

Depression

Allgemeine Aspekte

Weder in der Psychiatrie noch in der Psychotherapie besteht Einigkeit über die Ätiologie, Psychodynamik und die Formen depressiver Erkrankungen. Es wird von neurotischen und psychotischen, von klimakterischen und involutiven, von reaktiven und endogenen, von pharmakogenen und von Pubertäts- und Altersdepressionen gesprochen. Die Verwirrung entsteht nach MENTZOS (1997) insbesondere dadurch, dass deskriptive, psychodynamische und genetische Gesichtspunkte ohne Unterscheidung verwendet werden. Daher sollen im folgenden zunächst einige Begriffe erläutert werden.

Die normale traurige Verstimmtheit gehört zum Rhythmus des Lebens wie die freudige Gestimmtheit. Die psychopathologischen Bilder der Depressionen haben allerdings nur eine gewisse äußere Ähnlichkeit mit der normalen traurigen Verstimmtheit oder normalen Trauerreaktionen. Auch bei der normalen traurigen Verstimmtheit und/oder Trauerreaktion können eine gedrückte Stimmungslage, eine auffällige psychomotorische Hemmung, eine Antriebs- und Interessenlosigkeit und das Absinken von Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit in gewissem Maße vorkommen. Bei der pathologischen depressiven Reaktion aber kommen zusätzliche Merkmale hinzu. Die Stimmungslage ist nicht mit Traurigkeit gleichsetzen, sondern sie entspricht vielmehr einem "leeren Gefühl", Missmut oder Dysphorie. Hinzu kommt u. a. die Tendenz zu Selbstvorwürfen und Insuffizienzgefühle, ängstliches Anklammerungsverhalten sowie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und andere vegetative Erscheinungen sowie eine latente oder manifeste Suizidalität.

Depressive Syndrome können Stunden, Tage, Wochen, oft aber Monate oder sogar Jahre andauern, schwächer oder stärker ausgeprägt sein und durch zusätzliche Symptome eine besondere Färbung bekommen. Die psychotischen depressiven Formen (affektive Störungen oder affektive Psychosen) mit z. B. wahnhaften Selbstvorwürfen, Verarmungs-ideen, Insuffizienzgedanken, wahnhaften hypochondrischen Befürchtungen oder Depressionen im Wechsel mit manischen Zuständen werden in dem Kapitel Affektive Störungen dargestellt. Hinweise zu den somatogenen Depressionen finden sich im Kapitel organisch bedingte Depressionen. Auf dieser Seite soll die sogenannte "Neurotische Depression" näher beschrieben werden, bei der die Realitätsprüfung, d. h. der Bezug zu Zeit, Ort, Situation und Person im Gegensatz zu den affektiven Störungen oder organisch bedingten depressiven Psychosen erhalten bleibt. Die anderen psychogen bedingten Depressionen werden in den Kapiteln reaktive Depression und Erschöpfungsdepression beschrieben.

Bei der neurotischen Depression handelt es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung nach ICD 10 F33 zu erfüllen. Die neurotische Depression wird nach ICD 10 F34.1 auch als Dysthymia bezeichnet und ist aus

tiefenpsychologischer Sicht eine Störung der psychischen Erlebnisverarbeitung, die als Folge unbewusster Konflikte mit einer zeitweise oder andauernden vorwiegend depressiven Symptomatik einhergeht. Die neurotische Depression wird aus tiefenpsychologischer Sicht durch einen aktuellen Konflikt ausgelöst, der dem verdrängten (unbewussten), lange zurückliegenden (nie verarbeiteten) Konflikt vergleichbar ist. Derartige auslösende Situationen sind häufig mit einem Selbstwertverlust verbunden. Zentraler Konflikt ist der Gegensatz von Anklammerungswünschen und Ablösungstendenzen.

Kennzeichen der neurotischen Depression sind eine Ich-Hemmung, die sich z. B. in Form von Apathie, Mattigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsarmut und Schlafstörungen zeigt. Auf die Dauer bewirken diese Abwehrmechanismen keinen Schutz, sondern eine weitere Herabsetzung der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls (siehe Ursachen). Je mehr die Selbstachtung sinkt, um so mehr verstärken sich die genannten Reaktionen und Mechanismen, und je mehr dies der Fall ist, desto größer ist das Absinken des Selbstwertgefühls.

Vorkommen

Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, liegt nach verschiedenen Studien in der Größenordnung von etwa 5 bis 17 Prozent. An der neurotischen Depression erkranken nach Dilling und Reimer (1995) etwa 5 bis 7 % der Bevölkerung. Nach Wittchen u. a. (Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, München) ist demgegenüber mit einer Häufigkeit neurotischer Depressionen von etwa 3 bis 4 % zu rechnen. Die neurotische Depression ist mit etwa 10 bis 20 % die häufigste Neuroseform.

Symptome

Nach der ICD 10 handelt es sich bei der neurotischen Depression (Dysthymia, F 34.1) zwar um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die jedoch weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. In der Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung können allerdings die Beschreibungen und Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt sein. Die Verteilung zwischen den einzelnen Episoden leichter Depression und dazwischen liegenden Perioden mit vergleichsweiser Normalität ist sehr unterschiedlich. Die Patienten haben gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschreiben. Aber meistens, oft monatelang, fühlen sie sich müde und depressiv. Alles ist für sie eine Anstrengung und nichts wird genossen. Sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und fühlen sich unzulänglich, sind aber in der Regel fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden.

Wesentliches Kennzeichen nach der ICD 10 ist die langdauernde, depressive Verstimmung, die jedoch niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung (F33.0, F33.1) zu

erfüllen. Sie beginnt gewöhnlich früh im Erwachsenenleben und dauert mindestens mehrere Jahre, manchmal lebenslang. Bei Beginn im höheren Lebensalter tritt die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode (F32.-), nach einem Trauerfall oder einer anderen offensichtlichen Belastung auf (siehe auch reaktive Depression).

Nach DSM-III-R müssen für die Diagnose der "Depressiven Neurose" die folgenden Kriterien über einen Zeitraum von 2 Jahren erfüllt sein:

A) Depressive Verstimmung

B) mindestens zwei der folgenden Symptome:

- Appetitlosigkeit oder übermäßiges Essbedürfnis,
- Insomnie (Schlaflosigkeit) oder Hypersomnie (hohes Schlafbedürfnis),
- wenig Energie oder Erschöpfung,
- niedriges Selbstwertgefühl,
- geringe Konzentrationsfähigkeit und Entscheidungsschwierigkeiten,
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit.

Bei der neurotischen Form der depressiven Störung ist im allgemeinen davon auszugehen, dass die betroffene Person trotz der vorhandenen Einschränkungen versucht, eine selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten.

Ursachen

Eine Depression hat selten eine einzige Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zur Erkrankung.

Psychodynamische Aspekte

Die normale Trauerreaktion ist als eine universelle und durchaus sinnvolle Form der Reaktion auf Enttäuschung, Kränkung oder einen Verlust anzusehen. Die neurotische Depression dagegen ist eine inadäquate oder sogar schädliche Reaktion, denn sie taucht dort auf, wo sie eigentlich nicht mehr nötig ist. Sie nimmt überdimensionale Ausmaße an und trägt zur Bildung sinnloser, leidvoller Teufelskreise bei.

Die neurotische Depression kann als eine pathologische Abart der Trauerreaktion eingestuft werden. Sie ist ebenfalls eine Antwort auf Verlusterlebnisse, allerdings eine pathologische Antwort. Die Unterschiede zwischen der normalen Trauerreaktion und dem depressiven Modus neurotischer Konfliktverarbeitung lassen sich nach Mentzos (1997) in drei Punkten zusammenfassen:

- Auch bei der normalen Trauerreaktion kann es zu einer Ich-Hemmung, einer Ich-Einschränkung, einem Absinken der Aktivität, der Leistungsfähigkeit und einem Rückzug von der Welt kommen. Diese Reaktionen sind jedoch sinnvoll, da sie einen Schutz vor äußeren Reizen, eine Kräfteersparnis, eine Erholung und eine Reorganisation ermöglichen. Im depressiven Syndrom wird daraus eine starke Ich-Hemmung, die sich in Form von Apathie, Gefühllosigkeit und ausgeprägter Mattigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Antriebsarmut äußert und die nicht nur in ihrer Ausprägung und Intensität, sondern auch in

ihrer Qualität den Charakter eines primitiven Abwehrmechanismus annimmt. Auf die Dauer bewirkt diese Ich-Hemmung keinen Schutz, sondern eine weitere Herabsetzung der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls. Je mehr die Selbstachtung sinkt, um so mehr verstärken sich die genannten Reaktionen und Mechanismen, und je mehr dies der Fall ist, desto größer ist das Absinken des Selbstwertgefühls.

- In der normalen Trauerreaktion ist auch (Frustrations-) Aggression enthalten, die als normale Reaktion auf Enttäuschung, Kränkung oder einen Verlust anzusehen ist. Auch beim depressiven Syndrom sind diese aggressiven Phantasien vorhanden, werden jedoch nicht ausgelebt oder in anderer Form adäquat verarbeitet, sondern autoaggressiv durch Selbstvorwürfe, Anschuldigungen, Selbstanklagen, Nahrungsverweigerung, Selbstverstümmelung, Suizidalität und sogar mit Selbstmord abgewehrt. Auch hier ist ein normaler Mechanismus der Trauerreaktion entartet, und zwar in Autoaggression und Selbstdestruktivität. Diese hat wiederum eine weitere Aggressivierung zur Folge. Je größer die Selbstbestrafung, desto intensiver die daraufhin entstehende Wut und desto massiver die Aggressionsphantasien. Diese müssen wiederum abgewehrt werden, und dies geschieht vorwiegend durch eine erneute Wendung der Aggression nach innen.
- Trauerarbeit besteht u. a. darin, dass der Trauernde sich mit bestimmten Aspekten eines verlorenen Objektes identifiziert, das Objekt verinnerlicht und damit den Verlust kompensiert. Nach Freud wird ein Objektverlust, der Anlass zur Entwicklung einer Depression ist, vom (oral fixierten) Menschen durch eine massive Introjektion (In-sich-Aufnehmen) des Objektes kompensiert. Im Unterschied zur Identifikation ist der Vorgang der Introjektion innerhalb des depressiven Syndroms jedoch primitiv und undifferenziert. Durch die Introjektion kommt es weder zu einer Entlastung noch zu einer Lösung, sondern zu größeren Schwierigkeiten, da es sich beim dem Introjekt in diesen Fällen um ein ausgesprochen ambivalent besetztes, sowohl gehasstes als auch geliebtes Objekte handelt. Die typischen Selbstvorwürfe des depressiven Patienten gelten dann nicht mehr nur sich selbst, sondern auch dem introjizierten bösen Anteil des Objekts. Der Teufelskreis Autoaggression-Aggression-Autoaggression entsteht also nicht nur durch die Wendung der Frustrationsaggression nach innen, sondern auch durch die Introjektion eines ambivalenten Objekts. Durch die Introjektion dieses Objekts soll der Verlust kompensiert werden, erreicht wird jedoch eine Erhöhung der Autoaggressionen.

Dies sind die drei Hauptkomponenten der Dynamik und der Chronifizierungstendenz der Depression. Bei der Beantwortung der Frage nach den Ursachen der Depression sind der Grundkonflikt und die strukturellen Besonderheiten, bei denen der depressive Modus zur Anwendung kommt, von Bedeutung. Das Wesentliche des depressiven Modus besteht nach Mentzos (1997) in dem narzisstischen Rückzug, der direkt oder indirekt in den o. g. drei Vorgängen enthalten ist.

Klinische Untersuchungen dokumentieren, dass viele depressive Zustände nach einem faktischen oder symbolischen Objektverlust und/oder einer narzisstischen

Traumatisierung oder Kränkung beginnen. Dies ist mit der Annahme zu erklären, dass depressive Menschen eine sehr labile narzisstische Homöostase haben, d. h. die Regulierung des Selbstwertgefühls ist defizitär. Derartig strukturierte Menschen sind von äußeren Objekten abhängig und reagieren sehr intensiv auf Kränkungen.

In der Entwicklungsgeschichte fehlen ausreichende Gelegenheiten zur phasengerechten Internalisierung gut integrierter, innerer Objekte. Dies ist wiederum nicht möglich, weil diese Objekte entweder gar nicht vorhanden oder aber stark ambivalent besetzt sind. Folge dieser Beziehungs- und/oder Entwicklungsstörung im frühkindlichen Alter (basale Störung) ist eine labile Homöostase (inneres Gleichgewicht). Ein in dieser Weise gestörter Mensch ist nicht in der Lage, Verluste und Kränkungen mit einer normalen Trauerreaktion bzw. normalen kompensatorischen Mechanismen auszugleichen. An ihre Stelle treten weniger gute Lösungen, nämlich Stabilisierung durch die äußere Objekte, durch übermäßige Leistung oder ähnliches. Die damit entstandene labile Konstruktion kann Dekompensationen durch unvermeidliche Verluste, Krisen und Kränkungen nicht verhindern. Depression ist eine Reaktion auf den Verlust des Liebe, Anerkennung und Aufwertung bietenden Objektes oder eines entsprechenden Aspekts einer Objektbeziehung. Das Über-Ich Depressiver ist streng, überfordernd und unnachgiebig. Dies ist die Folge von Fixierungen in früheren Stufen der Entwicklung (MENTZOS, 1997). Die in diesen Entwicklungsphasen gebildeten Frühformen des Über-Ichs behalten ihre Absolutheit, ihre Rigidität und Undifferenziertheit im Verlauf der weiteren Entwicklung bei. Außerdem ist das Ich-Ideal bei neurotisch depressiven Menschen überhöht, d. h. die Ansprüche und Maßstäbe, die der depressive Menschen an sich stellen, überfordern sie.

Nach MENTZOS (1997) haben Depressive als Kinder große Angst gehabt, die Liebe der Eltern zu verlieren: Sie mussten sich deshalb streng nach ihren Verboten und Geboten richten, um geliebt zu werden, und sich selbst große Leistungen abverlangen, um das Liebesdefizit auszugleichen. Beides ist für die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls erforderlich. Im Unterschied zum zwangsneurotischen Modus, bei dem Betroffene mit Hilfe von magischen Handlungen, symbolischen Wiedergutmachungen und ähnlichen Manipulationen das Über-Ich beschwichtigen, ist der depressive Patient offenbar gezwungen, einen fatalen Schritt weiterzugehen und die Aggression in Autoaggression umzuwandeln (MENTZOS, 1997).

Therapie

Im Hinblick auf die Wirksamkeit klassischer und neuartiger Psychopharmaka und die Effizienz der unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren, verweise ich auf die Seiten des Kompetenznetz Depression, das sich die Aufgabe der Erforschung dieser Therapiemöglichkeiten gestellt hat. Hier erhalten Sie zudem umfängliche Informationen zu allen anderen Bereichen depressiver Störungen.

Die **psychodynamischen Therapien** nehmen an, dass die neurotische Depression Folge eines oder mehrerer unbewusster Konflikte ist, der/die durch Verdrängung negativer oder

unangenehmer Erfahrungen und/oder Erlebnisse in der Entwicklungsgeschichte entstanden sind. Ziel der Therapie ist es, diesen Konflikt bewusst zu machen, so dass die Symptome nach wiederholtem Erinnern und Durchleben dieser Erfahrungen aufgelöst werden können.

Bei der **interpersonellen Psychotherapie** werden aus den nachfolgend aufgelisteten, in engem Zusammenhang mit der Entstehung von Depressionen stehenden Bereichen

- Verlust von geliebten Menschen und Trauer,
- menschliche Konflikte,
- Abschluss von Lebensabschnitten,
- Kontaktschwierigkeiten.

meist zwei für den Patienten wichtige Themen ausgewählt, die unter den Aspekten Verbalisierung der Gefühle und Gedanken zu zentralen Themen der Behandlung werden. Ist z. B. Trauer ein zentrales Thema, weil der Lebenspartner verstorben ist oder ein anderes unglückliches Ereignis eingetreten ist, wird der Ausdruck von Trauer gefördert und es werden neue Interessen geweckt und neue Beziehungen aufgebaut. Insbesondere neue oder schwierige Situationen werden in Rollenspielen geübt.