

## 2 Klinische Aspekte von Depression

Wenn die Lebenspartner der Patienten mehr über die „Krankheit“ ihres Angehörigen wissen wollen, werden sie u.a. folgende Fragen interessieren: Wie wird das, was sie erleben, im klinischen Kontext eingeordnet, d.h. wie heißt die „Krankheit“, an der die Partner „leiden“? Woher kommt sie? Wie kann sie behandelt werden? Ist sie heilbar? Wird sie wieder auftreten? Wie lange wird sie dauern? Kann sie sich verschlimmern? Wird der Partner oder die Partnerin wieder arbeitsfähig sein? Wo finden wir Unterstützung? Wie können wir vorbeugen?

Diese und ähnliche Fragen werden in der klinischen Praxis von Angehörigen gestellt und es ist zu vermuten bzw. zu hoffen, dass sie darauf Antworten erhalten, die dem heutigen empirisch begründeten Wissensstand zu diesem Thema entsprechen. Die folgenden Kapitel 2.1 bis 2.6 sollen hierzu einen Überblick vermitteln und als Einführung und ein möglicher Weg verstanden werden, sich dem Thema anzunähern.

## 2.1 Diagnostische Einordnung

Die klinische Praxis hat vor ca. 15 Jahren mit der Entwicklung und Revision der diagnostischen Manuale DSM-III-R bzw. DSM IV und der ICD-10 einen Wandel in der Klassifikation psychischer Störungen erfahren, der sich vor allem in der Neuordnung der affektiven Störungen abbildet (Maier, 1994)<sup>3</sup>. In der ICD-9 war eine Trennung nach ätiologischen Gesichtspunkten in neurotische und endogene Depression vorgenommen worden. Diese konnte jedoch empirisch nicht bestätigt werden, so dass sie zugunsten einer Klassifikation nach phänomenologischen Merkmalen wie Verlaufsgesichtspunkten (Episode, rezidivierend und anhaltend), Schweregraden (leicht, mittel, schwer) und dem Vorliegen zusätzlicher Unterscheidungskriterien (psychotische, somatische Symptome) aufgegeben wurde (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992). Zusätzlich wurde der Krankheitsbegriff durch den Störungsbegriff ersetzt und eine multiaxiale Diagnostik eingeführt. Der Störungsbegriff sollte deutlich machen, dass psychische Auffälligkeiten sich nicht in klar umgrenzten Kategorien darstellen lassen, aus denen Behandlung und Prognose eindeutig ableitbar sind.<sup>4</sup>

Im klinischen Alltag bestanden beide Klassifikationen ICD-9 und ICD-10 lange Zeit nebeneinander. Erst durch die Einführung vereinheitlichter, computerunterstützter Dokumentation hat sich die Anwendung der ICD-10 konsequent durchgesetzt. Die klinische Akzeptanz der Veränderungen variiert innerhalb der klinisch-psychiatrischen Versorgungslandschaft. Während einerseits festgestellt wurde, dass die Änderungen trotz der Radikalität erstaunlich gut toleriert wurden (Maier, 1994), setzten sich die neuen Bezeichnungen in der Einschätzung anderer kaum durch (Niklewski & Riekeniklewski, 1998, S. 68). Erschwerend kommen populärwissenschaftliche und alltagssprachliche Begriffe hinzu, die zusätzlich zum wissenschaftlichen Diskurs zu einer Mischung von Termini mit ätiologischem und phänomenologischem Bezug führen.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Es wird hier nur auf die aktuellen Entwicklungen eingegangen, die das klinische Handeln unmittelbar verändert haben. Für einen problemgeschichtlichen Überblick bzw. „eine Rückbesinnung auf die Entwicklung der Theorien- und Begriffsbildung in der Psychiatrie“ (S. 11) wird auf die Monographie von Schmidt-Degenhardt (1983) verwiesen.

<sup>4</sup> Die aktuelle Einführung des Begriffes der „Störungen mit Krankheitswert“ im Psychotherapeutengesetz hebt diese Diskussion allerdings wieder auf (Kleiber, 1997).

<sup>5</sup> Winterdepression oder saisonal abhängige Depression, Postpartum Depression, Wochenbettdepression, klimakterische Depression, Involutionsdepression, primäre Depression, sekundäre Depression, reaktive Depression, psychogene Depression, endogene Depression, exogene Depression, pharmakogene Depression, somatische Depression, organische Depression, neurotische Depression, psychotische Depression, wahnhafte Depression, Affektpsychose, Melancholie, Erschöpfungsdepression, Entwurzelungsdepression, somatogene Depression, symptomatische Depression, chronische Depression, therapieresistente Depression, Entfremdungsdepression, agitierte Depression, atypische Depression, gehemmte Depression, anankastische Depression, larvierte Depression, ängstliche Depression, Sissi-Syndrom, männliche Depression

Eine Übersetzung der alten ICD-9 in die neuen ICD-10 Kategorien ist nicht einfach, da es viele Überschneidungen von Konzepten aufgrund der früheren ätiologischen im Gegensatz zu der neuen phänomenologischen Kodierung gibt (vgl. Tab. 1). Nach dem Verlauf unterscheidet man heute affektive Störungen in unipolar und bipolar und in einmalige Episoden und rezidivierende Störungen. Unipolare Störungen werden nach der Auslenkung der Störung in „manische Episode“ (F30) bei Auftreten von charakteristischen Symptomen über mindestens eine Woche und „depressive Episode“ (F32) bei Auftreten von charakteristischen Symptomen über mindestens zwei Wochen unterteilt. Bipolare Störungen sind durch einen Wechsel des Symptombildes zwischen depressiven und manischen Episoden im Verlauf gekennzeichnet. Ein mehrmaliges Auftreten depressiver Phasen wird als „rezidivierende depressive Störungen“ (F33) klassifiziert, sofern zwischen zwei Episoden ein symptomfreies Intervall von mindestens sechs Monaten liegt. Anhaltende affektive Störungen (F34), wie die „Dysthymia“ (F34.1) mit depressiver Auslenkung und die „Zyklothymia“ (F 34.0) als anhaltende Stimmungsschwankung, werden zusätzlich eingeführt. Die Dysthymia wird auch als chronische affektive Störung bezeichnet, bei der eine depressive Symptomatik über mindestens zwei Jahre besteht, die aber nicht die Ausprägung und Kennzeichen einer einzelnen depressiven Episode erreicht. Bei Vorliegen eines depressiven Symptombildes kürzerer Zeitdauer als die für eine depressive Episode definierten zwei Wochen werden „andere affektive Störungen“ (F38) klassifiziert.

Bei den Subklassifikationen werden das Vorhandensein eines somatischen Syndroms (früher: Melancholie) bzw. einer psychotischen Symptomatik (früher: wahnhafte Depression) und die Schweregradkriterien kodiert. Der Schweregrad wird nach der Anzahl und Schwere vorhandener Symptome bestimmt, wobei die Reliabilität der Einteilung nach drei Schweregradstufen in der Diskussion ist (Judd & Akiskal, 2000; Maier, 1994). Gefragt wird, ob es sich um diskrete Einheiten handeln kann, denen Patienten zuordenbar sind. Vielmehr wird von einem Schweregradkontinuum ausgegangen. Hinsichtlich der Chronizität von Depressionen (s. Kap. 2.2) geht man davon aus, dass Patienten dauerhaft depressiv bzw. subdepressiv sein können und sich nur hinsichtlich ihrer „Verweildauer“ in unterschiedlichen Schweregraden unterscheiden.

Depressive Syndrome in deutlichem Zusammenhang mit einem lebensverändernden Ereignis werden als „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) klassifiziert, wodurch das traditionelle Konzept der reaktiven Depression (ICD -9) abgelöst wurde. In der Diskussion sind weiterhin Konzepte, die, obwohl sie möglicherweise theoretisch und praktisch relevant sind, nicht explizit in die Klassifikation der ICD-10 aufgenommen wurden. Dazu zählen: „double Depression“,

„saisonale Depression“, „atypische Depression“ und „Rapid Cycling Affective Disorders“ (Maier, 1994).

Die neue Klassifikation ist als vorläufiger Kompromiss zu verstehen, da die Beziehungen zwischen Ätiologie, Symptomatik, zugrundeliegenden biochemischen Prozessen, Ansprechen auf Behandlung und weiterem Verlauf gegenwärtig noch nicht eindeutig geklärt sind. Vorsichtig formuliert, wurde die ICD-10 „in der Hoffnung vorgelegt, dass sie als Ergebnis vielfältiger Beratungen zumindest akzeptabel erscheint“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992, S. 120). Die Nachweisbarkeit der Existenz unterscheidbarer Subgruppen von Depressionen zählt zu den Kontroversen in der Depressionsforschung (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1990). Mittels neurobiologischer und genetischer Forschung wird versucht, ätiologisch und prognostisch bedeutsame biologische Marker für Subgruppen zu definieren (Parker, 2000). Gelingt dies, könnten zukünftige Revisionen der Klassifikation psychischer Störungen möglicherweise wieder zu einem stärkeren ätiologischen Bezug hinsichtlich der Einteilung affektiver Störungen zurückkehren. Ein Überblick über andere, therapierelevante ätiologische Modelle wird in Kapitel 2.4 gegeben.

Tab.1 Klassifikation der affektiven Störungen in der ICD-9 im Vergleich zur ICD-10  
(Online im Internet: URL: <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/icd9.aff.html> und <http://www.informatik.fh-luebeck.de/icdger/icd9.neu.html> [Stand 2000-02-08])

ICD-9	ICD-10
296 affektive Psychosen	
296.0 endogene Manie, bisher nur monopolar	F31.1 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode, ohne psychotische Symptome F31.2 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode, mit psychotischen Symptomen F31.8 andere bipolare affektive Störung, rezidivierende manische Episoden F30.0 Hypomanie F30.1 Manie ohne psychotische Symptome F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
291.6 endogene Depression, bisher nur monopolar	F32 depressive Episode F32.0 leichte depressive Episode F32.1 mittelgradige depressive Episode F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.8 andere F33 rezidivierende depressive Störungen F33.0 gegenwärtig leichte Episode F33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode

ICD-9	ICD-10
	<p>F33.2 gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>F33.3 gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen</p> <p>F33.4 gegenwärtig remittiert</p> <p>F33.8 andere</p>
296.2 Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	<p>F31.0 bipolare Störung, gegenwärtig hypo-manische Episode</p> <p>F31.1 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>F31.2 bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen</p>
296.3 Depression im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	<p>F 31.3 bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige oder leichte depressive Episode</p> <p>F31.4 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>F31.5 bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen</p>
296.4 Mischzustand im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose	<p>F 31.6 bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode</p> <p>F38.0 andere einzelne affektive Störungen</p> <p>F38.00 einzelne gemischte affektive Episode</p>
296.5 zirkuläre Form einer manisch-depressiven Psychose ohne Angaben über das vorliegende Zustandsbild	F31.9 nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung
296.6 andere und nicht näher bezeichnete manisch-depressive Psychosen	<p>F31.8 andere bipolare affektive Störung</p> <p>F31.9 nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung</p> <p>F25.0 schizomanische Störung</p> <p>F25.1 schizodepressive Störung</p> <p>F25.2 gemischte schizoaffektive Störung</p>
296.8 andere affektive Psychosen	<p>F25.0 schizomanische Störung</p> <p>F25.1 schizodepressive Störung</p> <p>F25.2 gemischte schizoaffektive Störung</p> <p>F30.8 andere manische Episode</p> <p>F31.8 andere bipolare affektive Störung</p> <p>F32.8 andere depressive Episode</p> <p>F33.8 andere rezidivierende depressive Störung</p> <p>F38.8 andere nicht näher bezeichnete affektive Störungen</p>
296.9 nicht näher bezeichnete affektive Psychosen	F39 nicht näher bezeichnete affektive Störung

ICD-9	ICD-10
300 Neurosen	
300.0 Angstneurose	F41.2 Angst- und depressive Störung gemischt F43.2 Anpassungsstörungen F43.22 Angst- und depressive Reaktion gemischt
300.4 neurotische Depression	F34.1 Dysthymia F32.0 leichte depressive Episode F32.1 mittelgradige depressive Episode F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode
Depressive Reaktion	F43.21 Anpassungsstörung längere depressive Reaktion
Angstdepression	F41.2 Angst- und depressive Störung, gemischt
Reaktive Depression	F32.0 leichte depressive Episode F32.1 mittelgradige depressive Episode F32.8 andere depressive Episode F33.0 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F34.20 Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion

Für die Differentialdiagnose muss berücksichtigt werden, dass Depressionen eine hohe Rate an Komorbidität aufweisen. Überlappungen sind vor allem zu Angststörungen beschrieben worden (Angst, 1994). Depressive Syndrome treten auch im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen, Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, endokrinen und immunologischen Störungen, zerebralen Abbauprozessen sowie neurologischen Erkrankungen auf und gehören zum Nebenwirkungsspektrum einer Reihe von Psychopharmaka (früher: sekundäre Depression, somatogene Depression, organische Depression, symptomatische Depression, pharmakogene Depression) (Rahn & Mahnkopf, 1999).

## 2.2 Symptomatik und Verlauf

Kern der depressiven Symptomatik ist eine allgemeine Herabgestimmtheit, eine „Entleerung des Menschen von Emotionalität bzw. Affektivität“ (Wolfersdorf, 2000, S. 38). Das Symptombild ist komplex und betrifft alle Ebenen des menschlichen Seins. Mögliche Symptome depressiver Störungsbilder lassen sich phänomenologisch in Anlehnung an Wolfersdorf (2000) auf folgenden Ebenen beschreiben: motorisch, emotional, psychologisch-vegetativ, imaginativ-kognitiv und motivational.

*Motorisch:* Die Körperhaltung depressiver Patienten ist kraftlos, gebeugt, spannungslos, die Bewegungen sind verlangsamt oder agitiert, nervös-zappelig. Der Gesichtsausdruck ist traurig, weinerlich, besorgt, maskenhaft erstarrt, manchmal auch nervös, wechselnd-angepannt. Die Sprache ist leise, monoton und langsam. Das Aktivitätsniveau ist allgemein vermindert und kann bis zum Stupor reichen. Alltägliche Anforderungen werden nicht mehr bewältigt.

*Emotional:* Es herrschen Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, Schuld, Angst, Feindseligkeit sowie Gefühle der Leere und Gefühllosigkeit vor.

*Psychologisch-vegetativ:* Es werden innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tageszeitliche Schwankungen im Befinden, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, vegetative Beschwerden wie Kopfdruck und Magenbeschwerden beschrieben.

*Imaginativ-kognitiv:* Es sind eine negative Einstellung gegenüber sich selbst und bezüglich der Zukunft, Pessimismus, Selbstkritik und Selbstunsicherheit, Hypochondrie, zirkuläres Grübeln, Erwarten von Katastrophen bis hin zu stimmungskongruenten Wahnvorstellungen wie Schuld-, Versündigungs- und Verarmungswahn, rigides Anspruchsniveau und Suizidideen deutlich. Neuropsychologische Defizite wie Konzentrationsprobleme, Gedächtnisdefizite, mühseliges Denken bis zur Denkhemmung wurden beschrieben (früher: Pseudodemenz).

*Motivational:* Misserfolgsorientierung, Vermeidungsverhalten, Erleben von Hilflosigkeit, Interesseverlust, Antriebslosigkeit, Gefühle des Überfordertseins und Rückzug bis zum Suizid sind kennzeichnend.

Je nach Vorhandensein, Ausprägung und Dauer der kurz skizzierten Symptome werden die oben eingeführten Subgruppen von Depressionen eingeteilt. Da keines der

Symptome nur bei depressiven Störungen vorkommt und Patienten ein unterschiedlich zusammengesetztes Muster von Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung haben können, ist das Erkennen von Depressionen schwierig und erfordert eine sorgfältige Diagnostik. Auch das Alter (Carlson & Kashani, 1988) und das Geschlecht (Khan, Gardner, Prescott & Kendler, 2002) können das Symptombild verändern. In der Selbstbeschreibung von Patienten wird Depression als körperliches Leiden erlebt (Woggon, 1998).

Die meisten depressiven Patienten erleben mehrere Episoden (Mueller & Leon, 1996; Solomon et al., 2000). In einer Studie von Keller (1994) hatten im Verlauf von 10 Jahren nur  $\frac{1}{4}$  der Patienten eine einzelne Episode, d.h.  $\frac{3}{4}$  der zu Beginn untersuchten depressiven Patienten erlebten erneute depressive Phasen. Die mittlere Dauer gesunder Zeiten nach einer depressiven Episode betrug ca. 20 Monate, wobei über die Hälfte der Untersuchten ca. ein Jahr und 22% sogar fünf Jahre symptomfrei waren. Die meisten akuten Episoden waren nach ca. sechs Monaten abgeklungen. Soziale Beeinträchtigungen können jedoch auch nach dem Abklingen akuter Symptome besonders im partnerschaftlich-sozialen Bereich fortbestehen (Keitner, Miller, Ryan, Epstein & Bishop, 1989; Thornicroft & Sartorius, 1993).

Die Dauer der depressiven Episode ist ein Prädiktor für den weiteren Verlauf der Störung. Je länger die Dauer einer Episode, um so unwahrscheinlicher wird ein vollständiges Abklingen. Annähernd 20% der Verläufe sind chronisch. In einer umfangreichen multizentrischen Studie der Weltgesundheitsorganisation hatten 22% der Patienten eine Episode von mehr als einem Jahr, was als Kriterium für die Chronizität der Depression definiert wurde (Thornicroft & Sartorius, 1993).

Komorbiditäten, vor allem Persönlichkeitsstörungen und organische Krankheiten, erhöhen das Risiko chronischer Verläufe. Als negative Verlaufsprädiktoren affektiver Störungen werden weiterhin eine Reihe sozialer Faktoren untersucht, u.a. kritische Lebensereignisse, multiple Verluste, Netzwerkfaktoren und Ehekonflikte (Zimmer, 1991). Es wird diskutiert, ob diese Zusammenhänge für Subgruppen depressiver Patienten einen ausgeprägteren Einfluss haben (Billings & Moos, 1984). Die eheliche Kommunikation und soziale Unterstützung gelten als einflussreichste Faktoren für den Verlauf von Depressionen (s. Kap. 3.1).

Treten akute Episoden bei gleichzeitigem Bestehen einer chronischen dysthymen Störung auf („double depression“), so klingen die einzelnen akuten Episoden schneller ab. Es kommt jedoch häufiger oder schneller zu Rückfällen verglichen mit Patienten, die eine akute depressive Episode ohne gleichzeitige chronische dysthyme Störung erleben (Keller, 1994).

Aufgrund dieser empirischen Befunde zum Verlauf von depressiven Störungen werden Depressionen in neueren Arbeiten mit chronischen körperlichen Krankheiten, z.B. Diabetes und Bluthochdruck verglichen (Coyne & Benazon, 2001; Judd, 2001). In einer 20 Jahre währenden Längsschnittstudie wurde festgestellt, dass die Patienten in über der Hälfte des Untersuchungszeitraumes als depressiv eingestuft werden mussten, wenn auch häufig auf einem leichten, dysthymen oder unterschweligen Niveau (Judd & Akiskal, 2000). Es wurde daher vorgeschlagen, Depression als chronische Krankheit zu konzeptualisieren, die von Stadien unterschiedlicher Schwere gekennzeichnet ist.

Das Suizidrisiko bei Depression liegt bei etwa 15%. Im Untersuchungszeitraum von 10 Jahren einer umfangreichen multizentrischen Langzeitstudie starben 11% der Patienten durch Suizid, weitere 14% unternahmen Suizidversuche (Thornicroft & Sartorius, 1993). Auch besteht gegenüber Nicht-Depressiven eine erhöhte Mortalität aufgrund komorbider körperlicher Krankheiten (Hautzinger, 1998).

### 2.3 Epidemiologie und Risikofaktoren

Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, ist bei einem Lebenszeitrisko von 12% für Männer und 26% für Frauen als hoch einzustufen (Hautzinger, 1998). Die hohen Prävalenzen bei Frauen im Vergleich zu Männern beziehen sich auf eine bestimmte Form der Depression, die stärker mit somatischen Symptomen, wie Schlafstörungen, Appetitverlust, Mattigkeit oder Schmerz verbunden ist (Silverstein, 2002). Das Lebenszeitrisko für Dysthymia beträgt ca. 3%, wobei vor allem Frauen unter 65 Jahren, Unverheiratete und junge Menschen mit geringem Einkommen betroffen sind. Allerdings treten nur ca. 1/3 der Dysthymien ohne weitere komorbide psychische Störungen auf. Hohe Komorbiditätsraten bestehen zu depressiven Episoden („double depression“), Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen (Weissman, Leaf, Bruce & Florio, 1988).

Seit einigen Jahren werden steigende Prävalenzraten für Depressionen beobachtet, wobei das Ersterkrankungsalter sinkt (Wittchen, 1994). In einer Literaturübersicht wurde für Major Depression eine 6-Monats- bis 1-Jahresprävalenz von ca. 6% angegeben (Variation zwischen 2.6–9.8%) (Wittchen, Knäuper & Kessler, 1994). In einer aktuellen epidemiologischen Studie in Deutschland hatten 6.3% der Bevölkerung in den letzten zwölf Monaten eine Depression (Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtkunz, 1999). Der Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern ergab

geringere Prävalenzraten für affektive Störungen in den neuen Bundesländern (6.7% vs. 4.8%) (Wittchen et al., 1999). Dieses Ergebnis überrascht zunächst angesichts der psychosozialen Folgen des politischen Wandels in den neuen Ländern. Subjektiv geäußerte und über Fragebogen erhobene einzelne Beschwerden können in den neuen Bundesländern durchaus höher als in den alten sein. So ergaben sich in einer früheren Studie für die Stichproben Ost für einzelne depressionstypische sowie einzelne psychovegetative Symptome und für Alkoholgebrauch statistisch signifikant erhöhte Werte (Wittchen, Lachner, Perkonigg & Hoeltz, 1994). Für manifeste Formen psychischer Störungen gilt dies hingegen nicht.

Ausgehend von der Epidemiologie werden eine Reihe von Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressionen diskutiert (modifiziert nach Hautzinger, 1998):

*Frühere Depression:* Frühere depressive Episoden sind ein Risikofaktor für weitere depressive Episoden, da die Mehrzahl der Depressionen rezidivierend verläuft. Coyne & Benazon (2001) geben ein relatives Risiko von 8.0 an, das dem anderer, z.B. psychosozialer Faktoren überlegen ist (S. 28).

*Kultur:* Das Lebenszeitrisiko für Depression variiert mit der Kultur und reicht von 1.5% in Taiwan und 2.9% in Korea bis zu 19% im Libanon (Horgan, 1996). Die Gründe für dieses Verteilungsmuster sind vielschichtig. Sie beziehen sich sowohl auf kulturell geprägte Normen, Werte und Regeln menschlichen Zusammenlebens als auch auf politische Hintergründe wie die Verteilung von Ressourcen und das Erleben kollektiver Traumata. Taiwan und Korea weisen neben den geringsten Depressionsraten die geringsten Scheidungs- und Trennungsraten weltweit auf (Horgan, 1996). Dies gibt Anlass, über einen Zusammenhang zu spekulieren, wirkt doch das Vorliegen enger persönlicher Bindungen der Entstehung von Depressionen entgegen. Rahn und Mahnkopf (1999) diskutieren hingegen, dass Depressionen besonders in Kulturen auftreten, bei denen der Ausdruck von Aggressivität innerhalb des eigenen Kulturkreises besonderen Reglementierungen unterworfen ist. Insgesamt ist festzustellen, dass die kulturspezifischen Prävalenzraten eine einseitige biologische Orientierung in der Erforschung von Depressionen fragwürdig erscheinen lassen. Vielmehr unterstreichen sie die Notwendigkeit eines komplexen psychosozialen Zugangs zu diesem Phänomen.

*Geschlecht:* Frauen weisen für unipolare Depressionen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko wie Männer auf. Die Unterschiede in der Prävalenz beginnen in der frühen Adoleszenz und bestehen bis zum mittleren Erwachsenenalter (Wittchen et al., 1994). Zu den Risikofaktoren für Frauen, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln, zählen traumatische Erfahrungen in der Kindheit, vor allem sexuelle

Gewalt. Auch Depressionen oder Angststörungen in der Kindheit und Pubertät, Vulnerabilität und ineffektives Bewältigungsverhalten können zusammen mit soziokulturellen Normen und negativen Lebensereignissen zur Entstehung einer Depression beitragen (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Besonders die traditionelle Ehe wurde als Risikofaktor für Frauen beschrieben (Bebbington, 1998). Traditionell bezieht sich sowohl auf ein unausgewogenes Verhältnis der Verteilung von Hausarbeiten und Kindererziehung zuungunsten der Frauen als auch auf eine Dominanz des Mannes in wichtigen Entscheidungen der Lebensgestaltung. Prävalenzraten für Depression sind unter verheirateten Frauen höher als unter unverheirateten, bei Männern gilt das umgekehrte Muster (Bebbington & Tansella, 1989).

Die geschlechtsspezifischen Prävalenzraten für Depression werden auf die sozialen Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen in ihren Ressourcen, Verpflichtungen und Entwicklungsmöglichkeiten zurückgeführt, die mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter verbunden sind (McGrath, Keita, Strickland & Russo, 1990). Es zeigte sich, dass zwischen Depression und sozialer Benachteiligung von Frauen ein enger Zusammenhang besteht (Mirowsky & Ross, 2001). Haushalt und Kindererziehung beschränken Frauen auf bestimmte Rollen, die gesellschaftlich nicht entsprechend anerkannt oder honoriert werden. Auf dem Arbeitsmarkt werden sie gegenüber ihren männlichen Kollegen hinsichtlich ihrer beruflichen Perspektiven häufig diskriminiert und geringer bezahlt (Mirowsky & Ross, 2001).

Hingegen ließ sich die sogenannte „cost of caring“-Hypothese nicht empirisch bestätigen (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Sie postulierte, dass Frauen stärker als Männer auf soziale Unterstützung aus ihrem engsten Umfeld angewiesen sind und sich deshalb stärker für Beziehungen engagieren, d.h. einen Großteil der „Beziehungsarbeit“ innerhalb der Familien übernehmen. Frauen entwickeln dieser Hypothese zufolge vor allem dann Depressionen, wenn Probleme in ihren Beziehungen auftreten. Es ließ sich jedoch nicht bestätigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern generell mehr soziale Unterstützung benötigen. Der Zusammenhang zwischen geringer Ehequalität und der Entwicklung psychischer Störungen ist für Frauen jedoch deutlich stärker als für Männer ausgeprägt (Earle, Smith, Harris & Longino, 1998; Horwitz, McLaughlin & White, 1998). Zusammenfassend ist festzustellen, dass das weibliche Geschlecht als „Risikovariablen“ für die Entwicklung von Depression als komplexes Zusammenspiel verschiedener Einflüsse von intraindividuellen Faktoren und Beziehungsaspekten in ihrem gesellschaftlichen Kontext zu verstehen ist.

*Lebensalter:* Neuere Studien zeigen, dass sich der Altersgipfel für Depressionen bezüglich der Ersterkrankung vorverlagert hat zwischen das 18. und 29. Lebensjahr (Wittchen et al., 1994). In einer aktuellen epidemiologischen Studie waren die

Prävalenzbefunde in allen Altersgruppen ähnlich mit geringen Variationen. Affektive Störungen sind demnach kein altersgruppenspezifisches Phänomen (Wittchen et al., 1999).

*Sozioökonomische Faktoren:* Es besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, Ressourcendefiziten und Depression (Mirowsky & Ross, 2001; Ross & Huber, 1985; Vinokur, Price & Caplan, 1996). So ist das sozioökonomische Milieu des Einzugsgebietes einer Hausarztpraxis ein starker Prädiktor für die Prävalenz und Dauer depressiver Symptome, die in dieser Praxis behandelt werden (Ostler, Thompson, Kinmonth, Peveler, Stevens & Stevens, 2001). Arbeitslosigkeit und finanzielle Sorgen gelten als Risikovariablen und stabilisierender Faktor für Depression.

Finanzielle Belastungen, z.B. die Arbeitslosigkeit eines Partners wirken sich nicht nur negativ auf die psychische Gesundheit der Partner, sondern auch ungünstig auf deren Partnerschaft aus (Conger, Rueter & Elder, 1999; Kinnunen & Pulkkinen, 1998). Destruktive Interaktionsmuster und der Verlust sozialer Unterstützung als Folge des sozialen Abstiegs können die Ehequalität negativ beeinflussen. Das Fehlen einer intimen und vertrauensvollen Beziehung ist insgesamt als Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen nachgewiesen (Hautzinger, 1998).

*Lebensereignisse:* Im Vorfeld von Depressionen treten gehäuft belastende Lebensereignisse auf. Die klassische medizinsoziologische Studie von Brown und Harris (1978), die im Zeitraum von 1969–1975 im Londoner Stadtteil Camberwell durchgeführt wurde, konnte als eine der ersten die Zusammenhänge zwischen negativen Lebensereignissen und klinischer Depression methodisch überzeugend nachweisen. Annähernd  $\frac{1}{4}$  der Patienten wird jedoch ohne auslösendes Lebensereignis klinisch auffällig, so dass zusätzlich von einer spezifischen Vulnerabilität ausgegangen wird (Hautzinger, 1998).

*Genetische Risikofaktoren:* Die familiäre Belastung mit affektiven Störungen gilt besonders für bipolare Störungen, weniger für unipolare Depressionen als Risikovariablen (Hautzinger, 1998).

## 2.4 Vorstellungen zur Ätiologie

Es werden eine Reihe von unterschiedlichen Erklärungshypothesen diskutiert, die Depressionen als „bio-psycho-soziales“ Geschehen abbilden. Zu den *biologischen Auslösefaktoren* zählen prädisponierende genetische Effekte, eine Veränderung im Hormon- und Neurotransmitterhaushalt sowie Rezeptorveränderungen und Störungen der Biorhythmik (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1990, S. 136).

Die Ausdifferenzierung störungsspezifischer Therapiemodelle innerhalb der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen hat zu einer Reihe von *psychologischen Ätiologievorstellungen* und darauf aufbauenden Behandlungsansätzen geführt. Deren Darstellung würde über die theoretische Rahmung der vorliegenden Arbeit hinausgehen, so dass für einen Überblick auf die Literatur (z.B. Gotlib & Hammen, 1996) verwiesen wird.

*Soziale Faktoren*, die in der Ätiologie von Depressionen diskutiert werden, sind kritische Lebensereignisse, aversive Lebensbedingungen, das Fehlen einer intimen, vertrauensvollen Beziehung, aber auch der Postmoderne geschuldete psychosoziale Stressoren wie Massenarbeitslosigkeit, beruflicher Druck, Anforderungen der modernen Freizeitgesellschaft, Missachtung biologischer Rhythmen, Urbanisierung und struktureller Wandel des Netzwerkes mit den damit verbundenen Risiken und Chancen (Niklewski & Rieke-Niklewski, 1998, S. 11).

Besondere Beachtung soll im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Studie die *Interaktionale Theorie der Depression von Coyne (1976)* finden. Es handelt sich um ein ätiologisches Modell, welches sich direkt auf das soziale Umfeld des Patienten bezieht. In Analogie zu interaktionalen Schizophreniemodellen wurde versucht, ein Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression im sozialen Kontext zu formulieren. Die Theorie postuliert, dass Muster depressiven Verhaltens mit entsprechenden Mustern im Interaktionsverhalten der Mitmenschen verknüpft sind. Depression wird auf der Grundlage kommunikationstheoretischer Annahmen als ein sich selbst erhaltendes interpersonales System verstanden. Die für Depression charakteristischen Muster der Wahrnehmung und Kognition werden als Ausdruck von Kommunikation betrachtet (Coyne, 1976a, S. 29).

Depressive Menschen suchen der Theorie zufolge verstärkt nach Bestätigung, Rückversicherung und positivem Feedback in ihrer Umwelt. Gleichzeitig werden positive Rückmeldungen negiert und nicht angenommen, da sie nicht Selbstbild-kongruent sind. Vielmehr werden Selbstbild-kongruente Botschaften, im Fall

depressiver Wahrnehmung bedeutet dies negatives Feedback, wahr- und angenommen. Depressive Menschen gehen demnach in ihrer Wahrnehmung und Interaktion von negativem Feedback aus, obwohl sie positives, unterstützendes und bestätigendes einfordern. Sie verstricken damit ihre Interaktionspartner in einen widersprüchlichen kommunikativen Zwangsprozess. Je mehr bestätigendes Feedback eingefordert wird und je mehr der „gesunde“ Interaktionspartner darauf eingeht, um so stärker wird der depressive Interaktionspartner dies negieren und ablehnen. Dieser Prozess kann im Ergebnis zu einer Art „burn-out“-Situation auf Seiten des nicht-depressiven Partners führen. Je mehr er sich engagiert, um so stärker hat er das Gefühl, dass seine Versuche ins Leere laufen, nichts bewirken oder ins Gegenteil verkehrt werden. Die Situation wird im Verlauf der Interaktion zunehmend unkontrollierbar und entfaltet eine für beide Partner destruktive Eigendynamik.

Zentrale Vorhersage dieser Interaktionstheorie der Depression ist die negative Wirkung depressiven Verhaltens auf das soziale Umfeld. Dies kann sich einerseits in der Beziehung zeigen in Form von Kommunikationsabbrüchen bis hin zu Kontaktabbrüchen. Andererseits können die nicht-depressiven Interaktionspartner ihrerseits Symptome von Stress und Belastung entwickeln. In verschiedenen Studien wurden diese Auswirkungen empirisch geprüft und bestätigt. Negatives Befinden, Abwehr und Ablehnung wurden durch depressives Verhalten bei den Interaktionspartnern ausgelöst (Coyne, 1976b; Hammen & Peters, 1978). Depressive Personen wurden von gegengeschlechtlichen Interaktionspartnern am stärksten abgelehnt (Hammen & Peters, 1978). In der Studie von Hammen & Peters (1978) zeigten die Versuchspersonen nach der Interaktion mit einem depressiven Menschen weniger Interesse an weiteren Kontakten als nach der Interaktion mit nicht-depressiven Personen. Auch schätzten die Versuchspersonen ihr eigenes Befinden depressiver ein als nach der Interaktion mit nicht-depressiven Personen.

Obwohl die Theorie von Coyne (1976) Depression explizit als interpersonales System kennzeichnet, wurde sie kaum auf natürliche Systeme wie Ehen und Partnerschaften bezogen. Die Studienteilnehmer waren fast ausschließlich Studenten, die sich z.B. ein Zimmer teilten oder auf verschiedene Personen am Telefon oder in einer vorgegebenen Situation reagieren sollten. Erst in einer neueren Untersuchung wurde das Modell auf Ehepaare angewandt und empirisch überprüft (Benazon, 2000). Es konnte bestätigt werden, dass, wenn depressive Menschen permanent Feedback und Bestätigung bei ihren Partnern suchen, diese ihrerseits mit negativen Stimmungen reagieren.

Die interaktionale Beschreibung von Depression nach Coyne (1976) bietet eine gute Möglichkeit das Auftreten und Fortbestehen der Störung im Kontext der Partnerschaft zu verstehen (vgl. Hell, 1992). Es ist zu bedauern, dass diese Theorie bisher wenig

Beachtung in der Praxis gefunden hat. Sie hat Erklärungswert auch für das Auftreten von Folgeproblemen, die für das soziale Umfeld und die Beziehungen depressiver Menschen entstehen. Die neurobiologische und genetische Grundlagenforschung hat in den letzten Jahrzehnten vor allem aufgrund ihrer vielversprechenden Entdeckungen einen Auftrieb bekommen. Erinnert sei an den Slogan „Jahrzehnt des Gehirns“ für die 90er Jahre, der diesen Trend öffentlich dokumentierte. Es galt (und gilt) den „letzten Kontinent“ zu entdecken, den der Hirnfunktionen und ihrer (u.a. genetischen) Determinanten. Der Bereich des zwischenmenschlichen Zusammenlebens und damit die dritte Komponente der bio-psycho-sozialen Einheit des Menschen ist zunehmend aus dem Blickfeld geraten. Die Vernetzung biologischer, psychologischer und sozialer Forschungsansätze scheint ein lohnender Weg, dieser Einheit stärker als bisher wissenschaftlich gerecht zu werden. Ein Überblick über empirische Untersuchungen zu den Auswirkungen von Depressionen auf den Partner und die Partnerschaft wird in Kapitel 3 und 4 gegeben.

## 2.5 Biologische, psychologische und soziale Aspekte der Depressionsbehandlung

Analog zur ätiologischen Modellbildung lassen sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze entsprechend ihres biologischen, psychologischen oder sozialen Fokus darstellen. Jedoch macht die multifaktorielle Genese einen Mehrebenenansatz in der Therapie von Depression notwendig. *Biologische Verfahren* sind die pharmakologische Behandlung mit Antidepressiva sowie symptomspezifisch eingesetzten anderen Psychopharmaka zur Akut- und Erhaltungstherapie sowie Rezidivprophylaxe. Beste Ergebnisse wurden nach einer Studie von Keller (1994) bei Patienten erzielt, die in den ersten vier Wochen der akuten Episode antidepressiv behandelt wurden. Bei schweren depressiven Episoden mit somatischen oder psychotischen Symptomen wird die Elektrokrampftherapie (EKT) eingesetzt (Rahn & Mahnkopf, 1999). Angewendet werden je nach Ausprägung und Schwere der Symptome Verfahren wie Lichttherapie, Wachtherapie und gezieltes Bewegungstraining. In der letzten Zeit wurden die Anwendung von Akupunktur bei leichten und mittelschweren depressiven Episoden und der Einsatz von Phytopharmaka (Johanniskrautpräparate) diskutiert.

Unter den *psychologischen Verfahren* haben nach den Kriterien vergleichender Therapieforschung die kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie empirische Wirkungsnachweise erbringen können (Hautzinger, 1998).

Auch klientenzentrierte Ansätze, vor allem erfahrungsorientierte, erweisen sich als effektiv (Greenberg & Watson, 1998). Bei der längerfristigen Beurteilung (Katamnese zwischen einem und zwei Jahren) schneiden die Psychotherapien besser als die Pharmakotherapien ab. Eine Kombinationsbehandlung von Pharmakotherapie und Psychotherapie ist hinsichtlich langfristiger Effekte den Monotherapien überlegen (Hautzinger, 1998).

Rahn & Mahnkopf (1999) betonen für die Therapie von Depressionen die Notwendigkeit „einer Neuordnung des kognitiv-affektiven Binnenraumes sowie der sozialen Beziehungen“ (S. 330), womit drei Behandlungsebenen angesprochen sind. Im Bereich sozialer Beziehungen sind paartherapeutische Interventionen vor allem für diejenigen depressiven Patienten indiziert, die zusätzlich über partnerschaftliche Probleme klagen. Ein Überblick darüber, wie Partner in die Behandlung einbezogen werden können, wird in Kapitel 3.3 gegeben. Neben sozialen Beziehungen können im Sinne eines *sozialen Fokus* der Behandlung die berufliche Wiedereingliederung sowie mögliche Interventionen auf der Ebene des Lebensmilieus (z.B. soziale Hilfen, angemessene Wohnformen) einbezogen sein (Rahn & Mahnkopf, 1999).

Der *Aufklärungsbedarf über die Diagnostik und die Behandlung von Depressionen* ist außerordentlich hoch. Ein Großteil depressiver Menschen bleibt lange Zeit unerkannt und wird falsch behandelt (Davidson & Meltzer-Brody, 1999). Besonders in der hausärztlichen Praxis bestehen Defizite hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung der Störung (Helle, Auckenthaler & Kleiber, 1999; Wittchen, Hofler & Meister, 2001). Hausärzte übersehen in 30–50% der Fälle eine Depression, so dass ein generelles Depressions-Screening in Hausarztpraxen vorgeschlagen wurde (Josefson, 2002). Nur 3% der untersuchten Patienten erhielten darüber hinaus eine antidepressive Medikation in der angemessenen Dosierung (Keller, 1994).

## 2.6 Zusammenfassung und Folgerungen für die Untersuchung

Aus den bisher referierten theoretischen und empirischen Befunden lässt sich ableiten, dass die Familien der Patienten unter Umständen viele, sich zum Teil widersprechende Informationen erhalten. Dies dürfte ihr Bild von der Krankheit prägen. Drei Themenbereiche bezüglich der Begrifflichkeit, der Häufigkeit, Schwere und Dauer und der Therapie von Depressionen sind als Hintergrund für die Konzeption der empirischen Untersuchung und die Analyse des Interviewmaterials festzuhalten:

1. Eine verwirrende Heterogenität der Symptome bei Auftreten einer Vielzahl körperlicher Begleiterscheinungen sowie das Vorhandensein in komorbiden Störungen und die Nähe von Einzelsymptomen zu Alltagserfahrungen wie Stress, Hektik, Sorgen und Unsicherheiten können das richtige und rechtzeitige Erkennen von Depressionen erschweren. Es gibt eine unübersichtliche Anzahl von Begriffen, die Depressionen kennzeichnen und parallel bestehen. Diese Begrifflichkeiten gehen einmal auf die Geschichte der Klassifikation zurück, in der alte und neue Konzepte lange Zeit parallel verwendet wurden. Die begriffliche Verwirrung wird durch Modebegriffe und Wortschöpfungen in den Medien verstärkt.
2. Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen, wobei steigende Prävalenzen vor allem unter den jüngeren Geburtskohorten zu verzeichnen sind und Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen sind. Die meisten Depressionen verlaufen rezidivierend, bei fast einem Viertel der Patienten chronisch. Die hohe Komorbiditätsrate zu anderen psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten sowie die hohe Suizidrate depressiver Patienten sprechen für eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Mortalität.
3. Die multikausale Genese psychischer Störungen macht komplexe Behandlungsmodelle notwendig. Ebenso wie die Begriffsvielfalt kann auch die Komplexität der Ursachenmodelle und Behandlungsansätze dazu führen, dass Depressionen schwer zugänglich erscheinen. Depressionen sind zwar gut behandelbar, werden aber in vielen Fällen nicht erkannt oder falsch behandelt. Zudem lassen der rezidivierende Verlauf und das Chronifizierungsrisiko Behandlungserfolge nur zu einem gegebenen Zeitpunkt zu. Diagnose- und Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Therapie von Depressionen sind ein zunehmend diskutiertes Problem, welches einen Informations- und Weiterbildungsbedarf auch unter den medizinischen und psychosozialen Berufen widerspiegelt.