieren, Kalligrafieren, Gestalten oder Schreiben drückt der Patient etwas aus, das aus seinem Innersten strömt. Dadurch kommt er geistig in Bewegung. Die Aktivierung des depressiven Patienten ist der schwierigste Teil der Behandlung. Ohne Eigenleistung und Eigenverantwortung ist jedoch Heilung nicht möglich. Heilung heißt sich bewegen, etwas verändern, sich wandeln. Also muss der Patient in die Tat gelangen.

Bewegungstherapie

Verschiedene Formen von Bewegungs- und Körpertherapeutischer Ansätze werden ebenfalls häufig als begleitende Maßnahmen bei der stationären Therapie depressiver Erkrankungen angewendet: z. B. in Form von Leibtherapie, Feldenkreis, Bioenergetik und andere körpertherapeutische Ansätze, sowie Lauftherapie oder andere körperliche Trainingsformen. Weiters haben Entspannungsmethoden (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Biofeedback), Tai chi, Qui gong, Yoga, gute, die Therapie begleitende Erfolge.

Abschließende Betrachtung

Zusammenfassend kann man sagen – Depression ist eine ernstzunehmende Krankheit, die eine Behandlung (in mittleren bis schweren Fällen als Kombinationstherapie durch Antidepressiva und Psychotherapie) erfordert. Ohne diese Tatsache außer Acht zu lassen möchte ich trotzdem zum Schluss meines Vortrags hinweisen, dass die depressive Reaktion unter bestimmten Voraussetzungen auch als "produktiv" und "gesund" betrachtet werden kann.

Die amerikanische Psychotherapeutin EMMY GUT ist überzeugt, "dass wir alle auf bestimmte Umstände mit Niedergeschlagenheit reagieren und uns von vielen unserer Aktivitäten, Interessen und Verpflichtungen zeitweise zurückziehen. Dieser Rückzug ist möglicherweise begleitet von körperlichen Symptomen wie Appetit-, Schlaf- und Sexualstörungen. Und wir fragen uns: "Was stimmt nur mit uns nicht?"

Ist das schon eine Depression? Nach dem Depressions-Modell von EMMY GUT durchaus: Vorausgesetzt, wir reagieren nicht mit Abwehr und Betäubungsmaßnahmen, dann können wir mit diesem Zustand jedoch durchaus produktiv umgehen. So spricht GUT von "produktiven Depressionen", wenn am Ende einer depressiven Periode nachweislich ein Lern- und Reifungsprozess stattgefunden hat, Verhaltensweisen reorganisiert oder Pläne geändert wurden, so dass wir nach einer depressiven Phase gesetzte Ziele besser realisieren beziehungsweise unsere Ziele realistischer formulieren können. So gesehen kann eine Depression unter bestimmten Umständen eine vitale emotionale Anpassungsreaktion sein.

"Gesunde" Depressionen sind realistische Gefühle des Schmerzes, der Trauer und Enttäuschung (manchmal begleitet von Schuldgefühlen, Ärger und/oder Angst), die durch negative Erfahrungen entstehen. Dazu gehören Traumata, Verluste, Diskriminierung, ungerechte Behandlung und Schädigungen in der Vergangenheit. Wer eine gesunde Depression erlebt, kann noch "funktionieren", auch wenn ihm das nicht so gut gelingt, wie zu anderen Zeiten. "Gesunde" oder "Produktive" Depressionen sind ein Produkt einer zunächst unerklärlichen Situation oder auch des "Leidens am sinnlosen

Leben" und damit "Ausdruck geistiger Mündigkeit", wie VIKTOR FRANKL es ausgedrückt hat.

Die "produktiven" und "gesunden" Aspekte der depressiven Reaktion können jene Menschen erfahren, die ganz normal an diesem Leben leiden und zwangsläufig an innere und äußere Grenzen stoßen. Das heißt also: all jene, die nicht an der *Krankheit* Depression leiden, sondern vor der Aufgabe stehen, angesichts all der "tragischen Aspekte menschlicher Existenz" einen Sinn im Leben zu finden und für sich einen "tragischen Optimismus" zu entwickeln - um mit VIKTOR FRANKL zu sprechen.

Schließen möchte ich meinen Vortrag mit einem Zitat von C.G. JUNG: "Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat"

(vgl.: NUBER U. (1994): Die produktive Kraft der Depression. Aus: PSYCHOLOGIE HEUTE März 1994; S. 20ff)

Literaturverzeichnis

FREUD S. (1917): Trauer und Melancholie; G.W. Band 10

ARIETI S., BEMPORAD J. (1983): Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung. Stuttgart

BÖCKER H. (2001): Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen. Psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie. Gießen

SCHIEPEK G. (2004): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart

HOEFERT H.-W., ROSEMEIER H. P., GÖPFERT W. (Hrsg.) (1993): Angst, Panik, Depression. Ursachen und Behandlungskonzepte aus psychologischer und medizinischer Sicht. München

DIX C. (1998): Eigentlich sollte ich glücklich sein. Hilfe und Selbsthilfe bei postnataler Depression und Erschöpfung. Zürich

ALEXANDER L. (1978): Depression. Unsere Zeitkrankheit – Ursachen und Wege der Heilung. München

HOCHGERNER M., HOFFMANN-WIDHALM H., NAUSNER L., WILDBERGER E. (Hrsg.) (2004): Gestalttherapie. Wien

FUHR R., SRECKOVIC M., GREMLER-FUHR M. (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen

HARTMANN-KOTTEK L. (2004): Gestalttherapie. Berlin, Heidelberg

EIMER CH., ECKERT J., HAUTZINGER M., WILKE E. (1996): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin, Heidelberg

MENTZOS ST. (2001): Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Göttingen

EHRENBERG A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt

SULZ S. K. D. (Hrsg.) (1986): Verständnis und Therapie der Depression. München

RAHN E., MAHNKOPF A. (1999): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn

BRENNER CH. (1986): Elemente des seelischen Konflikts. Theorie und Praxis der modernen Psychoanalyse. Frankfurt

YAPKO M. D. (1995): Depression und Hypnose. Strategien der Veränderung von depressiven Lebensmustern. München

NUBER U. (1994): Die produktive Kraft der Depression. Aus: PSYCHOLOGIE HEUTE März 1994

SONNENSCHMIDT R.: Das geneigte Haupt. Aus RAUM&ZEIT 134/2005

FREMMER-BOMBIK E. (1995): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: SPANGLER G. ZIMMERMANN P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart

REICH G. (2003): Depression und Paarbeziehung. Aus PSYCHOTHERAPEUT Band 48/Heft 1/2003

RAUM&ZEIT: 134/2005: Die erschöpfte Gesellschaft. Depression als Spiegel unserer Zeit.

HEGERL U. 2001: Vortrag: Einfluss der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Psychotherapie von Depression. Lindauer Psychotherapietage 2001

www.medicine-worldwide.de/krankheiten/psychische_krankheiten/depression.html; 24. 2. 2005

Österreichische Ärztezeitung 7./10. April 1999

www.kompetenznetz-depression.de

MURRAY, C.J., & LOPEZ, A. D. (Eds.) (1996): The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press

HOFFMANN N., SCHAUBENBURG H. (Hrsg.) (2000): Psychotherapie der Depression; Stuttgart

WILL H.; GRABENSTEDT Y.; VÖLKL G.; BANCK G. (2000): Depression; Psychodynamik und Therapie. Stuttgart

HAUTZINGER, M.; STARK, W.; TREIBER, R. 1988: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressiven. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim

WOLFERSDORF, M. (1992): Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen/Stuttgart

(GLOLAGUEN V., COTTRAUX J., CUCHERAT M. & BLACKBURN I. M. (1998): A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. Journal of Affective Disorders, 49 (1), 59 – 72)

PERLS S. (1969): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart

PETZOLD H., BUBOLZ E. (Hrsg.) (1980): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn

PERLS F. S., HEFFERLEIN R., GOODMAN P. (1979): Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Bd. I. Stuttgart

PETZOLD H. (1974): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn

SCHIGL B.: Evaluationsstudie zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren. In: www.gestalttherapie.at/studie.htm. 2004

AMENDT-LYON, N.: Mit Ihnen schreibe ich heute Geschichte. Depressive Prozesse in der Integrativen Gestalttherapie. Aus HUTTERER-KRISCH, R., LUIF, I., BAUMGARTNER, G. (Hrsg.): Neue Entwicklungen in der Integrativen Gestalttherapie. 1999

Bilder aus:

JACOBI, J. (1992): Vom Bilderreich der Seele. "Das Grauen" S. 87, "Trauer" S. 124, "Der kleine gelbe Vogel" S. 273