

Informationsblatt für depressive Patientinnen und Patienten

Was ist Depression?

PatientInnen, die wegen Depressionen in Behandlung kommen, klagen mehr oder minder stark über eines oder mehrere der nachfolgenden Symptome:

1. Gefühle und Stimmung:

Sie fühlen sich schwermütig, klagen über eine gedrückte Stimmung, empfinden Angst und innere Unruhe, sind mürrisch, gereizt und verspüren eine dumpfe Gleichgültigkeit, ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“.

2. Denken und Bewertung:

Das Denken ist verlangsamt und mühsam, die Gedanken kreisen. Im Vordergrund stehen Grübeln, eine innere Leere, pessimistische Gedanken, die Zukunft erscheint schwarz, die eigenen Fähigkeiten werden negativ bewertet, häufig bestehen Lebensüberdrußgedanken.

3. Antrieb und Motorik:

Der Wille erscheint gehemmt, man fühlt sich hin- und hergerissen und schwunglos, Bewegungsabläufe sind verlangsamt, Entscheidungen können nur sehr schwer getroffen werden, man kann sich kaum zu Neuem aufraffen. Die Bewegungen sind verlangsamt, man geht gebeugt, die Stimmung ist leise und monoton. Es gibt aber auch das Gegenteil: Man fühlt sich getrieben, unruhig, unter ständiger Anspannung stehend.

4. Körperliche Begleiterscheinungen:

In der Regel bestehen Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Durch Zunehmen und Abnehmen kommt es zu deutlichen Gewichtsveränderungen, häufig treten auch Schmerzzustände verschiedenster Art auf, bevorzugt im Kopfbereich (Kopfdruck), manchmal verspürt man ein Kloßgefühl im Hals. Ebenso können Schmerzen in den Gelenken, Muskeln oder anderen Organen auftreten. Herz- und Atembeschwerden können hinzukommen, Störungen im Bereich der Verdauungsorgane sind keine Seltenheit. In der Regel ist die Sexualität herabgesetzt. Der Betroffene fühlt sich seinen Symptomen vollständig ausgeliefert und hat das Gefühl, selbst keinen oder nur wenig Einfluß auf sein Befinden zu haben.

Die Gedanken und Empfindungen können beispielsweise so aussehen: „Abende lang, tagelang sitze ich im Stuhl stumm und grübelnd herum - ich suche immer noch nach einer Begründung für diese Panik, das Gefühl des Ausgeliefertseins, Gelähmtseins. Eine Macht, die mich bestimmt und die ich nicht beeinflussen kann, gegen die ich mich nicht wehren kann.“

Unabhängig von der besonderen Entstehungsgeschichte des Leidens beim Einzelnen lassen sich häufig typische, die Depression aufrechterhaltende Bedingungen finden, d.h. Verhaltensweisen des Patienten, die die Erkrankung fördern, ohne daß sich die Betroffenen darüber selbst bewußt sein müssen. Wir nennen diese Bedingungen der Einfachheit halber:

„Motoren der Depression“

- (1) Überhöhte unrealistische Anforderungen an sich selbst, gelegentlich auch an andere und an bestimmte Umweltbedingungen**

Die Gedanken können beispielsweise so aussehen: „Ich will so sein wie früher, früher habe ich alles geschafft, nichts war mir zuviel. Ich will mich wieder freuen können, leicht fühlen. Heute bin ich ein Versager, kann nichts mehr, bin nichts mehr, keiner versteht mich.“

- (2) Im Denken und Bewerten findet sich häufig eine Auswahl zugunsten des Negativen**

Gute Erfahrungen und Leistungen werden gering geschätzt und gar nicht erst wahrgenommen. Negative Ereignisse und Erlebnisse beherrschen das Denken. Die Erinnerung ist negativ gestört, ebenso die Gegenwart und Zukunft.

„Ich bin nichts wert, ich werde es nie schaffen, ich habe das Gefühl, daß alles, was und vor allem wie ich es anpacke, verkehrt ist. Ich mag das nicht, niemand kann mich mögen, ich bin schwach und hilflos. So wie ich bin, geschieht es mir ganz recht. Ich habe keinerlei Perspektive, weder privat noch beruflich. Ich fühle mich als Last und kann mich niemandem anvertrauen. Ich habe das Gefühl, nicht anerkannt, ernst genommen zu werden.“

(3) Sozialer Rückzug

Unlust und Antriebslosigkeit, innere Leere und allgemeine Interessenlosigkeit stören häufig den Kontakt zu anderen. Geselligkeit, körperliche Betätigung oder früher geschätzte Hobbys werden aufgegeben. Die Folge sind äußere wie innere Vereinsamung.

„Ich weiß niemanden, der mich verstehen könnte - ich kann mich nur noch verstecken. Ich habe Angst vor anderen und sitze nur noch zu Hause herum. Mir fällt auf, daß neben meiner Grübelei der Alkoholkonsum ganz schön steigt. Ich sitze alleine zu Hause, denke vor mich hin und grübele mich so langsam ein.“

Therapeutische Konsequenzen

Ziel: Förderung angenehmer Tätigkeiten

Die Förderung von angenehmen Aktivitäten im Rahmen einer Psychotherapie ist sinnvoll und hilfreich, weil ein entsprechendes Aktivitätsniveau das Ausmaß potentieller positiver Verstärker erhöht und Depressive viel Zeit mit passiven verhaltensweisen (wie Grübeln, Vor-Sich-Hinstarren) verbringen, die keinen positiven Verstärkerwert besitzen. Ferner besteht ein Zusammenhang zwischen Aktivitätsrate, der Art der Aktivitäten und der Stimmung, wobei Depressive dazu neigen, ihre Aktivitätsrate gering einzuschätzen und Stimmungsunterschiede nur schwer wahrnehmen.

Ziel: Aufbau sozialer Kompetenz

Der Aufbau sozialer und „**interaktioneller**“ Fertigkeiten ist sinnvoll, weil depressiven PatientInnen oft die Fähigkeit fehlt, sich in sozialen Situationen angemessen und für den Interaktionspartner verstärkend zu verhalten.

à Interaktion: Jede Art wechselseitiger Bedingtheit. Im sozialen Verhalten Bezeichnung für gemeinsames oder sich gegenseitig beeinflussendes Verhalten.

So entwickeln Depressive oft ungünstige Interaktionsstile und Kommunikationsinhalte, deren Wirkung sie nicht angemessen wahrnehmen. darüber hinaus werden negative gefühle häufig nicht offen zum ausdruck gebracht, und mittel- bzw. längerfristig positives und förderliches soziales kontaktverhalten fehlt.

Ziel: Kognitive (gedankliche) Umstrukturierung

Veränderungen von sog. **Automatischen Gedanken** und Einstellungen sind notwendig, da depressive PatientInnen zu „**kognitiven Verzerrungen**“, falschen „**Attributionen**“ und fehlerhaften Wahrnehmungen neigen

à Attribution: Ursachenzuschreibung (z.B. die Erklärung einer Person für die Ursachen des eigenen Verhaltens).

• **Kognition:** Oberbegriff für alle Vorgänge und Strukturen, die mit Erkennen zusammenhängen (z.B. Wahrnehmungen, Attribution, Erinnerung, Erwartung, Bewertung, Vorstellung, Plan, Problemlösen).

und ein Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Handlungen besteht. So haben Depressive die Tendenz, ihre Gedanken bereits als Tatsache zu betrachten, ohne sie an der Realität zu überprüfen. Neben der auf Selbstabwertung zielenden kognitiven Prozesse sind auch noch andere Selbstkontrollprinzipien, wie z.B. die Selbstverstärkung, beeinträchtigt.

Depressionen werden diesem Verständnis nach sowohl durch gedankliche (kognitive) Prozesse als auch durch Defizite und den Verlust von Verstärkern (Aktivitätsrate, Fertigkeiten, Belastungen) bedingt. Die Häufung unangenehmer Ereignisse oder die Folge unangemessenen Verhaltens beeinflussen dabei kognitive Strukturen, ebenso wie negative Einstellungen und Erwartungen ihrerseits Auswirkungen auf die Aktivitätsrate eines depressiven Menschen, sein soziales Handeln und das Ausmaß positiver Erfahrungen haben (siehe Abbildung 1, Seite 4).

Entsprechend setzt *Verhaltenstherapie* an Fertigkeiten, den Sozialkontakten, der Aktivitätsrate, der Tagesstruktur und den Kognitionen an.

Häufigkeit (Prävalenz) der Depression

Studien über depressive Erkrankungen zeigen eine große Bandbreite der Häufigkeitsrate bezogen auf den Anteil der Erwachsenen in der Bevölkerung. Das **Lebenszeitrisiko** wurde für Frauen zwischen 20 bis 26 %, für Männer mit 12 bis 16 % angegeben. Die **Punktprävalenz** (Häufigkeit erfaßt zu einem bestimmten Zeitpunkt, also wie viele Menschen sind jetzt im Moment z.B. an einer Depression erkrankt) in der erwachsenen Normalbevölkerung variiert von 4 bis 7 % für Frauen und von 2 bis 3 % für Männer.

Die meisten Menschen erkranken an Depression im Alters zwischen 20 und 40 Jahren, bei einer beträchtlichen Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter.

Die Prävalenzraten scheinen keinen Zusammenhang (Korrelation) mit ethnischer Gruppe, Bildungsgrad, Einkommen oder Familienstand zu zeigen. Neuere Untersuchungen zeigen eine deutliche Zunahme depressiver Erkrankungen in allen untersuchten Ländern. Insbesondere die jüngeren Jahrgänge (18-29 Jahre) weisen ein deutlich gesteigertes Erkrankungsrisiko auf.

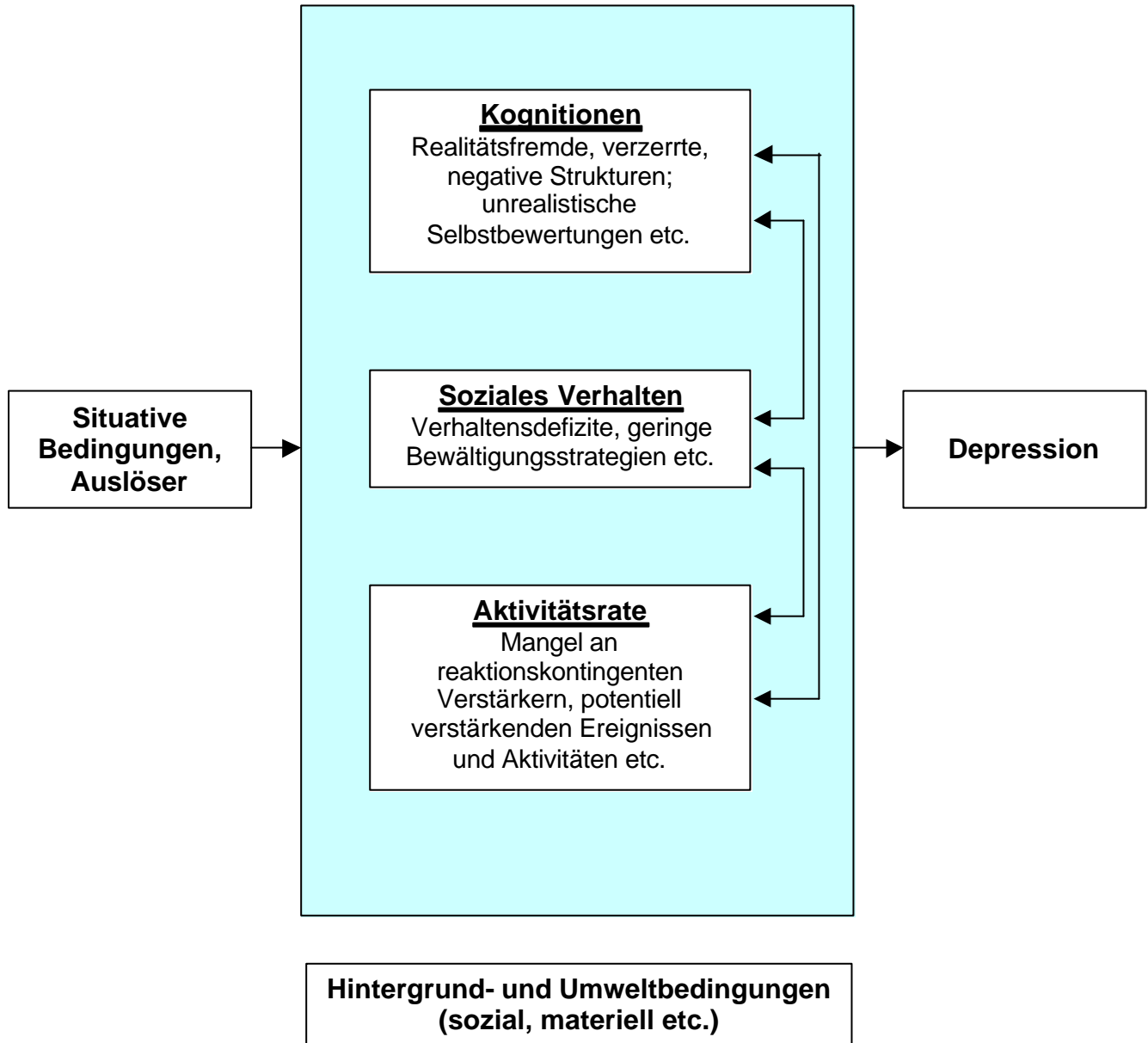


Abbildung 1: Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungskonzept der Depression (nach *Hautziger et al.* 1992)