

**Depressionen und insbesondere
deren
Diagnose, Ursache und Behandlung**

Hausarbeit mit Schwerpunkt im Studienfach
Sozialwissenschaften

eingereicht beim Fachbereich Steuerverwaltung
der Fachhochschule
für Verwaltung und Dienstleistung
Schleswig-Holstein
am 21.01.2005

Name der Verfasserin:

Lehrgruppe:

Name der betreuenden Lehrkraft:

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines	- 1 -
2	Depression	- 2 -
2.1	Was ist Depression?	- 2 -
2.2	Die Symptome einer Depression?	- 3 -
3	Die Diagnose	- 4 -
3.1	Das Einteilungssystem der WHO: ICD 10	- 5 -
3.1.1	Depressive Episode	- 5 -
3.1.2	Rezidivierende depressive Störung	- 6 -
3.1.3	Bipolare affektive Störung	- 6 -
3.1.4	Manische Episode	- 7 -
3.1.5	Anpassungsstörungen	- 7 -
3.1.6	Anhaltende affektive Störungen	- 8 -
3.1.6.1	Die Dysthymia	- 8 -
3.1.6.2	Die Zylothymia	- 9 -
3.2	Das Einteilungssystem der APA: DSM-IV	- 9 -
3.2.1	Depressive Störungen	- 10 -
3.2.2	Bipolare Störungen	- 10 -
4	Die Ursachen der Depression	- 10 -
4.1	Biologische Erklärungen	- 11 -
4.1.1	Die Neurobiologie	- 11 -
4.1.2	Die genetische Veranlagung	- 12 -
4.1.3	Der hormonelle Einfluß	- 13 -
4.2	Psychologische Faktoren	- 14 -
4.2.1	Tiefenpsychologie	- 14 -
4.2.1.1	Wurzeln aus der Kindheit	- 15 -
4.2.2	Verhaltenspsychologie	- 16 -
4.2.2.1	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit	- 17 -
4.2.2.2	Das kognitive Modell	- 18 -
4.2.2.3	Das Verstärkerverlustmodell	- 18 -
4.3	Problematik der Ursachenforschung	- 19 -
5	Die Behandlung	- 21 -
5.1	Die Psychotherapie	- 22 -
5.1.1	Das Verhaltenstherapeutisch-kognitive Verfahren	- 23 -
5.1.2	Tiefenpsychologische Therapie	- 24 -
5.2	Die pharmakologische Behandlung	- 25 -
5.2.1	MAO-Hemmer	- 26 -
5.2.2	Trizyklische Antidepressiva	- 27 -
5.2.3	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	- 27 -
5.3	Weitere Behandlungsverfahren	- 28 -
5.4	Welches Behandlungsverfahren?	- 28 -

6	Eigene Meinung	- 29 -
6.1	Stellungnahme zu den Ursachentheorien	- 29 -
6.2	Stellungnahme zur Auswahl der Behandlungsverfahren..	- 30 -

Abkürzungsverzeichnis

APA	= American Psychiatric Association
bzw.	= beziehungsweise
d.h.	= das heißt
DSM	= diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
etc.	= et cetera (dt. und die übrigen Sachen)
ICD	= engl. International Classification of Diseases; deut. Internationale Klassifikation der Diagnosen aller erfassten Erkrankungen
MDD	= Major Depressive Disorder
MOH	= Monoaminoxidasehemmer
WHO	= Weltgesundheitsorganisation
z.B.	= zum Beispiel

1 Allgemeines

Jeder Mensch erlebt Phasen oder Momente, in denen er Traurigkeit, Einsamkeit oder Unglücklichsein verspürt. Nicht nur durch große Schicksalsschläge, sondern auch durch scheinbar banale Erlebnisse im Alltag kann das Gefühlsleben ganz plötzlich aus den Fugen geraten. Diese Phasen im Leben sind ganz normal! Man könnte sogar sagen: notwendig! Denn würde unser Leben immer vollkommen gleichmäßig verlaufen, wären wir auch nicht in der Lage die schönen Momente als solche wahrzunehmen. Dauert aber eine traurige Phase, in der das Leben vom Betroffenen nicht mehr aus einer normalen Perspektive wahrgenommen wird, über Wochen oder gar länger an, könnte bereits eine Depression entstehen.

Depressionen gehören zu den häufigsten Krankheiten. Im Laufe ihres Lebens erkranken daran bis zu 15 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen. Fast jeder Fünfte - Frauen sogar noch häufiger - muss also damit rechnen, einmal im Leben davon betroffen zu sein. Nach einer Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) belasten Depressionen das Leben der Betroffenen wesentlich stärker als andere Erkrankungen - auch als körperliche Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf - Erkrankungen.

Die öffentliche Diskussion legt den Verdacht nahe: Depressionen in dieser Häufigkeit sind eine Erscheinung des 20. und 21. Jahrhunderts, eine Folge unseres modernen hektischen, industrialisierten und städtischen Lebensstils.

Dennoch: Depressionen sind keine moderne Erscheinung. Sie sind eine Erkrankung, die es in allen Kulturen und Gesellschaftsformen zu allen Zeiten gab und gibt. Die erste schriftliche Nennung eines Krankheitsbildes, das unserem heutigen Verständnis der Depression entspricht, findet sich schon im 5. Jahrhundert vor Christus. Die damals so benannte „Melancholie“.

Diese wird im 1. Jahrhundert schon mit allem wesentlichen auch heu-

te als spezifisch für die Erkrankung erkannten Symptomen beschrieben. Und nicht nur die Ärzte, auch Philosophen und Dichter thematisieren seit der Antike über Mittelalter und Renaissance bis in die Neuzeit solche Phasen niedergedrückter Stimmung als Melancholie, die sich auf das gesamte seelische und körperliche Erleben eines Menschen auswirkt.

Im Gegensatz zu früher verfügt die Medizin heute jedoch über sichere Behandlungsmöglichkeiten für die Depression. Bei wenigen ernsten seelischen Störungen sind die Therapiechancen so gut wie bei einer Depression. Leider werden Depressionen aber viel zu selten richtig behandelt.

2 Depression

2.1 Was ist Depression?

Das Wort Depression stammt aus dem lateinischen und bedeutet Niedergeschlagenheit oder Bedrücktheit.

Depressionen sind affektive Störungen¹. Sie sind nicht mit allgemein üblichen Schwankungen des Gefühlslebens zu verwechseln, sondern stellen eine Krankheit mit einem klar umrissenen Erscheinungsbild dar. Im Gegensatz zu einer Geisteskrankheit ist die Depression eine Gemütskrankheit und grundsätzlich vorübergehend. Die unterschiedliche Dauer und Schwere hängt mit den Ursachen und ihrer Behebung zusammen. Sie kann Teil einer neurotischen Störung, durch seelisch-körperliche Überbelastung oder biologisch erklärbar sein.

¹ Affektive Störungen: psychische Erkrankungen mit Beeinträchtigung von Stimmung, Antrieb, Kognition und vegetativen Funktionen. Bei melancholischer Stimmung spricht man von Depression bei gehobener Stimmung von Manie (Zitat: „Neurologie, Psychiatrie“; Vieten/Schramm Seite 335).

2.2 Die Symptome einer Depression?

Von Depressionen ist immer die Rede, wenn sich der Betroffene über eine längere Zeit in einem traurigen und niedergeschlagenen Zustand befindet. Ein depressiver Mensch sieht keine Perspektive mehr in seinem Leben und gibt sich der völligen Hoffnungslosigkeit hin. Der Depressive verliert zudem das Interesse an Dingen, die ihm vormals Spaß bereitet haben. Dieses Spektrum reicht sogar soweit dass es zu einem scheinbaren Verlust seiner Libido kommt. Depressive verspüren meist morgens ihren absoluten Tiefpunkt. Sie sind schon morgens müde und erschöpft, obwohl sie zu diesem Zeitpunkt noch keine Arbeit verrichtet haben, und würden sich am liebsten den ganzen Tag im Bett verkriechen. Depressive machen sich oft schwere Schuldvorwürfe und haben überdies ein mangelndes Selbstwertgefühl. Sie haben Probleme sich zu konzentrieren und sogar alltägliche Entscheidungen werden oft zu einer Anforderung, die nicht zu erfüllen ist. Die Gedanken eines Betroffenen drehen sich meist um alles Negative und sein Wahrnehmungsvermögen beschränkt sich oft auch nur auf negative Ereignisse. Depressive denken, sie sind schlechte Menschen und bereiten ihrem Mitmenschen keine Freude. Dieses Gefühl der Wertlosigkeit kann sich soweit steigern, dass sie mit dem Gedanken spielen sich das Leben zu nehmen.

Viele Menschen die von dieser Krankheit betroffen sind haben Angst. Da ist einerseits die Angst zu versagen, schon immer versagt zu haben und auch in der Zukunft zu versagen und andererseits die Angst verlassen zu werden. Sie haben Angst vor der Einsamkeit und entwickeln eine allgemeine diffuse Angst. Diese Ängste führen in manchen Fällen sogar zu Angstanfällen, die oft von körperlichen Beschwerden begleitet werden.

Nicht jeder depressive Mensch leidet an allen Symptomen des depressiven Spektrums. Vielmehr sind sehr unterschiedliche Konstellati-

onen der einzelnen Symptome möglich. Auch ihre Intensität ist unterschiedlich. Die Symptome sind nicht ständig vorhanden. Sie treten episodisch, also in bestimmten Zeitabschnitten auf. Doch die Vielzahl der möglichen Symptome zeigt: Depressionen sind zwar Gemütskrankheiten, affektive Störungen; doch sie betreffen nicht nur die Stimmung und stören nicht nur die Affekte. Eine Depression ist eine Erkrankung, die den ganzen Menschen in Mitleidenschaft zieht. Depressive Menschen leiden an Seele und Körper.

3 Die Diagnose

Seit Jahrzehnten bemühen sich Experten um Verbesserungen in der Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen allgemein, besonders aber auch der depressiven Störungen.

Um vorschnelle und gar falsche Diagnosen zu vermeiden, geht man nach bestimmten Systemen vor. Die wichtigste Rolle übernehmen dabei die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV).

Die bisherige Einteilung der Depressionen in körperlich begründbare (somatogene), biologisch begründbare (endogene), also von innen kommende, und seelisch bedingten (psychogenen) Ursachen wurde dabei durch die moderne Klassifikationen der WHO und der APA abgelöst.

Depressionen sind ein sehr komplexes Phänomen und lassen sich nicht immer klar untereinander und von anderen psychischen Erkrankungen abgrenzen. Deshalb ist es umso wichtiger die aktuellen Symptome und frühere Episoden sowie die Familiengeschichte, die Beobachtungen des Arztes sowie sonstige Tests und Untersuchungen sorgfältig zu erfassen.

Die Entwicklung von Fragebögen, Diagnosesystemen, und speziellen Untersuchungsmethoden trägt dazu bei dass die Diagnose und Behandlung immer zuverlässiger und effektiver werden.

3.1 Das Einteilungssystem der WHO: ICD 10

Das Einteilungssystem für Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird als das ICD 10 bezeichnet. ICD 10 bedeutet, dass es die zehnte Überarbeitung der ICD (International Classification of Diseases, 1992= Internationale Klassifikation der Diagnosen aller erfassten Erkrankungen) ist. Die Einteilung der depressiven Störungen (der Begriff Krankheit wird weitgehend vermieden) erfolgt hier nach groben Kriterien wie Schweregrad oder Verlauf und ihrem Bezug auf äußere oder innere Auslöser (zum Beispiel eine körperliche Erkrankung). Auf vermutete Ursachen oder Bedingungen im Einzelnen wird dabei kein Bezug genommen. Eine solche Einteilung verschiedener depressiver Erkrankungen ist seit Mitte der 90er Jahre offiziell als Kapitel V der ICD 10 weltweit eingeführt. Auch die Ärzte sind verpflichtet ihre Diagnose nach den Vorgaben der WHO zu formulieren (Zitat aus: „Depressionen Überwinden“, Niklewski, Seite 67).

Nach ICD-10 können depressive Personen folgende Diagnosen erhalten:

3.1.1 Depressive Episode

Die depressive Episode ist gekennzeichnet durch depressive Stimmung von einem abnormen Ausmaß, die weitgehend durch äußere Umstände unbeeinflusst wird. Die depressive Episode hält mindestens zwei Wochen an. Ferner kommt es zur verminderten Fähigkeit zur Freude, Kommunikation und Konzentration. Durch die erhöhte Ermüdbarkeit ist ein Verlust an Aktivität und Antrieb zu beobachten.

Dazu können folgende Randsymptome kommen: Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, unbegründete Selbstvorwürfe, Gedanken an Selbsttötung oder Tod, Änderung der seelisch-körperlichen Aktivität (verlangsamt oder angetrieben) sowie Schlafstörungen oder Appetitänderung. Im Falle einer schweren depressiven Störung treten noch zusätzlich psychotische Symptome auf z.B: Wahn, depressive seelisch-körperliche Erstarrung, Sinnestäuschungen. Sollte kein Hinweis auf eine schizophrene Psychose vorliegen, bezeichnet man dies als eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Unter der depressiven Episode ist die typische Form der Depression zu verstehen, die oft auch als Major (=größer) Depression oder auch als Major Depressive Disorder (MDD) bezeichnet wird.

3.1.2 Rezidivierende depressive Störung

Eine rezidivierende depressive Störung liegt dann vor, wenn sich die depressiven Episoden wiederholen: mindestens zwei depressive Episoden, von denen eine zwei Wochen oder länger angehalten hat und zwischen denen ein beschwerdefreies Intervall von mindestens zwei Monaten lag.

3.1.3 Bipolare affektive Störung

Bipolare affektive Störungen sind wiederholte (d.h. mindestens zwei) Episoden, die aus wechselnden Phasen depressiver und manischer (gehobener Stimmung) Zustände gekennzeichnet sind. Treten nur Manie oder Depression auf, wird dies von Fachleuten als unipolaren Verlauf der Erkrankung bezeichnet.

3.1.4 Manische Episode

Eine manische Episode wird nach ICD-10 dann diagnostiziert, wenn eine gehobene, gereizte Stimmung in deutlich abnormen Maß über eine Woche andauert und vor allem die Lebensführung schwer beeinträchtigt. Des Weiteren ist eine gesteigerte Aktivität oder Bewegungsunruhe (Ruhelosigkeit), vermehrte Gesprächigkeit (Redezwang), und vermindertes Schlafbedürfnis zu beobachten. Rasche Ablenkbarkeit mit ständig wechselnden Plänen, Verlust sozialer Hemmungen sowie überhöhte Selbsteinschätzung sind weitere Merkmale. Die besondere Kreativität und Überflutung von neuen Ideen und dazu das leichtsinnige Verhalten können schnell zu einem finanziellen Ruin führen. In der manischen Phase verlieren die Betroffenen die Kontrolle über ihr Handeln und vor allem die Fähigkeit die Konsequenzen ihres Handels zu überblicken. Besonders typisch sind hochriskante Abendteuer, überspannte und undurchführbare Projekte, finanzielle Unternehmungen wie unüberlegte Firmengründungen, große Geldtransaktionen oder Kauf mehrer Autos an einem Tag.

3.1.5 Anpassungsstörungen

Bei Anpassungsstörungen handelt es sich um Zustände subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die die Leistungsfähigkeit und die sozialen Beziehungen nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen beeinträchtigen können. Solche „auslösende Situationen“ können der Verlust des Partners durch Tod oder Trennung, Auszug der erwachsenen Kinder, Verlust des Arbeitsplatzes oder auch Kränkungen die das Selbstwertgefühl verletzen, sein. Was eine Situation zur „auslösenden Situation“ macht hängt von der individuellen Lebensgeschichte ab. Deshalb spielt hier die Persönlichkeitsstruktur des Depressiven, wie sie vor der Erkrankung bestand, eine wichtige Rolle.

3.1.6 Anhaltende affektive Störungen

Anhaltende affektive Störungen sind anhaltende meist fluktuierende (schnell wechselnd, schwankend) Stimmungsstörungen, die nicht schwer genug sind, um als leichte depressive Episode zu gelten. Sie können jahrelang andauern und ziehen ein beträchtliches subjektives Leiden nach sich. Darunter werden die zylothyme Störung und die dysthyme Störung klassifiziert.

3.1.6.1 Die Dysthymia

Die Dysthymia ist eine chronische krankhafte Neigung zu traurigen Verstimmungen. Die Betroffenen leiden unter Müdigkeit, depressiver Stimmung, Freudlosigkeit, Schlafstörungen und ständiger Überanstrengung. Die lang anhaltenden depressiven Phasen sind durch eine insgesamt depressive Niedergeschlagenheit, Störungen des Selbstwertgefühls, wie zum Beispiel starke Unsicherheit und massive Selbstzweifel, aber auch Angstsymptome gekennzeichnet. Die Depressiven sind jedoch fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden.

Die Diagnose besagt, dass der Zustand mindestens zwei Jahre, manchmal auch lebenslang dauert. Im Rahmen dieser Störung erleben die Betroffenen vielleicht hin und wieder zusammenhängende Zeiten von Tagen oder Wochen, in denen sie guter Stimmung sind. Eine dysthyme Störung ist nicht so schwer wie eine depressive Episode, was jedoch nicht heißt, dass die Betroffenen weniger leiden. Das Gegenteil ist der Fall: Diejenigen, die an einer depressiven Episode leiden, können in wenigen Wochen wieder völlig genesen sein. Außer einer unangenehmen Erinnerung findet keine Beeinträchtigung mehr statt. Dagegen können diejenigen, die an einer dysthymen Störung leiden, aufgrund der Dauer und der Hartnäckigkeit ihrer Symptome verzweifeln und resignieren (sich widerspruchslos fügen).

Der Beginn einer Dysthymia liegt gewöhnlich im frühen Erwachsenenalter oder tritt nach einer abgrenzbaren depressiven Episode auf.

3.1.6.2 Die Zykllothymia

Die Zykllothymia ist charakterisiert durch eine andauernde instabile Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung. Meist entwickelt sie sich im frühen Erwachsenenleben und nimmt einen chronischen Verlauf. Gelegentlich kann die Stimmung aber auch normal, monatelang sogar stabil sein. Meist haben die Stimmungsschwankungen keinen Bezug zu irgendwelchen (belastenden oder erfreulichen) Lebensereignissen. Die Perioden gehobener Stimmung können dabei angenehm und gar besonders kreativ sein. Die eher depressiven Stimmungen sind nicht ausreichend schwer oder andauernd genug, um als „bipolare affektive Störung“ zu gelten. Folglich bleiben viele zykllothyme Störungen undiagnostiziert und unbehandelt. Außerhalb dieser leichteren Stimmungsschwankungen können auch gelegentlich mittelschwere oder gar schwere depressive oder manische Episoden vorkommen.

3.2 Das Einteilungssystem der APA: DSM-IV

Das US-amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV (IV. überarbeitete Auflage) definiert eine Depression nach bestimmten Einschlusskriterien und Zeitverläufen mit charakteristischen Krankheitszeichen. Hier folgt nur eine komprimierte Darstellung der ansonsten recht detailreichen Klassifikation. Die APA unterscheidet in ihrem Einteilungssystem nur noch zwei Hauptgruppen depressiver Störungen.

3.2.1 Depressive Störungen

Zu den depressiven Störungen gehört einmal die Major Depression, dies ist eine andere Bezeichnung für die depressive Episode, folglich liegt auch die gleiche Symptomatik vor. Hier können jedoch verschiedene Untertypen abgegrenzt werden wie melancholischer Typus, saisonal abhängige Verlaufsform (z.B. vorwiegend in der dunklen Jahreszeit) sowie mit oder ohne besondere Merkmale wie Wahn oder Trugwahrnehmungen.

3.2.2 Bipolare Störungen

Eine bipolare Störung ist unter anderem durch das abwechselnde Auftreten zweier Stimmungspole, die sich entweder in einer Major Depression oder einer manischen Episode mit krankhafter Hochstimmung äußert, charakterisiert. Als weiteres Merkmal kommt noch eine dysthyme Störung in Betracht. Diese zeigt vor allem depressive oder depressiv-reizbare Verstimmungen, wenig oder zuviel Schlafbedürfnis, ein niedriges Selbstwertgefühl, Appetitlosigkeit oder Appetitzunahme, wenig Energie oder ungewöhnliche Erschöpfungsneigungen, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit sowie geringe Konzentrationsfähigkeit und Entscheidungsschwierigkeiten.

4 Die Ursachen der Depression

In der Literatur werden verschiedene Ansätze für die Ursachen von Depressionen diskutiert. Die Erklärungsmodelle können in psychische, biochemische und genetische Faktoren gruppiert werden. Im folgenden sollen die in der Literatur am häufigsten behandelten Ursachen vorgestellt werden.

4.1 Biologische Erklärungen

Für die Ursache der Depression im biologischen Sinne gibt es ein neurobiochemisches, genetisches und ein hormonelles Modell.

4.1.1 Die Neurobiologie

Depressionen können unter anderem durch biochemische Veränderungen im Hirnstoffwechsel ausgelöst werden, oder können als Folge von vorangegangenen Depressionen auftreten.

In unserem Gehirn sind zirka 100 Milliarden Nervenzellen miteinander verbunden. Jede dieser Nervenzellen besteht, vereinfacht dargestellt, aus einem Zellkörper und einem sogenannten Axon, einer Art Leitung, die zu anderen Zellen führt und sich in der Regel mehrfach verzweigt. Diese Verzweigungen kommen nun in Kontakt mit vielen anderen Zellen. Dieser Verbund der Neuronen bildet in sich Funktionskreise aus, die verschiedene Aufgaben haben: Wahrnehmen, Denken, Handeln, Empfinden, Fühlen, Urteilen und so weiter. Bei den meisten Hirnfunktionen stehen immer mehrere Untersysteme miteinander in Verbindung, damit eine bestimmte Leistung des Gehirns erbracht werden kann.

Innerhalb dieser Funktionskreise kommt eine ganz bestimmte Eigenschaft der Nervenzellen zum Tragen, die auch bei Depressionen eine entscheidende Rolle spielt: Jede Nervenzelle tritt mit ihrer Nachbarzelle über Botenstoffe, die Neurotransmitter, in Kontakt. Das sind Eiweißverbindungen, die auch als biogene Amine bezeichnet werden. Es sind Stoffe wie Acetylcholin, Noradrenalin, Serotonin, Adrenalin etc. Das heißt: in einer Zelle entsteht ein elektrischer Impuls, der von den Neurotransmittern auf die nächste Zelle übertragen wird. Was in der einen Zelle als elektrischer Impuls begann, wird über einen chemischen Vorgang in die Nachbarzelle geleitet und dort wieder in einen elektrischen Impuls verwandelt. Dieser fließt vom Axon zum Zell-

körper. All dies passiert milliardenfach und gleichzeitig.

Die Umwandlung der elektrischen Impulse in einen chemischen Vorgang geschieht an der Kontaktstelle, der Synapse. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Nervenzellen ist nun über diese Kontaktstellen möglich. Wichtig ist, dass an einer Stelle eines Axons ein Neurotransmitter abgegeben und an einer anderen Stelle der benachbarten Nervenzelle gebunden wird. Damit dies geschehen kann, muss eine Bindungsstelle vorhanden sein: ein Rezeptor. Diese Rezeptoren treten jeweils nur für einen Botenstoff in Aktion. Jeder Neurotransmitter benötigt also seine ganz besondere, nur auf ihn passende Bindungsstelle. Die Bindung des Rezeptors setzt in der Zelle komplizierte Vorgänge frei und wirkt sich auf die Aktivität der Gene im Zellkern aus.

Bei einer Depression ist der Stoffwechsel in den Nervenzellen des Gehirns gestört. Vor allem Mangel an Überträgerstoffen für die Botschaften des Gehirns bedeutet, dass Informationen nicht mehr oder falsch übermittelt werden, d.h., dass es zu einer Kommunikationsstörung im Netzwerk kommt. Manchmal bildet der Körper nicht mehr genug Überträgerstoffe, oder die vorhandenen Überträgerstoffe werden zu schnell verbraucht oder abgebaut, weil ungewöhnliche Belastungen auftreten. Manche Verbindungen zwischen Überträgerstoff und Empfänger haben eine erregende, andere wieder eine hemmende Wirkung auf die nachfolgende Nervenzelle. So entstehen entweder manische oder depressive Erkrankungen.

4.1.2 Die genetische Veranlagung

Den genetischen Überlegungen liegt die Annahme zugrunde, dass sich affektive Störungen im Erbgang wieder finden. Die Erklärungsmodelle beruhen auf Familienstudien, Zwillingsstudien und Adoptivstudien.

Für das Vorliegen eines Erbfaktors spricht unter anderem eine „familiären Belastung“, denn die Wahrscheinlichkeit an einer depressiven Störung zu erkranken, ist für Angehörige depressiver Patienten höher.

Ein Mannheimer Psychiater Namens Professor Dr. Hans-Jürgen Luderer hat zu dieser Thematik umfangreiche Untersuchungen angestellt. Die daraus folgenden Ergebnisse veröffentlichte er 1994 in seinem Buch „Himmelhoch Jauchzend, zu Tode betrübt“. Dabei kam es zu folgenden Theorien:

Bei einer Erkrankung beider Elternteile liegt ein Erkrankungsrisiko des Kindes bei 48-74%. Ist jedoch nur ein Elternteil erkrankt so beträgt das Risiko 6-24%. Übereinstimmungen von Depressionen zwischen 33-93 % bei Eineiigen Zwillingen stehen Raten von 0-39% bei zweieiigen Zwillingen gegenüber (Zitat aus: „Depressionen“; Friebe/Puhl, Seite).

Zur Zeit besteht jedoch keine Einigkeit darüber, wie die genetische Grundlage depressiver Störungen weitergegeben wird. In der 6 Auflage „Psychiatrie“ von Brigitte Vetter vermutet man beim Erbgang ein dominantes Gen mit unvollständiger „Durchschlagskraft“ (Penetranz). Denn die psychische Störung bricht nicht bei jedem aus.

Deshalb wird spekuliert, dass die Ausbildung der Depression mit biographischen Faktoren zusammenhängt. Dazu zählen die frühere Kindheitsentwicklung, Persönlichkeitscharakteristika, die Art mit Belastungen umzugehen sowie erworbene Einstellungen von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und negativer Selbstabwertung.

4.1.3 Der hormonelle Einfluss

Eine andere biochemische Erklärung der Depression stellt ein Hormon in den Mittelpunkt. Bei diesem Hormon handelt es sich um ein Stresshormon namens Cortisol. Die Depressionen werden aufgrund

einer Erhöhung dieses Hormons verursacht. Der Anstieg beruht auf der Überaktivität eines relativ komplizierten Stresssystems, der sogenannten Stressachse, die tief liegende Hirnteile mit der Nebennierenrinde verbindet. Sowohl klinische wie auch tierexperimentelle Befunde sprechen dafür, dass dieses Regulationssystem aufgrund genetischer oder biographischer Einflüsse so verändert ist, dass es auf Belastungen besonders intensiv und lang anhaltend reagiert. In einem solchen Fall führen Stressbelastungen zu einer stärkeren Ausschüttung des Stresshormons, was wiederum zur Folge hat, dass Stress schlechter abgefangen werden kann und psychische Störungen auftreten.

Natürlich gibt es noch weitere hormonelle Erklärungsmodelle, diese werden jedoch eher zur Aufklärung der depressiven Erkrankung bei Frauen herangezogen (z.B. die Wochenbettdepression).

4.2 Psychologische Faktoren

Psychologische Ansätze, die Depression zu erklären und zu verstehen, befassen sich mit ihren seelischen Vorgängen, genauer mit den depressiven Gefühlen, Gedanken und daraus folgend dem depressiven Verhalten und den möglichen körperlichen Symptomen.

Von besonderer Bedeutung sind zwei Richtungen, die ausgearbeitete Theorien als Grundlage ihres therapeutischen Vorgehens entwickelt haben.

4.2.1 Tiefenpsychologie

Die Tiefenpsychologie beschäftigt sich mit den individuellen Entwicklungsgeschichten. Das Ziel der Tiefenanalyse ist das Erkennen und Verstehen der Motive eines Menschen unterhalb des bewussten Erlebens, Denkens, Fühlens und Verhaltens. Zu diesen Motiven gehö-

ren Wünsche, Fantasien und schwelende Konflikte, die schon früh aus den verschiedenen Gründen aus dem bewussten Erleben verschwinden mussten oder heute nicht ins Bewusstsein gelangen dürfen. Zu ihnen gehören auch Erinnerungsspuren von Erfahrungen, die sich tief in die Seele eines Menschen eingeprägt haben. Diese Prägung bestimmt das Bild von uns selbst und von der Welt um uns herum. Nicht selten erlebt man gegenwärtige Situationen und Ereignisse als Wiederauflage alter Geschichten und mit ihr auch die alten dazugehörigen Gefühle, Fantasien, Wünsche und Ängste. Unsere Vergangenheit bestimmt also unsere Gegenwart. Diese Erkenntnis hilft Depressionen zu verstehen. Denn aktuelle Belastungen, die vielleicht zum Ausbruch einer Depression geführt haben, sind selten allein die Ursache der Erkrankung.

4.2.2 Wurzeln aus der Kindheit

Das tiefenpsychologische Modell besagt also, dass der Grundstein für die Depression schon in der ganz frühen kindlichen Entwicklung liegt. Als eine solche Störung ist vor allem der frühere Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder dessen Zuwendung, erkannt worden. Verlust kann dabei den tatsächlichen Verlust zum Beispiel durch Tod oder Scheidung der Eltern ebenso wie den „Verlust“ der Zuwendung durch die Geburt eines Geschwisterchens bedeuten. Ein weiterer häufiger Grund sind die unbewältigten Ängste. Diese können durch die Erziehung hervorgerufen werden, denn viele „überbehütete“ Kinder übernehmen die Ängste ihrer Eltern, oder werden mit falschen Erziehungsmethoden wie z.B. ständiger Unterdrückung aufgezogen. Durch solche Ängste entwickelt sich eine schwache Persönlichkeit mit einem Mangel an Selbstwertgefühl, was ein Kennzeichen depressiver Menschen ist.

Durch eine sehr autoritäre und überbehütete Erziehung kommt es zu einer Interesselosigkeit und Passivität. In einer strengen Erziehung

werden die Wünsche des Kindes nicht wahrgenommen bzw. ignoriert. Das Kind hört deshalb auf eigene Ideen und Gedanken zu entwickeln weil diese einerseits nicht gefragt sind und andererseits wieder verworfen werden. Dadurch geht das Interesse und die Eigenständigkeit verloren. In seinem späteren Lebenslauf ist das Kind schon dadurch überfordert wenn es eigene Entscheidungen treffen oder Eigeninitiative zeigen muss.

In einer stark verwöhnten Erziehung wird das Kind von der „bösen“ Welt so lange wie möglich geschützt. Auf Proteste und Unzufriedenheit wird mit Zärtlichkeiten und uneingeschränkten Wunscherfüllungen reagiert. Das Kind wird nicht nur zu einer Passivität erzogen, sondern entwickelt schon bei völlig adäquaten Reaktionen Schuldgefühle. Bei Uneinsichtigkeit oder Aggression lässt sich das Kind durch die in der Kindheit erlernten Muster sehr schnell „besänftigen“. Die mütterliche Nähe wurde als die einzig denkbare Form von Liebe und Zuneigung erlebt. Um diese unerfüllbare Wunschvorstellung zu erreichen überfordern sie ihre Umwelt und neigen deshalb zur Frustration. Durch angewandte Gewalt und Missbrauch in der Erziehung entstehen nicht nur körperliche sondern auch seelische Schäden, die einen großen Risikofaktor für das Auftreten psychischer Störungen darstellen.

Tiefenpsychologen verstehen also die Depression immer als Folge einer früheren negativen Erfahrung, die unser Erleben, unsere Gefühls- und Gedankenwelt geprägt hat. Eine aktuelle Krise, ein Verlust, eine Kränkung oder vielleicht auch nur die Angst davor „passt“ in diese Prägung in der Tiefe und löst deshalb die Depression aus.

4.2.3 Verhaltenspsychologie

Innerhalb der Verhaltenspsychologie haben sich im Laufe der Jahre verschiedene Ansätze mit unterschiedlichen Schwerpunkten herausgebildet. Die wichtigsten Theorien zur Erklärung der Entstehung der

Depressionen haben in der Literatur vor allem die kognitive Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligmann 1975), die Kognitive Theorie von Beck (1974), sowie die verhaltensorientierte Verstärker-Verlust-Theorie von Lewinsohn (1974) Beachtung gefunden.

4.2.3.1 Das Modell der erlernten Hilflosigkeit

In dem Modell der erlernten Hilflosigkeit geht es um Lernen. Der depressive Mensch hat nach vielen Misserfolgerlebnissen, also unangenehmen Situationen oder schlimmen Erfahrungen, in denen er unfähig war die Situation zu beenden, gelernt Menschen und Ereignissen hilflos ausgeliefert zu sein. Aufgrund dieser Erfahrung entwickelt sich die Einstellung, dass zwischen den eigenen Handlungen und unangenehmen Umweltereignissen kein Zusammenhang besteht. Das heißt, dass der Betroffene lernt, gleichgültig was er auch unternimmt, dass er in diesen Situationen hilflos ist und Bewältigung nicht möglich ist. Dadurch verliert er jegliche Initiative und Motivation. Er ist nicht mehr in der Lage, Situationen zu erkennen in denen es sehr wohl auf seine Initiative ankäme. Die negativen Ereignisse werden als ewig, unveränderlich und vor allem als unbeeinflussbar interpretiert. Aus dieser Haltung entstehen dann die spezifisch depressiven seelischen und körperlichen Symptome.

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit wurde an einem Tiermodell entwickelt z.B.:

Ratten und Hunde lernten, wenn man sie unangenehmen Reizen aussetzte, sehr schnell, diesen Reizen durch Fluchtverhalten zu entgehen. Begann man nun, diese Lernprozesse in der Weise zu stören, dass es für die Tiere nicht mehr durchsichtig war, welches Verhalten zum Ziel führte, dann wurden diese Tiere hilflos – sie stellten ihr Lernen ein, setzten sich den negativen Reizen aus, ohne zu versuchen, ihnen zu entgehen. Sie wurden apathisch und stumpf. Seligmann in-

terpretierte dieses Verhalten als Folge des Kontrollverlusts – also als Folge der Erfahrung, keinerlei Einfluss mehr auf das Geschehen zu haben (Zitat: „Depressionen überwinden“, Niklewski; Seite 54).

4.2.3.2 Das kognitive Modell

Aaron T. Beck ist der Begründer der kognitiven Störungstheorie der Depression. Nach seiner Theorie entstehen Depressionen durch die Aktivierung kognitiver (lat. cognoscere = denken) Muster. Beispielsweise werden in einer unangenehmen Situation gedankliche Muster wie etwa ein negatives Selbstbild, welches wiederum negative Emotionen wie Traurigkeit oder Isolationsgefühle verursachen, aktiviert. Diese negativen Gefühle verstärken ihrerseits die negativen gedanklichen Schemata (ich kann nichts, ich bin ein Versager, es wird alles nur noch schlimmer). Es entsteht ein Teufelskreis. Die negativen Gedanken verursachen negative Gefühle und die negativen Gefühle verursachen wiederum negative Gedanken.

4.2.3.3 Das Verstärkerverlustmodell

Lernen geschieht vornehmlich über „Verstärkungen“: Jeder Mensch versucht durch ein bestimmtes Verhalten eine positive Resonanz zu erhalten, so dass für ihn der Anreiz besteht dieses Verhaltenmuster zu wiederholen. Ein depressiver Mensch ist jedoch nicht in der Lage sein Verhalten derart zu steuern, dass positive Verstärkungen entstehen können. Diese „Unfähigkeit“ wird oft durch äußere Ereignisse wie Verlusterlebnisse, Umzug, Pension, Wechsel des beruflichen Umfeldes, ausgelöst. Die bisher angewandten bzw. erlernten Verhaltensweisen werden nicht angewandt und neue stehen aufgrund der neuen Lebenskonstellation noch nicht zur Verfügung. Dieser Mangel an neuen Verstärkern macht depressiv. Durch die anfangs verständnisvolle jedoch zum Schluss ablehnende Reaktion der Umwelt verstärkt sich die Depression noch mehr. Aufgrund der depressiven Stimmung

kann der Betroffene keine positiven Verhaltensweisen mehr entwickeln, so dass immer mehr negativ getönte Erfahrungen gemacht werden. Es entsteht sozusagen ein Teufelskreis: Positive Erfahrungen werden immer weniger, jede negative Erfahrung lässt ihn weiter in den depressiven Zustand „versinken“ und dadurch immer mehr negative Erfahrungen machen.

4.3 Problematik der Ursachenforschung

Die oben angeführten Theorien über die Ursachen einer Depression sind sinnvoll. Sie schließen sich gegenseitig jedoch nicht aus sondern liegen häufig nebeneinander vor. Es gibt nie die Ursache für eine Depression. Es ist meist erst die Summe aller Faktoren, die die Depression verursachen. Genau hier liegt die Diskrepanz der Mediziner und Psychologen. Denn jeder versucht auf seine Art und Weise die Depression zu erklären und zu behandeln (Zitat „Depressionen überwinden“; Niklewski Seite 46).

4.3.1 Diskussionen über das neurobiologische und psychologische Erklärungsmodell

Am meisten wird in der Literatur über die neurobiologische Theorie diskutiert. In dem Buch von Brigitte Vetter „Psychiatrie“ heißt es, dass die Forschung des biochemischen Stoffwechsels des Gehirns noch unzureichend ist als dass sich daraus eine Theorie der Depressionserkrankung ableiten lässt. Des Weiteren lässt sich aus den bisherigen Forschungsergebnissen nicht abgrenzen, ob es bei dem gestörten Hirnstoffkreislauf um Ursachen oder lediglich um Symptome einer depressiven Störung handelt. Weiterhin ist es noch nicht erwiesen ob die Stoffwechselstörung bei jedem Patienten oder bei allen in der gleichen Phase befindlichen vorkommt. Aus diesem Tenor lässt sich deuten, dass die Autorin die neurobiologischen Befunde von Grunde

an sehr stark anzweifelt und deshalb eher zu den psychischen Theorien tendiert.

Michael D. Yapko mit seinem Werk „S.O.S. Depression“ hat zu dieser Problematik ein anderes Meinungsbild. Er ist der Ansicht, dass das Ungleichgewicht im Hirnstoffwechsel bei der Depression auf jeden Fall eine Rolle spielt. Jedoch sind an der Erkrankung weit mehr Aspekte beteiligt und dieses wird seiner Meinung nach oft ignoriert. Für die Verbreitung der neurobiologischen Theorie ist vor allem die Pharmaindustrie für den Absatz ihrer Produkte interessiert. Für die Ärzte ist dies die einfachste Art eine psychische Störung zu erklären. Denn diese wurden dazu ausgebildet die Ursachen für eine Erkrankung biologisch zu definieren. Die Besserung bei Einnahme von Medikamenten rechtfertigt der Autor damit, dass diese einen breiten Wirkungsgrad auf den Körper haben, jedoch durch den Rückgang der Symptome nicht gleichzeitig von einer Heilung der eigentlichen Ursache ausgegangen werden darf. Mit der Folge, dass die Ursache nicht unbedingt biologischer Herkunft ist.

Herr Yapko ist also der Ansicht, dass die Theorie über das chemische Ungleichgewicht nicht falsch aber auch nicht ganz richtig ist. Vielmehr fehlt hier die Erkenntnis, dass auch Lebensereignisse, die eine Depression sowohl verursachen als auch auflösen können, eine wichtige Rolle einnehmen.

Im den Buch „Schwermut“ von Volker Faust wird zwar nur kurz zu den Ursachen Stellung genommen, jedoch wird das Meinungsbild des Autoren sehr deutlich. Er ist eindeutig der Ansicht, dass alle Beeinträchtigungen von Seele und Geist auf biologische Veränderungen zurückzuführen sind. Als Grund nennt er unter anderem, dass die Depressionen sich auf biologische Art und Weise, also durch Medikamente, wieder beheben lassen. Für mich hört sich das, an als ob

der Autor sagen will, dass alles was sich biologisch heilen lässt, auch biologischer Herkunft sein muss.

4.3.2 Problematik der hormonellen Theorie

Das hormonelle Erklärungsmodell ist in der Literatur noch sehr stark umstritten. In manchen Quellen wird dazu gar kein Bezug genommen, in anderen mit starker Einschränkung, so z.B. John H. Greist/James W. Jefferson in „Depressionen“. Hier wird die Störung des Hormonhaushaltes zwar als Ursache behandelt, jedoch wird gleich verdeutlicht dass eine Hormonstörung nicht zwangsweise auf eine Depression hindeutet, sondern auch auf eine Reihe anderer Anzeichen hinweisen kann. Des Weiteren kann es sein, dass im Falle einer Depression die depressiven Symptome die einzigen Anzeichen sind, also eine Hormonstörung nicht zu beobachten ist. Im Gegensatz dazu kann es vorkommen, dass Depression und eine Hormonstörung gleichzeitig auftreten, jedoch ohne jeglichen Zusammenhang. Aufgrund dieser noch sehr ungewissen, zweifelhaften und zu wenig erforschten Theorie, werden diese Ansätze sehr selten zur Begründung der Ursachen herangezogen.

5 Die Behandlung

Der Grundstein für eine richtige Behandlung der Depression ist eine möglichst genaue und sorgfältige Diagnose. Hier muss unbedingt festgestellt werden um welche Form der Depression es sich handelt und welchen Verlauf diese bisher genommen hat. Des Weiteren ist die Schwere der Depression von großer Bedeutung. Hiernach entscheidet der Psychiater oder Psychologe welche Gewichtung die einzelnen Verfahren bei der Behandlung der Depression erhalten sollen. Da es nie **die** Depression als Krankheit gibt, wird für jeden Patienten

ein ganz individueller Therapieplan erstellt, der die besonderen Erfahrungen und Zustände des einzelnen Patienten berücksichtigt.

Eine umfassende Behandlung von Depressionen kann in vier Hauptsäulen der therapeutischen Handlungsmöglichkeit unterschieden werden: die pharmakologische Behandlung (Therapie mit Antidepressiva), die Psychotherapie, die unterstützende Therapie und soziale Unterstützung. Ich werde die wichtigsten Therapien vorstellen, wobei die unterstützende Therapie und die soziale Unterstützung unter weiteren Behandlungsverfahren nur kurz tangiert werden.

5.1 Die Psychotherapie

Als Psychotherapie bezeichnet man eine Behandlung von psychischen und körperlichen Störungen durch psychologische Mittel. Eine körperliche Störung gehört deshalb dazu, weil jedes organische Leiden auch seelische Beeinträchtigungen hervorrufen kann. Durch eine Psychotherapie werden Verhaltensstörungen und Leidenszustände beeinflusst. Das Ziel der Therapie ist die Eindämmung der Symptome aber auch die Änderung von Eigenschaften der Persönlichkeit.

Da der Patient sich anvertraut und Einsicht in die eigene Geschichte gewährt um die alten Konflikte wiederzuerleben und aufzuarbeiten, bedarf es daher einer guten Beziehung zwischen den beiden. Bei der Auswahl des richtigen Psychologen bzw. wie Psychotherapie wirkt, ob die therapeutische Methode oder die Beziehung zum Therapeuten wichtiger sind, gibt es sehr auseinander gehende Meinungen und Diskussionen. Aus dieser Problematik möchte ich mich jedoch raus halten.

In der Depressionsbehandlung wurden im Verlaufe der letzten Jahrzehnte zahlreiche Psychotherapieverfahren eingesetzt, von denen sich nach Ansicht der Experten vor allem drei durchgesetzt haben: das unterstützende, das verhaltenstherapeutische und das tiefenpsy-

chologische Verfahren, wozu auch die Psychoanalyse gehört (ohne dass damit eine Wertung der anderen Therapien gemacht werden soll).

Ich werde mich in dieser Arbeit auf die beiden letztgenannten Therapien beschränken.

5.1.1 Das Verhaltenstherapeutisch-kognitive Verfahren

Bei der Verhaltenstherapie gibt es wiederum speziell abgegrenzte Therapieformen die sich nur durch die Schwerpunktslegung unterscheiden. Wie der Überschrift bereits zu entnehmen ist, werde ich mich mit verhaltenstherapeutisch-kognitiven Verfahren beschäftigen.

Der kognitive Therapie nach Beck liegt die Annahme zugrunde, dass das depressive Verhalten auf die gedankliche Informationsverarbeitung (Kognitionen) zurückzuführen ist. Der Schwerpunkt dieser Therapie liegt darin die Denkweise des Erkrankten zu ändern. Der Betroffene lernt in mehreren Schritten, seine negative Weltsicht, die er aufgrund eines falschen Denkens entwickelt hat und aufrechterhält, zu überprüfen und zu korrigieren. Hier geht es also primär um die Bewältigung der aktuellen Situation. Die Analyse und Bearbeitung vergangener psychischer Verletzungen in der Kindheit des Patienten steht hier nicht im Vordergrund. Meistens bekommt der Depressive Hausaufgaben z.B. die Führung eines Depressions-Tagebuchs bzw. Tagesprotokolle. Hier sollen konkrete alltägliche für den Patienten belastende Situationen und die dazugehörigen Gefühle und Stimmungen festgehalten werden. Diese Aufzeichnungen sollen dazu dienen die logischen Fehler im Nachhinein bewusst zu machen, zu korrigieren und gedankliche Alternativen zu entwickeln. Hier wird dem Depressiven beigebracht seine negativen Gedanken zu analysieren ob sie wirklich so negativ sind, wie sie von ihm empfunden werden. Dabei werden die scheinbaren Probleme aufgearbeitet, widerlegt und

dadurch auf eine positive oder andere Sichtweise dargestellt. Es geht hierbei nicht nur um das „positive Denken“ sondern um die Entwicklung von Alternativen in Belastungssituationen.

Durch diese Methode verändert sich die Einstellung und die Sichtweise des Depressiven, so dass er anfängt realistischer zu denken, zu handeln und zu entscheiden. In Gruppenformen wird den Betroffenen beigebracht Forderungen zu stellen, nein zu sagen, Kontakte aufzubauen oder Kritik zu üben.

5.1.2 Tiefenpsychologische Therapie

Diese Therapieform hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse S.Freuds, der analytischen Psychologie und vielen anderen Therapeuten und Theoretikern in der Nachfolge. Deshalb gibt es auch hier viele verschiedene Verfahren wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie und die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. Die Unterscheidung liegt meistens in der Dauer der Behandlung, dem Zustand des Patienten und in der Zielsetzung.

Ich werde mich auf die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beschränken.

Tiefenpsychologische Therapieansätze gehen davon aus, dass bestimmte Grundlagen späterer depressiver Störungen bereits in der Kindheit bzw. im Jugendalter gelegt werden. Ein Betroffener kann sehr früh in seinen Konfliktlösungsmöglichkeiten, die im Laufe des Lebens auftreten, eingeschränkt sein, so dass spätere Verlusterlebnisse seine Verletzlichkeit verstärken oder bereits depressive Symptome auslösen. Später kann es dann bei einem erneuten Verlusterlebnis zu einer Erinnerung an frühere Verlusterlebnisse kommen, woraus eine depressive Störung resultieren kann. Das heißt dass die

Lebensgeschichte des Betroffenen als Hintergrund der aktuellen Probleme relevant ist, sie steht aber nicht im Vordergrund.

Tiefenpsychologische Therapieverfahren arbeiten an der Zielvorstellung, dass die Betroffenen seelische und zwischenmenschliche Probleme und Konflikte besser erkennen und die Einsicht in ihre individuelle Verletzlichkeit gewinnen können. Natürlich soll auch eine Beseitigung oder Besserung der aktuellen Beschwerden erreicht werden. Eine weiterreichende Veränderung der Persönlichkeit wird hier nicht angestrebt. Wie bereits gesagt, macht es diese Form der Therapie erforderlich, in der Kindheit und Jugend liegende Ereignisse und Prozesse zu rekapitulieren, um die Entwicklung der eigenen Persönlichkeitsstruktur nachvollziehen zu können. Deshalb ist diese Therapieform zeitaufwendiger und intensiver als das verhaltenstherapeutische Verfahren.

5.2 Die pharmakologische Behandlung

Neben der Psychotherapie bilden Medikamente, vor allem die Antidepressiva, eine weitere Säule der Behandlung. Antidepressiva ist ein Psychopharmaka - Arzneimittel, das heißt sie beeinflussen das Erleben, das Befinden und das Verhalten eines Menschen, haben somit eine Wirkung auf Seele und Gefühle.

Da es viele verschiedene Antidepressiva gibt, muss der Arzt je nach Symptomlage des Patienten, sehr sorgfältig auswählen welches Präparat er verordnet.

Das Problem der pharmakologischen Behandlung ist, dass die Medikamente nicht nur dort wirken, wo sie sollen, sondern auch an Stellen im Körper, wo ihre Wirkung nicht erwünscht ist. Es treten also häufig Nebenwirkungen ein, wodurch manche Patienten die Behandlung verkürzen ließen oder sogar ganz abgebrochen haben. Deshalb spielen heute die „neueren“ Antidepressiva eine wichtige Rolle weil sie deutlich weniger Nebenwirkungen haben.

Über 30 Jahre waren überwiegend die sogenannten trizyklischen Antidepressiva im Einsatz. Aufgrund der häufigen Nebenwirkungen dieses Medikaments tendiert man immer mehr zu dem Serotonin – Wiederaufnahmehemmer („neue Antidepressiva“), der deutlich weniger Nebenwirkungen aufweist.

Bei der pharmakologischen Behandlung wird davon ausgegangen, dass Serotonin und Noradrenalin die Hauptverursacher der depressiven Störung sind.

Im folgendem werde ich die trizyklische Antidepressiva, die Serotonin – Wiederaufnahmehemmer und die MOH-Hemmer erläutern.

Um die Wirkweise der Antidepressiva besser nachvollziehen zu können eine kurze Darstellung der Vorgänge im Gehirn:

Wenn der Neurotransmitter seine Botschaft an die benachbarte Nervenzelle übermittelt hat, wird er in die Nervenendigung, aus der zuvor abgegeben wurde, wieder aufgenommen. Er kann dann für neue Signalübermittlungen wieder ausgeschüttet werden.

5.2.1 MAO-Hemmer

Die MAO-Hemmer (Monoaminoxidasehemmer) wurden Mitte der 50er Jahre von einem amerikanischen Psychiater entdeckt. Lange bevor man die Wirkungsweise im Einzelnen verstand, wurden sie aufgrund ihrer positiven Wirkung bei depressiven Erkrankungen als Medikament eingesetzt.

Diese Medikamente hemmen ein Enzym (Monoaminoxidase), das für den Abbau von Botenstoffen im Gehirn verantwortlich ist. Durch diese Aktivitätshemmung werden weniger Botenstoffe abgebaut. Die Folge ist, dass Serotonin und Noradrenalin in höheren Konzentrationen im Gehirn zur Verfügung stehen.

5.2.2 Trizyklische Antidepressiva

Der Name erklärt sich aus der chemischen Struktur des Moleküls, aus der diese Medikamente bestehen.

Diese Medikamente sind der „Goldstandard“ der medikamentösen Behandlung. Alle neueren Medikamente müssen sich an ihrer bewiesenen antidepressiven Wirkung messen lassen. Für viele Psychiater sind sie immer noch erste Wahl, weil ihre zuverlässige Wirksamkeit immer wieder bestätigt werden konnte.

Die trizyklische Antidepressiva wirken auf folgende Weise:

Im Vergleich zu den MAO-Hemmern wird hier nicht der Abbau der Botenstoffe gehemmt, sondern verhindert, dass der Botenstoff zu schnell wieder in die Nervenzelle aufgenommen wird und so nicht mehr im synaptischen Spalt als Neurotransmitter vorhanden ist.

Durch die Aufnahmemhemmung steht der jeweilige Botenstoff an den Synapsen vermehrt zur Verfügung. Jedoch ist hier der Nachteil, dass die meisten trizyklischen Antidepressiva gleich auf mehrere Botenstoffe und Transmittersysteme, wirken. D.h., dass außer Noradrenalin und Serotonin, die für die depressive Erkrankung hauptsächlich verantwortlich sind, auch andere Transmitter angegriffen werden. Auf diese eigentlich nicht notwendigen Störung sind auch die meisten Nebenwirkungen zurückzuführen.

5.2.3 Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Bei diesem Medikament handelt es sich um ein relativ „junges“ Antidepressiva. Die ersten Medikamente dieser Art wurden in Europa erst gegen Ende der 80er Jahre eingeführt. Die zu Anfang vorhandenen Zweifel an der Wirksamkeit konnten durch klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen widerlegt werden. Der Grund, dass sie bei manchen Menschen nicht oder nicht ausreichend wirken,

lässt sich dadurch erklären, dass sie nur **ein** Transmittersystem, wie es dem Namen zu entnehmen ist, das Serotonin, ansprechen.

Die Wirkweise dieser Antidepressiva zeigt sich in der Hemmung der Serotonin-Wiederaufnahme an den Kontaktstellen der Nervenzellen. Somit steht der Botenstoff Serotonin in höheren Konzentrationen zur Verfügung.

Ein wesentlicher Vorteil dieser Wirkstoffgruppe sind die schwächer ausgeprägten Nebenwirkungen. Da die Wirkung nur das serotogene System berührt, beeinflussen sie andere Botenstoffe überhaupt nicht oder nur wenig.

5.3 Weitere Behandlungsverfahren

Neben den beiden oben aufgeführten Behandlungsverfahren gibt es jedoch eine Vielzahl weiterer biologischer Verfahren, die mit Erfolg eingesetzt werden können. Sie reichen von körperlicher Aktivierung, wie Sport und Massagen, über Lichttherapie bis hin zu Schlafentzug oder Schlafphasenverlagerung, Elektrokrampftherapie und Kunst- und Musiktherapie.

Biologisch nennt man diese Methoden, weil sie wie Medikamente die Funktionsweise der neurobiologischen Vorgänge des Gehirns verändern. Manche dieser Verfahren z.B. die Elektrokrampftherapie können als eigenständige Behandlungsmethoden eingesetzt werden, die meisten sind jedoch unterstützende Therapieverfahren.

5.4 Welches Behandlungsverfahren?

Welches Behandlungsverfahren nun effektiver ist, bzw. welches bevorzugt wird, ist ein Punkt, wo sich die meisten Psychologen einig sind. Bei einer leichten Depression ist „nur“ eine Psychotherapie für eine Besserung ausreichend. Bei einer schweren ist jedoch, und da

sind sich alle einig, eine pharmakologische Behandlung notwendig. Die Psychotherapie ist in schweren Fällen eher als Begleittherapie zu sehen. Sollten aber die Medikamente nicht die gewünschte Wirkung erreichen, so tritt die Psychotherapie in den Vordergrund. Sogar der von mir bereits zitierte Volker Faust mit seinem Werk „Schwermut“ spricht sich für eine Psychotherapie aus. Zwar sei sie aufwendiger und müheseliger, jedoch genauso erfolgreich.

6 Eigene Meinung

6.1 Stellungnahme zu den Ursachentheorien

Meine Meinung bezüglich der Ursachentheorien lehnt sich an die Meinung des oben bereits zitierten Herrn Yapko an. Eine Depression ist für mich eine Erkrankung die auf jeden Fall auch mit der Psyche eines Menschen im Zusammenhang steht. Deshalb wäre ich mit einer ausschließlich biologischen Erklärung nicht einverstanden. Hier fehlt mir die Verbindung eines biologischen Faktors mit einem psychischen. Eine psychische Erkrankung kann nicht nur durch biologische Tatsachen begründet werden. Natürlich kann eine Störung des Hirnstoffwechsels oder des Hormonhaushaltes eine große Rolle spielen, jedoch bedarf es zum Auslösen einer Depression weiterer, psychischer, Faktoren. Denn das Erleben eines Menschen, besonders auch die Erziehung haben meiner Meinung nach einen großen Einfluss darauf, wie der Mensch auf bestimmte Ereignisse reagiert und wie er diese verarbeitet. Durch die Erziehung und eigene Erlebnisse bildet sich die Psyche und die Mentalität aus. Psychisch labile Menschen haben sicherlich mehr Probleme mit gravierenden Lebensereignissen fertig zu werden, und neigen folglich leichter zu einer Depression, als ein Mensch mit einer stark ausgeprägten Psyche.

Eine ausschließlich biologische Ursache wäre dazu auch viel zu einfach, denn nicht umsonst werden Depressionen als ein multifaktoriell-

les Geschehen bezeichnet. Wie komplex diese Erkrankung ist, wird allein durch die vielen verschiedenen Theorien, Ansichten und die ständige Überarbeitung der Klassifizierung deutlich. Das heißt eigentlich nur, dass viele Mediziner und Psychologen sich mit dieser Krankheit beschäftigen und die Ursachenfindungen eines der kompliziertesten Vorgänge ist.

6.2 Stellungnahme zur Auswahl der Behandlungsverfahren

Zur Auswahl der Behandlungsverfahren nehme ich wie folgt Stellung: Die Einigkeit der Psychologen und Mediziner finde ich sehr überraschend. Denn eigentlich erwartet man von Psychologen, die stark die psychische Ursachentheorie vertreten, dass für sie eine Psychotherapie im Vordergrund steht und somit das bessere Behandlungsverfahren ist. Genauso überraschend fand ich die Stellungnahme des Volker Faust, der der festen Überzeugung über biologische Ursachen war. Aber wahrscheinlich werden die Behandlungsverfahren, so scheint es mir, so eingesetzt, dass hauptsächlich eine Besserung erzielt wird: Ist das eine Verfahren nicht effektiv genug, so probieren wir es doch mit einem anderem.

Soweit ich die verschiedenen Therapien beurteilen kann, bin ich auch der Meinung dass eine optimale Lösung durch kombinierte Behandlungsverfahren erreicht werden kann. Vor allem kann ich es mir sehr schwer vorstellen, wie die Effektivität einer reinen psychologischen Therapie gemessen werden kann, weil da viele zwischenmenschliche Ebenen berührt werden.

Für mich ist die Einstimmigkeit der Medizin und Psychologie ein Beweis dafür, dass die Erkrankung „Depression“, besonders die Ursache, noch langer Forschungsarbeit bedarf.

Literaturverzeichnis

- Barnow/Oleszak/Freyberger: „Von Angst bis Zwang“
erste Auflage 2000 Bernd
- Dörner Klaus und Ursula Plog: „Irren ist menschlich“
erste Auflage 1996 Bonn
- Faust Volker: „Schwermut“
erste Auflage 1999 Stuttgart
- Friebel Volker und
Puhl Widmar: „Depression“
erste Auflage 1996 Augsburg
zitiert: „Depressionen“, Friebel/Puhl,
Seite 36
- Greist H. John und
Jefferson W. James: „Depression“
erste Auflage 1995
C.H. Beck Verlag
- u.a. Josuran Ruedi: „Mittendrin und nicht dabei“
erste Auflage 2001
Ullstein Verlag
- Niklewski Günter und
Riecke – Niklewski Rose: „Depressionen überwinden“
zweite Auflage 2003 Berlin
zitiert: „Depressionen überwinden“,
Niklewski; Seite 46
- Quandt Jochen und
- „Depression und Angst“

Hiller Karl:	erste Auflage 1995 Ullstein Verlag
Schwarz A. Aljoscha und Schweppe P. Ronald:	„Depressiv?, Deprimiert?; Auswege aus der Krise“ erste Auflage 1996 NEFF Verlag
Stange Karl-Heinz:	„Lebensfinsternis Depression“ erste Auflage 1999 Sachs Verlag
Vetter Brigitte:	„Psychiatrie“ sechste Auflage 2001 München
Vieten Markus und Anja Schramm (Hrsg.):	„Neurologie / Psychiatrie“ erste Auflage 2001 München/Jena
Yapko Michael:	„S.O.S. Depression“ erste Auflage 2002 Carl-Auer-Systeme Verlag