

Markus Reicherzer

# Depressive Störungen

Differentielle manualisierte Behandlung  
mit Skillstraining und Psychoedukation

Mit einem Geleitwort von Martin Bohus



Markus Reicherzer

## Depressive Störungen

---

This page intentionally left blank

Markus Reicherzer

# Depressive Störungen

---

Differentielle manualisierte  
Behandlung mit Skillstraining  
und Psychoedukation

Mit einem Geleitwort von

**Martin Bohus**

Mit 23 Abbildungen, 18 Tabellen und 32 Arbeitsblättern



**Zusätzlich zum Download**

finden Sie Arbeitsblätter und Tabelle unter  
[www.schattauer.de/3218](http://www.schattauer.de/3218)

## Dr. med. Markus Reicherzer

CIP Klinik Dr. Schlemmer  
Stefanie-von-Strechine-Straße 16  
83646 Bad Tölz  
markus.reicherzer@klinik-schlemmer.de



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!  
Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter [www.schattauer.de/feedback](http://www.schattauer.de/feedback)  
oder direkt über QR-Code.

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Printed in Germany

Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin

Projektleitung: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

Umschlagabbildung: © Micha Pawlitzki – Shinto-Schrein in Japan, die Torii-Wege

<http://www.micha-pawlitzki-stock.com/php/frontend/index.php>

Satz: abavo GmbH, Buchloe

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-9048-3

ISBN 978-3-7945-3218-6

## Geleitwort

Die meisten Patienten wissen es nicht, und auch Ärzte und Therapeuten sind sich darüber oft nicht im Klaren: Die stationären Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen in Deutschland sind weltweit einzigartig. In wenigen Ländern werden so viele Ressourcen zur Verfügung gestellt, und nirgends konzentriert sich die Arbeit so vieler Berufsgruppen auf so wenige Patienten. Angesichts der oft prekären ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen sind diese Investitionen nachvollziehbar. Ob dies auch effektiv ist, ist eine andere Frage. Sicherlich ist die rasch sich aufdrängende Forderung nach der Verpflichtung zu evidenz-basierten Therapieprogrammen für ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen nicht vollständig umsetzbar, dafür gibt es einfach zu wenige Studien. Aber dennoch können wir aus den wenigen vorliegenden Publikationen zur stationären Behandlung einige gemeinsame Wirkfaktoren extrahieren, die uns wichtige Hinweise geben, wie wir unsere stationären Ressourcen möglichst optimal nutzen können: Das sind zum ersten strukturelle Aspekte: Multiprofessionelle Teams sollten sich gezielt um möglichst homogene Störungsgruppen kümmern, um auf diesem Gebiet hohe Spezialisierung und Erfahrung zu entwickeln. Alle beteiligten Berufsgruppen arbeiten dann nach demselben Konzept, sprechen dieselbe Sprache und entwickeln so eine metasprachliche Kompetenz, die Besprechungszeiten spart und Therapiezeit freisetzt. Durch das wachsende teambasierte Erfahrungswissen oder auch durch systematisches Monitoring von Therapieverläufen werden schwierige Behandlungsverläufe früher erkannt und neue Lösungsmöglichkeiten kreiert. Zudem – und das ist gerade in psychiatrischen Kliniken mit hohem Personalwechsel ein wichtiger Faktor – kann das erworbene störungsspezifische und therapeutische Know-how an neue Kollegen weitergegeben werden, und das meist ohne intensive und teure Fortbildungsmaßnahmen. Auch die Patienten erfahren in diesen störungsspezifischen Behandlungseinheiten Expertenwissen nicht nur durch das Team, sondern auch durch andere Patienten. Sie können ihre eigenen Erfahrungen mit anderen Patienten teilen und sich gegenseitig sinnvoll unterstützen. Inhaltlich ist es sicherlich sinnvoll, sich auf klar definierte Störungsmodelle zu verständigen, die sich eng am jeweiligen Forschungsstand zu Psychopathologie und Symptomänderung orientieren.

Das von Markus Reicherzer entwickelte Therapeutische Training zur Reaktivierung und Erleichterung Emotionaler Prozeduren (TREEP) orientiert sich an diesen Regeln und ist damit ein modellhaft und prototypisch entwickeltes Konzept zur therapeutischen Arbeit mit depressiven Patienten im stationären Bereich. Es basiert auf einem gut ausgearbeiteten psychopathologischen Modell und differenziert doch die unterschiedlichen Ausprägungsformen dieses heterogenen Störungsbildes. Der modulare Aufbau weist den unterschiedlichen Fachbereichen und Berufsgruppen – eben auch Pflorgeteam, Kunst- und Körpertherapeuten – klar definierte Aufgaben zu, um so die gegebenen stationären Ressourcen zu nutzen und ein Maximum an

Synergie zu schaffen. Die Patienten bekommen gut ausgearbeitete Informations- und Arbeitsmaterialien, was deren Selbstwirksamkeitserwartung stärkt und gerade für diese Population nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Markus Reicherzer und sein Team haben hervorragende Arbeit geleistet. Man merkt dem Buch an, dass hier jahrzehntelange klinische und therapie-experimentelle Erfahrungen eingeflossen sind und ein tragfähiges, innovatives und zukunftsweisendes Konzept zur Behandlung depressiver Erkrankungen hervorgebracht haben.

Ich wünsche dem Buch und diesem Konzept die Beachtung, die es verdient.

**Martin Bohus**

## Vorwort

Die Depression ist in aller Munde, depressive Störungen dominieren die ambulante wie auch die stationäre Versorgungslandschaft und über keine andere psychische Störung gibt es mehr zu lesen. Warum also noch ein Buch?

Die Überlegungen hierzu fanden im stationären Kontext statt. Etwa 70 % der psychosomatischen Klientel (Tritt et al. 2003) kommen mit der Diagnose einer depressiven Störung nach ICD-10 (Dilling et al. 2000) zur stationären Aufnahme und landen meist – im Gegensatz zu den Borderline Patienten, den Patienten mit Ess- oder Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen oder Angststörungen – in keinem störungsspezifischen Setting. Das ist ein eher verwunderlicher Umstand angesichts der fulminanten Entwicklungsprozesse störungsorientierter manualisierter Psychotherapie und deren Überlegenheit gegenüber unspezifischen Behandlungen.

Das vorliegende Buch beinhaltet die Vorstellung eines neuen Modells zur Ätiologie und Genese sowie ein Manual zur Psychotherapie depressiver Störungen.

2008 wurde im klinischen Kontext (CIP Klinik Dr. Schlemmer) begonnen, die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1987) für depressive Störungen zu modifizieren. Ursprünglich ist die Dialektisch-Behaviorale Therapie in den 1960er-Jahren von Marsha Linehan für chronisch suizidale Patienten entwickelt worden. In den letzten zehn bis 20 Jahren wurde sie für diverse andere Störungen modifiziert und heute ist sie eine der Standardmethoden zur Behandlung von Borderline-Patienten. Es liegen z. B. gut evaluierte DBT-Programme für die Behandlung von Essstörungen, für Adoleszente sowie für komplexe Traumafolgestörungen und Suchtstörungen vor.

Fester Bestandteil des modular angelegten Therapieprogramms im stationären Setting sind neben der Einzeltherapie eine Skillsgruppe (Vermittlung von Fertigkeiten), eine Basisgruppe (Psychoedukation im Feld der Störung), eine Achtsamkeitsgruppe, eine Bezugsgruppe (Betroffene ohne Therapeut) sowie Körper- und Kunsttherapie.

Die klinische Umsetzung dieser ersten Modifikation der Dialektisch-Behavioralen Therapie stieß dann auf doch erhebliche Schwierigkeiten: Die Gruppen waren äußerst heterogen, die Patientengruppen waren z. T. »inkompatibel«. Es fehlte ein einheitliches Krankheitsmodell. Einige Fertigkeiten der Dialektisch-Behavioralen Therapie erwiesen sich als irrelevant, andererseits fehlten störungsspezifische Skills.

In den Folgejahren erfolgte dann eine zunehmende Modifikation bzw. Adaptation des Skilltrainings für depressive Patienten. Zudem wurde ein neues Modell konzipiert, welches sich an folgenden Kriterien orientierte:

- hohes Maß an Struktur
- leichte Erlernbarkeit
- Anwendbarkeit im stationären Kontext
- wertfreies Modell und wertfreie Sprache



- eingängiges Modell (Identifikation mit dem Modell aufseiten der Therapeuten und der Patienten)
- Anwendung bewährter wirksamer therapeutischer Strategien

So entstand das »Differentielle Dialektische Modell der Depression« (DDMD). Das DDMD kann in großen Teilen als eklektisches Konstrukt betrachtet werden. Die meisten Anleihen stammen aus bestehenden verhaltenstherapeutischen Modellen. Abweichend von der ICD-10 (Dilling et al. 2000) differenziert es die depressiven Störungen in drei Typen.

Da sich dieses Modell doch in einigen zentralen Punkten von dem der Dialektisch-Behavioralen Therapie unterscheidet und entsprechende therapeutische Implikationen mit sich bringt, bekam auch das therapeutische Konstrukt einen neuen Namen: »Therapeutisches Training zur Reaktivierung und Erleichterung Emotionaler Prozeduren« (TREEP).

TREEP integriert eine Vielzahl von Behandlungsmethoden aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen. Als wesentliche Basis kann jedoch nach wie vor die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan (1987) gelten.

An dieser Stelle möchte ich einige Therapieforscher und Kliniker erwähnen, deren Arbeiten mich beeindruckt, inspiriert und geprägt haben: Anthony Bateman, Joachim Bauer, Aaron Beck, Martin Bohus, John Bowlby, Peter Fiedler, Peter Fonagy, Viktor Frankl, Sigmund Freud, Paul Gilbert, Leslie Greenberg, Thich Nhat Hanh, Heinz Hartmann, Otto Kernberg, Heinz Kohut, Bessel van der Kolk, Julius Kuhl, Stavros Mentzos, Alice Miller, Maja Müller-Spahn, Rainer Sachse, Michael von Rad, Wilfried Reim, Gerhard Roth, Serge Sulz, Jeffrey Young und Jon Kabat-Zinn.

Dieses Buch wurde für den stationären bzw. teilstationären Bereich entwickelt, kann aber auch in der ambulanten Psychotherapie Verwendung finden.

Bad Tölz, im Frühling 2017

**Markus Reicherzer**

## Danksagung

Auch auf die Gefahr hin, dass diese Zeilen nur von wenigen gelesen werden, ist es mir ein großes Bedürfnis, mich bei einigen Menschen zu bedanken. An erster Stelle sind es die vielzähligen Patienten, die mir im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit begegnet sind. Sie tragen sowohl die komplexen Fragestellungen, aber auch das Lösungswissen in sich. Wie in der Geburtshilfe helfen wir Psychotherapeuten, neue Lebensgestalten zu entwickeln, und werden zu staunenden Beobachtern, über welches Potenzial der Mensch verfügt und zu welchen Entwicklungen er in der Lage ist. Diese Prozesse sind oft langwierig, schmerzhaft, von etlichen Unsicherheiten geprägt und verlangen der Person viel Geduld, Zuversicht und Vertrauen ab. Ich habe den größten Respekt vor den Leistungen unserer Patienten angesichts der z. T. unglaublichen Herausforderungen. Im Zuge der Entwicklung des »Therapeutischen Trainings zur Reaktivierung und Erleichterung Emotionaler Prozeduren« (TREP) gab es eine Reihe von Patienten, die ganz konkrete Verbesserungsvorschläge unterbreiteten oder mit kritischen Fragen und Anmerkungen einen wesentlichen Beitrag geleistet haben, das therapeutische Konstrukt weiterzuentwickeln.

Eine zweite große Gruppe sind die vielen therapeutischen Mitarbeiter der CIP Klinik Dr. Schlemmer in Bad Tölz und der CIP Tagesklinik in München. An diesen beiden Kliniken wurde TREP entwickelt, implementiert und angewandt. Sich auf neue therapeutische Wege zu begeben erfordert einen vertrauensvollen Bezug, Engagement und viel Geduld. Für die kritischen Rückmeldungen, inspirierenden Kommentare und für die grundsätzliche Bereitschaft, sich auf das Abenteuer einzulassen, bin ich voller Dankbarkeit.

Dann gab es den »Inner Circle«, dessen Auftrag es war, die neuen Ideen auf ihre Stimmigkeit hin zu überprüfen. Susanne Kuss und Wolfgang Spittelmeister waren von Anfang an dabei, Barbara Dorn, Maike Kohnert und Kathrin Thrum kamen etwas später hinzu. Sie alle zeichnen ein wunderbares Interesse am Menschen und ein großes Engagement für ihre Patienten aus. Sie waren in der Entwicklungsphase entscheidende »Seismografen« für die Stimmigkeit des Konstrukts in der klinischen Realität.

Gute Seele des Hauses und unersetzbare Stütze an meiner Seite ist Yvonne Schmid, meine Sekretärin. Ihrer Arbeit und ihrem persönlichen Engagement gilt mein herzlicher Dank.

Explizit möchte ich unter meinen vielen Lehrmeistern Martin Bohus benennen. Er ist für mich ein steter Quell der Inspiration und unschlagbares Modell für einen suchenden Geist, beseelt von der Idee, das Leid traumatisierter Menschen zu lindern. Seiner unermüdlichen, zeitweise irritierenden Kritik habe ich es zu verdanken, dass wir uns mit vermeintlich guten Konzepten nicht zufriedengeben konnten und nun auf elf Jahre Entwicklung zurückblicken. Er hat den entscheidenden Beitrag geleistet, dass die Idee in ein vernünftiges klinisches Projekt mündete, welches auch wissenschaftlichen Ansprüchen Genüge leisten kann.

Ich möchte mich bei Wulf Bertram für sein Vertrauen und seine Bereitschaft, mein Buch zu publizieren, bedanken, bei Marion Lemnitz, meiner gewissenhaften Lektorin, und schließlich bei Nadja Urbani, die die Projektleitung inne hatte und für das anschauliche Ergebnis mitverantwortlich ist.

Widmen möchte ich das Buch in tiefer Verbundenheit und Liebe meiner Familie, meiner Frau Astrid und Tochter Lia.

# Arbeitsblätter

Arbeitsblatt	Titel	Kapitel
1	Meine bisherigen persönlichen Fertigkeiten	8.3.4
2	Atemübungen	8.4.2
3	Gelenkte Aufmerksamkeit	8.6.2
4	Alter Weg/Neuer Weg	8.6.5
5	Das Arbeitsfeld	8.6.8
6	Das Lebensfeld	8.6.8
7	Sinn des Lebens (Glaube, Spiritualität)	8.6.9
8	Körper (Gesundheit, Erholung, Fitness etc.)	8.6.9
9	Arbeit (Erfolg, Wohlstand, Karriere)	8.6.9
10	Soziales Netzwerk (Familie, Partnerschaft, Freundschaften)	8.6.9
11	Alternative Ressourcen (Hobbys, Kreativität, Interessensfelder)	8.6.9
12	Fairen Blick anwenden	8.7
13	Tagesrückblick/Tagebuch	8.7
14	Den Alltag mithilfe des INSEL-Skills verbessern	8.7.1
15	Freundlicher mit sich umgehen	8.7.2
16	Grundannahmen protokollieren	8.8.2
17	Grundannahmen überprüfen	8.8.2
18	Gegen Grundannahmen handeln	8.8.2
19	Wunsch und Wirklichkeit	8.8.4
20	Vorsicht Falle	8.9.3
21	Wann sind Emotionen gerechtfertigt?	8.9.5
22	Orientierungshilfen zu VEIN AH	8.9.5
23	Analyse der Kommunikation	8.9.5

Arbeitsblatt	Titel	Kapitel
24	Wellenreiten	8.9.5
25	Angenehme Erfahrungen und Gefühle sammeln	8.9.5
26	Bauen von Verantwortung	8.9.5
27	Chaos durch Planung vorbeugen	8.9.5
28	Checkliste Störungsquellen des Schlafes – Hilfreiches zum Schlafen	8.9.5
29	Checkliste Sucht – Einige Ideen und Hinweise	8.9.5
30	Zwischenmenschliche Fertigkeiten üben	8.10.8
31	Mythen relativieren	8.10.9
32	Persönlicher Vorsorgeplan	8.11.2



Online unter:  
[www.schattauer.de/3218](http://www.schattauer.de/3218)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> . . . . .	1
1.1	Der Begriff der Depression . . . . .	1
1.2	Die Depression im aktuellen diagnostischen Kontext. . . . .	4
1.2.1	Epidemiologische Daten . . . . .	4
1.2.2	Diagnostik . . . . .	5
1.2.3	Genetische Belastung. . . . .	5
1.2.4	Neuroendokrinologische Befunde . . . . .	6
1.2.5	Bildgebende Befunde und Neuroanatomie . . . . .	6
1.2.6	Psychosoziale Faktoren . . . . .	6
1.2.7	Risikofaktoren . . . . .	6
1.2.8	Komorbidität . . . . .	7
1.2.9	Verlauf und Prognose. . . . .	7
1.2.10	Therapie . . . . .	8
1.3	Modelle der depressiven Störung. . . . .	8
<b>2</b>	<b>Das Differentielle Dialektische Modell der Depression (DDMD®)</b> . . . . .	11
2.1	Vorbemerkungen . . . . .	11
2.2	Störung der emotionalen Regulation . . . . .	11
2.2.1	Der depressive Modus . . . . .	12
2.2.2	Depressives Verhalten . . . . .	16
2.2.3	Die zwei depressiven Entitäten . . . . .	17
<b>3</b>	<b>Die Differenzierung der Depression</b> . . . . .	18
3.1	Depression Typ I . . . . .	18
3.2	Depression Typ II . . . . .	18
3.3	Depression Typ III . . . . .	19
3.4	Das Konstrukt. . . . .	19
3.5	Typisierung . . . . .	21
<b>4</b>	<b>Grundbegriffe</b> . . . . .	22
4.1	Das Selbst . . . . .	22
4.2	Selbstentwicklung und Kommunikation . . . . .	23
4.3	Die Grundbedürfnisse. . . . .	24

4.4	Die Persönlichkeit . . . . .	25
4.5	Der therapeutische Fokus in Abhängigkeit zur Mentalisierungsfähigkeit des Patienten . . . . .	26
4.6	Das Schema . . . . .	28
4.7	Die Prozedur 3 zur Emotionsregulation – Dysfunktionales Verhalten . . . . .	29
4.7.1	Allgemeines Modell der Emotionsregulation . . . . .	30
4.7.2	Emotionsregulation durch spezifisches interpersonelles Verhalten . . . . .	30
<b>5</b>	<b>Das Therapeutische Training zur Reaktivierung und Erleichterung Emotionaler Prozeduren (TREEP®) . . . . .</b>	<b>32</b>
5.1	Begrüßungsvortrag . . . . .	32
5.2	Therapeutische Inhalte des Behandlungssettings der Depression vom Typ I . . . . .	35
5.3	Therapeutische Inhalte des Behandlungssettings der Depression vom Typ II . . . . .	37
5.4	Therapeutische Inhalte des Behandlungssettings der Depression vom Typ III . . . . .	40
<b>6</b>	<b>Die Bezugsgruppe . . . . .</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>Die Basisgruppe. . . . .</b>	<b>50</b>
7.1	Die Funktion der Basisgruppe . . . . .	50
7.2	Struktur und Stil der Basisgruppe. . . . .	50
7.3	Inhalte der Basisgruppe bei Depression Typ II . . . . .	52
7.3.1	Die 1. Sitzung. . . . .	52
7.3.2	Die 2. Sitzung. . . . .	54
7.3.3	Die 3. Sitzung. . . . .	56
7.3.4	Die 4. Sitzung. . . . .	58
7.3.5	Die 5. Sitzung. . . . .	60
7.3.6	Die 6. Sitzung. . . . .	62
7.3.7	Die 7. Sitzung. . . . .	64
7.3.8	Die 8. Sitzung. . . . .	69
7.3.9	Die 9. Sitzung. . . . .	70
7.3.10	Die 10. Sitzung . . . . .	73
7.3.11	Die 11. und 12. Sitzung (Freie Spitze). . . . .	74
7.4	Inhalte der Basisgruppe bei Depression Typ III . . . . .	75
7.4.1	Die 1. Sitzung. . . . .	75
7.4.2	Die 2. Sitzung. . . . .	75
7.4.3	Die 3. Sitzung. . . . .	77
7.4.4	Die 4. Sitzung. . . . .	77
7.4.5	Die 5. Sitzung. . . . .	80
7.4.6	Die 6. Sitzung. . . . .	80

7.4.7	Die 7. Sitzung . . . . .	82
7.4.8	Die 8. Sitzung . . . . .	83
7.4.9	Die 9. Sitzung . . . . .	85
7.4.10	Die 10. Sitzung . . . . .	86
7.4.11	Die 11. Sitzung . . . . .	89
7.4.12	Die 12. Sitzung . . . . .	92
7.4.13	Die 13. Sitzung . . . . .	93
7.4.14	Die 14. Sitzung . . . . .	96
7.4.15	Die 15. und 16. Sitzung (Freie Spitze). . . . .	99
7.4.16	Psychopharmakotherapie. . . . .	99
<b>8</b>	<b>Das Skillstraining . . . . .</b>	<b>102</b>
8.1	Einleitung. . . . .	102
8.2	Struktur des Skillstrainings . . . . .	104
8.3	Ziele, Aufbau, Wirkebenen und Bestandsaufnahme des Skillstrainings . . . . .	105
8.3.1	Ziele des Fertigkeitentrainings . . . . .	105
8.3.2	Modularer Aufbau des Fertigkeitentrainings . . . . .	106
8.3.3	Die Wirkebenen für Fertigkeiten . . . . .	107
8.3.4	Bestandsaufnahme . . . . .	107
8.4	Modul 1: Achtsamkeit . . . . .	108
8.4.1	Einführung . . . . .	108
8.4.2	Was-Fertigkeiten . . . . .	109
8.4.3	Wie-Fertigkeiten . . . . .	114
8.4.4	Wise Mind . . . . .	117
8.5	Modul 2: Reaktivierung der Emotionen. . . . .	119
8.5.1	Abkopplungsfertigkeiten . . . . .	119
8.5.2	Wie kann ich dem Gefühl der Gefühllosigkeit und der inneren Leere begegnen? . . . . .	120
8.6	Modul 3: Bewältigung emotionaler Last . . . . .	121
8.6.1	Krisenbewältigung und Skillsketten . . . . .	121
8.6.2	Liste zur Bewältigung emotionaler Last . . . . .	122
8.6.3	Pro- und Contra-Liste. . . . .	128
8.6.4	Persönlicher Krisenplan und Notfallkoffer . . . . .	128
8.6.5	Akzeptanz, Bereitschaft und Offenheit: Das Annehmen der Realität und der Verantwortung . . . . .	130
8.6.6	Werteorientierung und persönliche Ziele . . . . .	132
8.6.7	Coping-Strategien . . . . .	133
8.6.8	Work-Life-Balance . . . . .	133
8.6.9	Bedeutung der Lebensbereiche. . . . .	137



8.7	Modul 4: Selbstwertregulation . . . . .	140
8.7.1	INSEL-Skill zur Verbesserung des Alltags . . . . .	142
8.7.2	Frust ausbalancieren . . . . .	143
8.8	Modul 5: Umgang mit Gedanken . . . . .	145
8.8.1	Achtsamkeit und Denken . . . . .	148
8.8.2	Grundannahmen und Glaubenssätze . . . . .	149
8.8.3	Umgangsformen mit Gedanken: Gedanken sind keine Tatsachen . . . . .	154
8.8.4	Techniken, mit negativen Gedanken und Grübeln umzugehen . . . . .	155
8.9	Modul 6: Umgang mit Gefühlen . . . . .	157
8.9.1	Einführung: Was sind Stimmungen bzw. Emotionen?. . . . .	158
8.9.2	Das allgemeine Emotions-Modell. . . . .	159
8.9.3	Vorsicht Falle: Gegenwärtige Wirklichkeit und vergangenes Erleben . . . . .	160
8.9.4	Emotionales Netzwerk . . . . .	163
8.9.5	Gefühle im Einzelnen . . . . .	163
8.10	Modul 7: Zwischenmenschliche Fertigkeiten . . . . .	200
8.10.1	Orientierung auf das Ziel . . . . .	201
8.10.2	Orientierung auf die Beziehung. . . . .	202
8.10.3	Orientierung auf die Selbstachtung. . . . .	203
8.10.4	Die intersubjektive Falle und der STRESS-Skill . . . . .	203
8.10.5	Nein sagen . . . . .	204
8.10.6	Um etwas bitten . . . . .	205
8.10.7	Hindernisse in zwischenmenschlichen Beziehungen . . . . .	205
8.10.8	Validierung . . . . .	206
8.10.9	Übungssituationen für zwischenmenschliche Fertigkeiten . . . . .	208
8.11	Modul 8: Prophylaxe . . . . .	210
8.11.1	Psychische Gesundheit – CARE-Fertigkeiten . . . . .	211
8.11.2	Den neuen Weg aktiv gestalten – SBSBS . . . . .	211
<b>9</b>	<b>Schlusswort . . . . .</b>	<b>214</b>
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>217</b>
	<b>Sachverzeichnis . . . . .</b>	<b>222</b>

# 1 Einleitung

»Gefährlich und schlecht sind nur jene Traurigkeiten, die man unter die Leute trägt, um sie zu übertönen [...] Ich glaube, daß fast alle unsere Traurigkeiten Momente der Spannung sind, die wir als Lähmung empfinden, weil wir unsere befremdeten Gefühle nicht mehr leben hören. Weil wir mit dem Fremden, das bei uns eingetreten ist, allein sind, weil uns alles Vertraute und Gewohnte für einen Augenblick fortgenommen ist; weil wir mitten in einem Übergang stehen, wo wir nicht stehen bleiben können.«

Rainer Maria Rilke an Franz Xaver Kappus (Schweden, 12.8.1904).<sup>1</sup>

## 1.1 Der Begriff der Depression

Grundsätzlich gehören Gefühle wie Traurigkeit, Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit zu den Grunderfahrungen des Menschen. Sie sind Folge von Misserfolg, Verlust oder übermäßiger Belastung.

Von Depression sprechen wir, wenn diese Grunderfahrungen andauern, immer wiederkehren und/oder für die betreffende Person kein Zusammenhang mit bestimmten Auslösern erkennbar ist. Der depressive Zustand zeigt, dass sich etwas Umfassendes ändern muss, wenn das Leben wieder lebenswert sein soll. Depression ist ein Zeichen dafür, dass sich der Organismus in einem »ohnmächtigen« Zustand angesichts einer ernsthaften Bedrohung befindet.

Obwohl »die Depression« zu den Volkskrankheiten schlechthin gezählt wird, sehen wir uns mit gravierenden begrifflichen Unschärfen konfrontiert. Im klinischen Kontext wird die Heterogenität depressiver Patienten evident. Im Grundrauschen der für die Depression angenommenen multifaktoriellen Genese lassen sich markante Differenzierungsmerkmale kaum mehr abbilden. Bis heute wird die Existenz ätiologisch unterscheidbarer depressiver Erkrankungen immer noch diskutiert (z. B. endogen – neurotisch).

Die Geschichte des Begriffs der Depression in der Fachliteratur ist ebenfalls geprägt von verschiedenen Bemühungen, der klinischen Vielfalt gerecht zu werden. So finden sich an die 40 Attribute der Depression (z. B. ängstliche, bulimische, endogene, larvierte, maskierte oder katatone Depression).

Auch müssen wir uns heute kritisch mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen auseinandersetzen. In den letzten Jahren boomte der Begriff des »Burnout« als möglicher Ausweg einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Einerseits gewinnen psychische Störungen an medialer Bedeutung, stoßen

---

1 [www.rilke.de/briefe/120804.htm](http://www.rilke.de/briefe/120804.htm); letzter Zugriff: 28.03.2017.

aber andererseits noch keineswegs auf eine gute Akzeptanz und Anerkennung in der Gesellschaft. Eine Selbstöffnung im sozialen Umfeld wird in der Regel vermieden, eine Offenbarung am Arbeitsplatz erscheint meist ausgeschlossen. Der Blick in die Vergangenheit lässt allerdings nur einen Schluss zu: Der Versuch, psychische Störungen zu klassifizieren, ist tatsächlich ein schwieriges Unterfangen und wird erschwerend durch kulturelle, gesellschaftliche und politische Strömungen geprägt. Es handelt sich oft um keine zeitkonstanten Entitäten, sondern vielmehr um temporäre Konstrukte.

Soziale Erwünschtheit bzw. Unerwünschtheit werden zu gefährlichen Ratgebern und bergen das Risiko von sozialem Ausschluss infolge einer Vergabe von psychischen Diagnosen. In kaum einem anderen Gebiet medizinischer Diagnostik ist der Bereich der Unschärfe so groß wie bei den psychischen »Störungen«. Die Frage, wo die Normalität endet und wo die Erkrankung beginnt, lässt sich ohnehin nicht nur von Medizinern beantworten. Hier sind weitere Perspektiven gefragt, z. B. von Sozialwissenschaftlern, Philosophen oder Biologen, die sich kontinuierlich in einen sich annähernden Prozess begeben müssten.

Angesichts dieser Komplexität sind Aussagen über die Häufigkeit von Depressionen mit Vorsicht zu betrachten. Laut einer Studie aus dem Jahre 2013 hat die Depression eine Lebenszeitprävalenz von 11,9% (Busch et al. 2013). In einer großen Gesundheitsstudie von 1998 wurde sogar eine Lebenszeitprävalenz von 19% gefunden (Jacobi et al. 2004a). Bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie ist angesichts der Heterogenität depressiver Störungen ebenfalls eine vorsichtige Interpretation angebracht. Driessen et al. (2015) formulierten eine beträchtliche Publikationsbias in diesem Forschungsfeld; unter Berücksichtigung unveröffentlichter Studien ergab sich lediglich eine moderate Effektstärke der Psychotherapie von 0,39. Die Antidepressiva liegen mit einer Effektstärke von 0,31 auf einem ähnlichen Niveau. Überzeichnet man diese statistischen Werte, könnte man zu dem Schluss kommen, dass jeder achte Mensch einmal in seinem Leben depressiv erkrankt, und sowohl Pharmako- als auch Psychotherapie nur mäßige Erfolge vorweisen können.

Um der Gefahr einer Stigmatisierung zu entfliehen, kommen viele Menschen sozusagen durch die Hintertür in psychotherapeutische Behandlung. Unter dem Label »Burnout« sind nicht selten schwere depressive Störungen maskiert. Burnout als Ausdruck von grundsätzlicher Leistungsbereitschaft und Stärke fungiert hier als soziales Feigenblatt. Angesichts der Zunahme psychischer Störungen insgesamt müssen kritische Fragen an die Gesellschaft gerichtet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch ein geändertes Inanspruchnahmeverhalten als mögliche Ursache für die statistische Zunahme psychischer Störungen infrage kommt. Eine durchaus positive Hypothese, würde sie doch auf eine größere Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft hindeuten. Doch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich unsere Gesellschaft in einem steten Wandel befindet und sich daran unterschiedliche neue Herausforderungen anschließen. Die Folgen einiger aktueller soziokultureller Entwicklungen sollten an anderer Stelle genauso kritisch beleuchtet werden. Der menschliche Verstand ist einzigartig. Er ist in der Lage, aktiv in evolutionäre Prozesse einzugreifen, der Mensch sollte sich deshalb einer universellen Verantwortung bewusst sein. Die Generierung neuer

sozialer Systeme mit den damit vergesellschafteten Werten setzt Ursachen, die in die nächsten Generationen Mensch hineinwirken. Der menschliche Organismus ist ohne Zweifel in der Lage, sich an neue Umgebungsbedingungen anzupassen – im Falle einer zukunftsweisenden Entwicklung ein segensreicher Umstand, im Falle existenzieller Herausforderung eine offensichtlich hilfreiche Fähigkeit. Unser kreativer Geist generiert Vorstellungen neuer Welten, die auf dem Boden unserer menschlichen Anpassungsfähigkeit unter Umständen die Realitäten von morgen werden. Diese fantastische »schöpferische« Freiheit verdient eine äußerst kritische und weise Begleitung, um unheilvollen Entwicklungen rechtzeitig begegnen zu können.

Im Umgang mit der menschlichen Psyche stehen wir aktuell vor einer weiteren Herausforderung. Es handelt sich um die Abgrenzung von »gesund versus krank« und die Position psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft. Ärztliche und psychologische Leistungen werden nur dann von den Sozialversicherungssystemen übernommen, wenn es sich um die Behandlung einer Krankheit handelt (Bohus et al. 2009). Ein grundsätzlich stimmiger Ansatz, der allerdings für den psychischen Bereich seine Unzulänglichkeiten birgt und ungünstige Entwicklungen nach sich zog. Das derzeit gültige Klassifikationssystem für psychische Störungen, die ICD-10, ist voll von invalidierenden Begrifflichkeiten und gesellschaftlich ausgrenzenden Attributionen. Begriffe wie neurotisch, Persönlichkeitsstörung, paranoid, schizoid, narzisstisch, Borderline, histrion etc. eignen sich nicht dafür, dass sich Betroffene mit ihrer »Störung« identifizieren können. In Ausnahmefällen geschieht dies zwar (z. B. bei den Borderline-Störungen), es steht aber dann häufig im Verdacht, dysfunktional zu sein.

Der beste Weg aus diesem Dilemma ist die Aufklärung des Patienten über das Dilemma.

Folgende Aspekte sollten vermittelt werden:

- Die »Notwendigkeit«, Diagnosen zu vergeben (Kostenübernahme der Behandlung durch Krankenkassen).
- Erörterung der diagnostischen Schwierigkeiten im psychischen Feld. Normalität versus Störung. Ab wann wird die Ordnung zum Zwang etc.
- Die psychische Störung in Abhängigkeit des soziokulturellen Umfelds (Beispiele: ICD-8: Persönlichkeitsabartigkeiten; ICD-9: Homosexualität; die Persönlichkeitsstörungen: Dienstverweigerer oder »geborene Prostituierte«)
- Emotionale Reaktionen stehen immer in einem lebensgeschichtlichen Kontext. Dieser ist »einzigartig« und lässt sich nicht kategorisieren.
- Vorstellung eines validierenden Modells (► Abb. 1-1). Emotionale Belastungen wirken sich auf das menschliche Verhalten in unterschiedlichen Lebensbereichen aus. Verhaltensänderungen infolge emotionaler Belastungen sind **normal**. Das zu beobachtende Verhalten lässt keine Rückschlüsse auf die Ursachen zu. Zum Beispiel wenden sich Menschen mit einer Krebserkrankung verstärkt religiösen Themen zu oder verstärken die Selbstfürsorge, das ist normal. Das Verhalten kann in den unterschiedlichen Bereichen eine Zu- oder Abnahme erfahren.

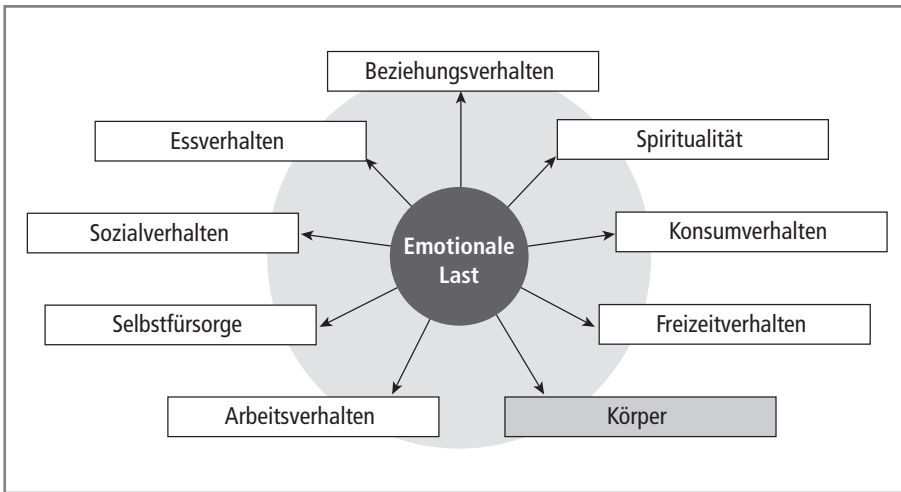


Abb. 1-1 Verhalten und emotionale Last.

Auch die somatische Reaktion aufgrund von hormonellen, immunologischen oder neuronalen Prozessen kann interindividuell sehr verschieden ausfallen.

Bis heute ist die Frage offen, ob zwischen gesundem und krankem Erleben ein Kontinuum besteht (Kontinuitätshypothese) oder sich qualitativ unterschiedliche Gruppen affektiver Störungen abgrenzen lassen. Klinisch lässt sich beobachten, dass sich einige »depressive Störungen« scheinbar nicht behandeln lassen, weder mit pharmakologischen noch psychotherapeutischen Methoden (therapieresistente Depression), viele andere »depressive Störungen« einer rein psychotherapeutischen Behandlung jedoch gut zugänglich sind.

## 1.2 Die Depression im aktuellen diagnostischen Kontext

Unterschiedliche Erhebungsstrategien und Definitionen von depressiven Störungen haben grundlegende Auswirkungen auf die Studienergebnisse. Insbesondere bei den Prävalenzschätzungen streuen die Daten erheblich. Valide Zahlen sind nur schwer zu benennen. Dennoch bieten sie eine gute erste Orientierung bezüglich der Relevanz depressiver Störungen, deren Ätiologie, Pathogenese und Therapie.

### 1.2.1 Epidemiologische Daten

Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen. Sie haben deshalb und auch aufgrund ihrer Komplikationen und Folgen eine herausragende klinische, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung. Die Lebenszeitprävalenz wird in der Literatur mit 16–20 % angegeben (Bijl et al. 1998; Ebmeier et al. 2006; Jacobi et al. 2004b). Das Lebenszeitrisiko, an einer Dysthymie zu erkranken, be-

trägt ca. 4 % (Jacobi et al. 2004b). Neuere Untersuchungen korrigieren die Zahlen etwas nach unten. Danach liegt die 1-Jahres-Prävalenz der »Major-Depression« bei 4–6 %. Korrespondierende Lebenszeitprävalenzen liegen hier bei 9–11 % (Marneros 2004). Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer (Jacobi et al. 2004; Kessler et al. 1994). Diese ungleiche Verteilung kann jedoch durch einen möglicherweise schwerwiegenden epidemiologischen Bias ernstlich infrage gestellt werden (Möller-Leimkühler 2016).

Grundsätzlich können Depressionen in jedem Lebensalter auftreten (Birmaher et al. 1996a, b; Fava u. Kendler 2000; Hankin et al. 1998; Jacobi et al. 2004a; Katon et al. 2003; Weissman et al. 1996; Wittchen et al. 1998). Die Prävalenzzahlen der Depressionen im Alter scheinen sich nicht von denen der unter 65-Jährigen zu unterscheiden (Steffens et al. 2000). Für die Dysthymie liegt die Lebenszeitprävalenz bei höchstens 5–6 % (Narrow et al. 2002), die 1-Jahres-Prävalenz sogar unter 1 %. Auch hier erkranken Frauen etwa zweimal häufiger als Männer.

### 1.2.2 Diagnostik

Als Instrumente der Basisdiagnostik gelten das »Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV« (SKID) (Wittchen et al. 1997) oder die »Internationalen Diagnosen Checklisten« (IDCL) für ICD-10 und DSM-IV (Hiller et al. 1995). Hier ist anzumerken, dass die Interviews entsprechend den in den jeweiligen Diagnosesystemen definierten Symptomen objektive und reliable Befunde ergeben. Für die Schweregradbeurteilung dienen das »Beck-Depressions-Inventar« (BDI-II; Selbstbeurteilung) (Kuhner et al. 2007) sowie das »Inventar depressiver Symptome« (IDS; *Quick Inventory of Depressive Symptoms*, QIDS) (Rush et al. 2003) und die »Hamilton-Depression-Rating-Skala« (HDRS) (Greimel et al. 2011; Hautzinger 2002). Aufgrund der hohen Komorbidität ist darüber hinaus die diagnostische Einschätzung um entsprechende Instrumente zu ergänzen.

### 1.2.3 Genetische Belastung

Der Einfluss genetischer Faktoren wird auf 41 % geschätzt. In Zwillingsstudien ergaben sich Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen von 23–50 % für die unipolaren Depressionen (Maier 2004). Verwandte ersten Grades von unipolar Erkrankten haben ein Wiederholungsrisiko von im Mittel ca. 10 % (McGuffin u. Katz 1989). Nach Bertelsen (1985) steigt das Risiko für ein Familienmitglied, ebenfalls eine affektive Erkrankung zu entwickeln, mit der Anzahl der in der Familie von der Krankheit betroffenen Personen. So haben Kinder zweier affektiv erkrankter Eltern ein Morbiditätsrisiko von ca. 55 %. Bezüglich der Dysthymie sind die Befunde selten. Es scheint nur wenige Schnittmengen zur »neurotischen Depression« zu geben. Somit sind die Daten älterer Studien kaum zu verwenden. In der Zwillingsstudie von Torgersen (1986) gibt es Hinweise, dass die Dysthymie keine nosologische Einheit darstellt.

### 1.2.4 Neuroendokrinologische Befunde

Die Befunde im neuroendokrinen Bereich leiden unter einem Mangel an Sensitivität und Spezifität. Außerdem scheint es nahezu unmöglich, angesichts des heterogenen Krankheitsbildes der »depressiven Störung« biologische Marker zu validieren (van Praag 1993). Eine genau definierte Funktionsstörung im Gehirn konnte bislang nicht lokalisiert werden.

### 1.2.5 Bildgebende Befunde und Neuroanatomie

Mit den heutigen technischen Möglichkeiten ließen sich bislang keine spezifischen Befunde darstellen. Die neuropathologischen Untersuchungen ergaben ebenfalls bisher keine stringenten depressionstypischen Veränderungen (Laux 2003).

### 1.2.6 Psychosoziale Faktoren

Als Risikofaktoren für eine akute Depression gelten frühere traumatische Erfahrungen, disharmonische Partnerschaften, ein Mangel an sozialen Stützsyste-men, eine untere soziale Schichtzugehörigkeit, belastende Lebensereignisse, chronische Belastungen, städtische Lebensumwelt, Industrialisierung und Modernisierung. Andererseits ist eine vertrauensvolle persönliche Beziehung als protektiver Faktor gesichert (Jenkins u. Meltzer 1995). Ein hohes Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung korrelieren mit niedrigeren Depressionsraten (Bijl et al. 1998; Jenkins u. Meltzer 1995).

### 1.2.7 Risikofaktoren

Für depressive Störungen wurden einige Risikofaktoren identifiziert. Deren störungsspezifischer Bezug und therapeutische Wertigkeit müssen kritisch hinterfragt werden. Angesichts der diagnostischen Unschärfen spiegeln die bekannten Risikofaktoren eher allgemeine Stressoren wider:

- frühere depressive Phasen
- frühere traumatisierende Erfahrungen
- weibliches Geschlecht
- jüngeres Erwachsenenalter
- familiäre Belastung mit affektiven Störungen
- disharmonische Partnerschaft
- Mangel an sozialen Stützsyste-men
- untere soziale Schichtzugehörigkeit
- belastende Lebensereignisse
- chronische Belastungen
- städtische Lebensumwelt
- Industrialisierung und Modernisierung

### 1.2.8 Komorbidität

Kessler et al. (1999) konnten nachweisen, dass 58 % der Personen, die in ihrem Leben schon einmal an einer Major Depression litten, in der Vorgeschichte eine Angststörung hatten. Die Lebenszeitkomorbidität der Dysthymie mit Angststörungen wird mit 46 % angegeben (Narrow et al. 2002). Die Lebenszeitkomorbidität zwischen einer unipolaren Depression und einer Zwangsstörung liegt bei 2–12 % (Angst 1996; Chen u. Dilsaver 1995). Bei der Dysthymie sind die Verhältnisse sehr ähnlich. In internationalen epidemiologischen Studien zeigte sich eine Komorbidität mit Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch zwischen 10 und 28 % (Merikangas et al. 1996; Weissman et al. 1996). Bei Missbrauch oder Abhängigkeit von illegalen Rauschmitteln sind die Korrelationen ähnlich wie bei Alkohol einzustufen (Marneros 2004). Bei chronischen Depressionen besteht meist eine Komorbidität. Zur Dysthymie liegen nur wenige Daten vor. Das Risiko, komorbid zu erkranken, scheint jedoch gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. Patienten mit depressiven Störungen weisen mehr Persönlichkeitsstörungen auf als Personen der Normalbevölkerung. Bei ca. 47 % (Doyle et al. 1999) finden sich Persönlichkeitsstörungen, für die Dysthymie liegt der Median (32 Studien) bei 56 %. Die Häufigkeit der einzelnen Persönlichkeitsstörungen bei unipolaren depressiven Patienten variiert in den Studien deutlich. Dies könnte daran liegen, dass die Persönlichkeitsstörungen noch weniger »natürliche« Entitäten darstellen als die anderen psychiatrischen Diagnosen (Helmchen 2003). Essstörungen gelten grundsätzlich als schwer erfassbar. Fava et al. (1996) fanden unter 396 depressiven ambulanten Patienten bei 4,6 % der Frauen und 1,5 % der Männer die Lebenszeitdiagnose einer Anorexie und bei 16,5 % der Frauen und 3 % der Männer die Lebenszeitdiagnose einer Bulimie. Die gleiche Untersuchung ergab einen Anteil von 0,8 % an Somatisierungsstörungen, 1,3 % mit somatoformen Schmerzstörungen und 1,8 % mit einer Hypochondrie.

### 1.2.9 Verlauf und Prognose

Depressionen zeichnen sich meist durch einen episodischen Verlauf aus (Ustun 2000). Die mittlere Episodendauer behandelter depressiver Störungen wird auf 16 Wochen geschätzt (Kessler et al. 2003). Depressive Störungen weisen eine große interindividuelle Variabilität auf und werden in der Literatur wie folgt beschrieben:

- depressive Episode mit vollständiger Remission
- depressive Episode mit unvollständiger Remission
- rezidivierende Depression
- Dysthymie
- depressive Episode mit vorangegangener Dysthymie
- chronifizierte depressive Episode

Circa 10–20 % aller depressiven Störungen verlaufen chronisch (Keller et al. 1984, 1992). Bis zu 80 % aller Patienten in stationären Behandlungen leiden an einer chronischen Verlaufsform.



Über den Lebenslauf betrachtet kommt es bei mindestens 50 % der Fälle nach der Ersterkrankung zu wenigstens einer weiteren depressiven Episode (Kupfer 1991; Olfson et al. 2000). Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf 70 % und liegt nach der dritten Episode bei 90 % (Kupfer 1991). Die Lebenszeitmortalität bei depressiven Störungen aller Schweregrade beträgt 4–5 %. Bei Patienten, die unter so schweren rezidivierenden depressiven Störungen leiden, dass ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, beträgt die Wahrscheinlichkeit, schließlich durch Selbstmord zu sterben, 15 % und liegt somit deutlich über der Suizidrate bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Depressive Störungen stellen die häufigste psychische Ursache für Suizide dar.

### 1.2.10 Therapie

Antidepressive Pharmakotherapie und Psychotherapie sind als Monotherapie in der Akutbehandlung (12–20 Wochen) leichter bis mittelschwerer Depression mindestens gleichermaßen wirksam. Beide sind jedoch schwach wirksam hinsichtlich der Remission (20–30 %). Die psychotherapeutischen Maßnahmen sind im Vergleich zu Pharmakotherapie mit deutlich weniger Rückfällen verbunden. Die Kognitive Verhaltenstherapie, die Interpersonelle Psychotherapie sowie die Pharmakotherapie erreichen Responseraten um 50 % (DeRubeis et al. 1999; Hollon et al. 2002; Montgomery et al. 1994).

## 1.3 Modelle der depressiven Störung

Derzeit zählt die Depression nach ICD-10 (Dilling et al. 2013) zu den affektiven Störungen. Sie wird über klinische und explizit ausformulierte diagnostische Kriterien nachgewiesen. Die Kriterien beruhen in erster Linie auf den Symptomen der Erkrankung, ihrer Persistenz und Schwere, den daraus resultierenden Einschränkungen und Behinderungen sowie ihrem Verlauf. Diese Krankheitskonzeption hat bewusst auf eine ätiologisch orientierte Einteilung verzichtet, da aufgrund der Vielfalt existierender Modelle und nachgewiesener Entstehungsfaktoren ein konsensfähiges einheitliches Modell unmöglich erschien, was die Voraussetzung für einen breiten wissenschaftlichen Umgang mit der Störung ist.

Die Argumente für diesen konzeptuellen Ansatz sind stichhaltig. Auf der anderen Seite birgt dieser Ansatz das Risiko, der Komplexität depressiver Phänomene nicht gerecht werden zu können und so unter Umständen zum Hemmschuh für neue innovative Entwicklungen zu werden. Für den Umgang mit Patienten, die an einer Depression leiden, ist es lohnend, sich die unterschiedlichen Modelle zur Störung anzusehen. Hier existiert ein immenser Wissensschatz, der dazu beiträgt, der Depression therapeutisch effektiv zu begegnen.

Die folgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und komplexe Darstellung der einzelnen Modelle. Die wesentlichen Kernelemente liefern jedoch wertvolle Hinweise auf Teilaspekte depressiver Störungen, die es bei der weiteren differenzierten Betrachtung zu berücksichtigen gilt.