

## Depressive Störungen (F 32, F33, F34)

### 1. Diagnostik

#### 1.1. Symptomatik

3 Hauptsymptome:

- Störung des Affektes, d.h. gedrückte Stimmung
- Freud- und Interesselosigkeit
- Verminderung des Antriebs mit rascher Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung

Weitere Symptome: Verminderte Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Denkfähigkeit, Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod und suizidale Gedanken sowie suizidales Verhalten, somatisches Syndrom mit psychomotorischer Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust oder Appetitsteigerung, Libidoverlust, Früherwachen und Morgentief

#### 1.2. Diagnostische Kategorien

**Zeitkriterium:** Dauer mindestens zwei Wochen

Je nach Verlauf, Schweregrad und Auslöser werden unterschieden:

- **Depressive Reaktionen** (ICD-10 F43.2): depressive Zustände, die die soziale Funktion und Leistungsfähigkeit behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung (z.B. Krankheit, Trennung) auftreten (siehe auch Skript „Anpassungsstörungen“).
- „Leichte“ (ICD-10 F32.0), „mittelgradige“ (ICD-10 F32.1) oder „schwere depressive Episoden ohne oder mit psychotischen Symptomen“ (ICD-10 F32.2, 32.3), die rezidierend vorkommen können (ICD-10 F33). In Abgrenzung zu obiger Kategorie haben Lebensveränderungen oft nur *auslösende* Funktion. Zugrunde liegen basale Konflikte oder strukturelle Defizite der Persönlichkeit.
- **Dysthymie:** chronische (mindestens zweijährige), milde ausgeprägte, aber krankheitswertige Symptomatik.

#### 1.3. Differentialdiagnostik

- Trauer und pathologische Trauerreaktionen (Suizidalität, Schuldgefühle und psychomotorische Hemmung fehlen)
- Apathische Syndrome, z.B. bei konsumierenden Erkrankungen und schizophrenen oder (hirn)organischen Psychosen

### 2. Epidemiologie

- **Lebenszeitprävalenz:** Frauen 25%, Männer 12%
- **Erstmanifestation:** Depressive Episoden Mitte des dritten Lebensjahrzehnts; Dysthymie Jugend
- **Verlauf:** Episodisch; Chronifizierung 20%; Wiedererkrankungsrisiko 50-75 % nach einer depressiven Phase
- **Episodendauer:** Wochen bis Monate; 15-20 %  $\geq$  12 Monate
- **Gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung:** große Krankheitsausfallzeiten wie bei verbreiteten internistischen Erkrankungen (z.B. Diabetes oder KHK).

### 3. Krankheitsmodelle

Depression ist die gemeinsame Endstrecke vielfältiger biologischer (z.B. hereditärer) und psychischer Mechanismen. Typische Persönlichkeits- und Auslösekonstellationen *aus psychodynamischer Sicht:*

- Selbstwertregulationsstörung mit starken Abhängigkeits- und Versorgungswünschen, idealisiert wahrgenommenen Bezugspersonen bei gleichzeitiger Enttäuschung über sie mit Trennungsängsten und unterschwelliger chronische Erwartung, keine dauerhafte Sicherheit in Bindungen herstellen zu können.
- Bewältigung der lebensgeschichtlich entstandenen depressiven Reaktionsbereitschaft durch typische Verarbeitungsmodi, z.B. abhängiges oder altruistisches Verhalten bzw. Bindung an narzißtische Ideale
- Depressionsauslösend sind Verluste nahestehender Bezugspersonen bzw. Kränkungen und Verluste hoch besetzter Lebensziele

*Grundannahme der Lerntheorie:* Enger und wechselseitiger Zusammenhang zwischen Affekten, Kognitionen und Verhalten. Typische Probleme Depressiver: Dysfunktionale Denkweise, Inaktivität, charakteristisches inkompetentes Sozialverhalten einerseits, Mangel an positiven Erfahrungen und Entstehung ungünstiger Lebensbedingungen andererseits (Circulus vitiosus).

#### 4. Behandlung

**Wahl des Behandlungssettings** (ambulant oder stationär) in Abhängigkeit von Schwere und Verlauf. Stationäre Therapie bei schwerer Antriebshemmung, psychotischer Dekompensation und/oder Suizidalität.

##### **Behandlungsprinzipien:**

- Initialphase: Aufbau einer Sicherheit gebenden, tragfähigen therapeutischen Beziehung; vorwiegend Behandlung der depressiven Kernsymptome (Rückzugsverhalten, Antriebshemmung, Selbstvorwürfe, Suizidalität).
- Nach Stabilisierung: Bearbeitung depressiogener habitueller Beziehungsmuster. Schwerpunkt *psychodynamischer Therapie*: Bearbeitung der verzerrten Sicht anderer (Neigung zur Idealisierung) und der eigenen Person (Selbstentwertung) und den daraus folgenden Abhängigkeitsgefühlen und Trennungsängsten. *Kognitive Verhaltenstherapie*: Kognitionsveränderungen, Kompetenzsteigerung und Abbau belastender Lebensbedingungen.

**Indikation zur adjuvanten antidepressiv-pharmakologischen Therapie:** bei mindestens mittelschweren depressiven Episoden, insbesondere in der Initialphase schwerer depressiver Episoden und in der Dauerbehandlung von Patienten mit rasch oder häufig rezidivierenden depressiven Episoden. Für die Dysthymie bisher kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis der Antidepressiva.

#### 5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

Anklammerung, Aggressionsvermeidung und depressive Negativität mit Selbstanklagen und Selbstentwertung erschweren den Umgang mit depressiven Patienten. Latenter Ärger und/oder Hilflosigkeit des Therapeuten können in einem Circulus vitiosus die negativen Kognitionen und Selbstabwertungen des Patienten verstärken.

##### **Typische Interventionsfehler**

- Drängen auf Besserung der Beschwerden. Der Patient kann zusätzlich unter Druck geraten und unzureichendes Gebessertsein schuldhaft oder autoaggressiv verarbeiten.
- Vorwürfe bezüglich der Aggressivität, die der depressive Rückzug oder die suizidale Handlung interaktionell bedeuten kann.
- Zu früher Versuch in der noch akuten Erkrankungsphase, auslösende Ereignisse zu deuten oder positive Denkweisen zu vermitteln, die der Kranke nicht nachvollziehen kann

**Vorgehen bei schweren Depressionen:** Keine Deutungen der Konfliktpathologie auf Basis der Übertragungs-Gegenübertragungsdiagnostik. Stattdessen passagere Übernahme von dem Patienten nicht zur Verfügung stehenden Ich-Funktionen (z.B. Entscheidung über die weitere Behandlungsplanung für hoch ambivalente Patienten).

**Bei Suizidalität** aktives therapeutisches Vorgehen mit Hilfe bei der Wiederherstellung wichtiger Beziehungen, Einbeziehung von Angehörigen, evtl. stationäre Einweisung, (notfalls gegen den Willen des Patienten). Typische Fehler im Umgang mit Suizidalen: Provokationen persönlich nehmen, Bagatellisierungstendenzen des Patienten mitmachen, einseitige Betonung der Aggressionsproblematik, zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten

#### 6. Literatur:

- Aldenhoff J (1997) Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. Nervenarzt 68:379-389  
Bronisch T (1995) Der Suizid. Ursachen -Warnsignale -Prävention. Beck, München.  
Hautzinger M (1997) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Psychol. Verlagsunion, Weinheim  
Hoffmann N, Schauenburg H (Hrsg)(2000) Psychotherapie der Depression. Thieme, Stuttgart