

Gerhard Dieter Ruf

Depression und Dysthymia

Zweite Auflage, 2022

Vorwort der Herausgeber	7
Vorwort	9
Zu diesem Buch	12
1 Depression und Dysthymia	14
1.1 Vom Phänomen zur Diagnose.	14
1.2 Affektive Störungen in der ICD-10.	15
1.3 Depression in der ICD-10.	16
1.4 Dysthymia in der ICD-10	18
1.5 Differenzialdiagnose	19
1.6 Epidemiologie und Verlauf.	20
2 Klassische Konzepte zu Depressionen	22
2.1 Historische Erklärungsmodelle	22
2.2 Das psychiatrische Störungsmodell und klassische Therapieformen	22
2.3 Anthropologische Erklärungsmodelle und Interventionsansätze	25
2.4 Verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle und Interventionsansätze	27
2.5 Psychodynamische Erklärungsmodelle und Interventionsansätze	30
3 Depression und Dysthymia aus Sicht der Systemtherapie	33
3.1 Depressive Störungen aus Sicht der früheren Systemtherapie (Kybernetik erster Ordnung)	33
3.2 Depressive Störungen aus Sicht der modernen Systemtherapie (Kybernetik zweiter Ordnung)	39
4 Ein systemisches Störungsmodell	44
4.1 Eine systemtheoretische Beschreibung	44
4.2 Das biologische System bei depressiven Störungen	47
4.3 Das psychische System bei der Depression	48

4.4	Das soziale System bei der Depression	53
4.5	Das psychische System bei der Dysthymia	57
4.6	Das soziale System bei der Dysthymia.	58
4.7	Wege zur Chronifizierung	62
5	Systemische Therapie depressiver Störungen	63
5.1	Prinzipien	63
5.2	Schwerpunkte bei der Depression	86
5.3	Schwerpunkte bei der Dysthymia	94
5.4	Kontexte	100
5.5	Methoden	107
6	Nebenwirkungen der klassischen Depressionstherapie aus systemisch-konstruktivistischer Sicht	153
7	Ausführliche systemische Fallbeispiele	155
7.1	Behandlung einer Patientin mit der Diagnose rezidivierende depressive Störung	155
7.2	Behandlung einer Patientin mit der Diagnose Dysthymia	173
8	Evaluation	183
	Ergänzendes Online-Material	185
	Literatur	186
	Über den Autor	192

Vorwort der Herausgeber

Ursprünglich ein querdenkendes Außenseiterkonzept, hat sich der systemische Ansatz heute in vielen Bereichen der Therapie und der Beratung theoretisch wie praktisch etabliert. Auch Vertreter anderer Schulen bereichert er mittlerweile in ihrer Arbeit. Die Etablierung eines Paradigmas birgt für dieses selbst aber auch Risiken, weil sie stets mit der Verfestigung von Denk- und Handlungsgewohnheiten einhergeht. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* stellt sich vor diesem Hintergrund zwei Herausforderungen: Nichtsystemischen Behandlern und Vertretern anderer Therapierichtungen soll sie komprimiert und praxisorientiert vorstellen, was die systemische Welt im Hinblick auf bestimmte Störungsbilder zu bieten hat. Innerhalb der Systemtherapie steht sie für eine neue Phase im Umgang mit dem Konzept von »Störung« und »Krankheit«.

Historisch gesehen war einer ersten Phase mit erfolgreichen Konzepten zu Krankheitsbildern wie Schizophrenie, Essstörungen, psychosomatischen Krankheiten und affektiven Störungen eine zweite Phase gefolgt, die geprägt war von einem gezielten Verzicht oder einer definitiven Ablehnung aller Formen störungsspezifischer Codierungen. In jüngerer Zeit wenden sich manche Vertreter der systemischen Welt wieder störungsspezifischen Konzepten und Fragen zu – und werden von anderen dafür deutlich attackiert. Diese neue Welle ist bedingt durch die Anerkennung der Systemtherapie als wissenschaftliches Heilverfahren, durch den Antrag auf deren sozialrechtliche Anerkennung und nicht zuletzt dadurch, dass viele im klinischen Sektor systemisch arbeitende Kollegen täglich gezwungen sind, sich zu störungsspezifischen Konzepten zu positionieren.

Die systemische Welt hat hierzu einiges anzubieten. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* will zeigen, dass und wie die Systemtheorie mit traditionellen diagnostischen Kategorien bezeichnete Phänomene ebenso gut und oft besser beschreiben, erklären und mit hoher praktischer Effizienz behandeln kann. Sie verfolgt dabei zwei

Ziele: Zum einen soll systemisch arbeitenden Kollegen das große Spektrum theoretisch fundierter und praktikabler systemischer Lösungen für einzelne Störungen zugänglich gemacht werden – ohne das Risiko, die eigene systemische Identität zu verlieren, im besten Fall sogar mit dem Ergebnis einer gestärkten systemischen Identität. Gleichzeitig soll nichtsystemischen Behandlern und Vertretern anderer Schulen das umfangreiche systemische Material an Erklärungen, Behandlungskonzepten und praktischen Tools zu verschiedenen Störungsbildern auf kompakte und nachvollziehbare Weise vermittelt werden.

Verlag, Herausgeber und Autoren bemühen sich, einerseits eine für alle Bände gleiche Gliederung einzuhalten und andererseits kreativen systemischen Querdenkern die Freiheit des Gestaltens zu lassen.

An die Stelle der Abgrenzung und der Konkurrenz zwischen den verschiedenen Therapieschulen ist heute der Austausch zwischen ihnen getreten. Die Reihe *Störungen systemisch behandeln* versteht sich als ein Beitrag zu diesem Dialog.

Dr. Hans Lieb, Dr. Wilhelm Rotthaus

Vorwort

Die »Depression« hat das Schattendasein einer stigmatisierten psychischen Krankheit verlassen und wurde zu einem gesellschaftlichen Thema. Fast ein Fünftel der Deutschen wie auch der Weltbevölkerung würden irgendwann in ihrem Leben die Diagnosekriterien erfüllen (Laux 2011b). Depressionen stehen in Deutschland als Ursache einer Frühberentung an erster Stelle und gehören zu den häufigsten Gründen für Krankschreibungen (Bundespsychotherapeutenkammer 2013).

Was ist eine Depression? Unter »Depression« (von lateinisch *deprimere* = niederdrücken) wird in unserer Gesellschaft eine Störung der Affekte mit einer niedergedrückten Stimmungslage verstanden. Mit »Dysthymia« (von altgriechisch *Missmut*; *dys-* = schlecht, schwer, miss-; *thymos* = Gemüt) wird eine leichtere und chronisch verlaufende Form depressiver Verstimmungen bezeichnet.

Aber sind schlechte Stimmungen und Ängste nicht auch etwas Normales, das zum Leben gehört? Ist eine schwere Trauer nach dem Tod des Partners eine Krankheit, wenn sie länger als zwei Wochen dauert¹? Bei einer Depression lässt sich in der Regel beobachten, dass sich Betroffene zu hohe Ziele setzen und dann am Scheitern leiden. Tun wir das nicht bisweilen alle? Bringt eine Leistungsgesellschaft, in der Erfolg zu den höchsten Werten zählt, nicht zwangsläufig immer mehr Menschen zum Scheitern, wenn sie die hochgesteckte Messlatte nicht erreichen können oder wollen? Liegt dann eine psychische »Krankheit« mit einer Funktionsstörung des Gehirns vor oder handelt es sich um ein gesellschaftliches Phänomen?

»Der auf diese Weise zum Erfolg gezwungene Mensch verkümmert zur Leistungsmaschine, wie umgekehrt die Vorstellung einer Leistungsmaschine den Erfolgszwang nach sich zieht. Menschliche Möglichkeiten – etwas die des Nichtkönnens, des Nichtwollens,

.....
1 In der neuen amerikanischen Diagnosenklassifikation DSM-V wird eine schwere Trauerreaktion, die länger als zwei Wochen dauert, als Depression klassifiziert (Maj 2013).

des Verweigerns – werden auf Hirnfunktionen und auf das Müssen und Sollen reduziert. Die nicht genutzten Möglichkeiten werden zu einem Defekt der Hirnfunktion, der schnell und effizient behoben werden muss und behoben werden kann« (Retzer 2012, S. 208).

Das Denken in Krankheitskategorien hat sich in unserer Gesellschaft etabliert und eröffnet legale und von allen akzeptierte Wege, von den Zwängen des Leistungsdrucks eine Auszeit und Schonung zu erhalten. Unterstützt von der Pharmaindustrie konzentriert sich die Forschung vor allem auf biologische Veränderungen des Nervensystems, während die psychischen Vorgänge und die Kommunikation im sozialen Gefüge der Gesellschaft nur geringes Interesse finden. Die biologischen Erklärungen für die niedergedrückte Stimmung kommen nicht nur den Marktinteressen der Pharmaindustrie entgegen, sondern auch vielen Betroffenen und Angehörigen, weil die Diagnosestellung jeden von Schuld und Verantwortung befreit. Die Depression wird als Schicksal gesehen, das quasi vom Himmel fällt.

Arnold Retzer plädiert für eine Umkehr und ein Zulassen von schlechten Stimmungen, Angst, Trauer und Hoffnungslosigkeit:

»Unsere miesen Stimmungen sind Ausdruck und Ergebnis unserer sehr persönlich erlebten und erlittenen Krisen [...]. Sie bieten uns die Chancen der Veränderung. Wenn wir nicht länger autistische Leistungs- und Erfolgsmaschinen oder biologieterrorisierte Haustiere sein wollen, besteht unsere Chance gerade darin, kaputtzugehen, das heißt, nicht mehr zu funktionieren [...]. Sich den Erfolgserwartungen zu entziehen erlaubt, sich selbst wieder in den Blick zu nehmen und die Frage zu stellen, wer man eigentlich ist« (Retzer 2012, S. 293 f.).

Diese Polarität zwischen den Kategorien Krankheit bzw. Störung und Normalität ist Thema der systemischen Psychiatrie und Therapie. Es geht um die Frage, wann ein Denken in Krankheitskategorien sinnvoll und hilfreich ist, wann es eher behindert oder schadet und wann sich selbst erfüllende Prophezeiungen gerade zu dem führen, was man befürchtet. Manche Probleme und Symptome werden durch sogenannte zirkuläre Prozesse, das sind Rückkopplungsprozesse, aufrechterhalten. Probleme entstehen auch durch Erklärungen, die den subjektiven

oder den wissenschaftlichen Beobachtungen gegeben werden. Erklärungen können Hoffnung machen oder nehmen, können erleichtern oder bedrücken. Gerade bei depressiven Störungen spielen sie eine wichtige und meist unterschätzte Rolle.

In der systemischen Therapie werden solche Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln thematisiert und alternative Sichtweisen angeboten. Wenn diese besser zum Leben der Betroffenen passen, können sie zur Problemlösung verhelfen und Symptome überflüssig werden lassen. Depressive Symptome können in manchen Fällen als normale Trauer, als Erschöpfung oder als Signal dafür gesehen werden, dass die Lebensform nicht stimmt und eine Veränderung im Leben ansteht, sei es im privaten Bereich oder im Beruf.

Systemische Therapie und Beratung ist eine bewährte und gut evaluierte Methode, die in unterschiedlichen psychotherapeutischen und psychiatrischen Arbeitsfeldern und Kontexten eingesetzt werden kann. Sie ist besonders flexibel bezüglich der Settings und Zeitrahmen (von Schlippe u. Schweitzer 2012, S. 349) und kommt meist mit wenigen, über einen längeren Zeitraum verteilten Sitzungen aus. Häufig werden Sitzungen alle vier Wochen oder in noch längeren Intervallen angesetzt, insgesamt durchschnittlich ca. 10 bis 12 Sitzungen (vgl. Simon, Clement u. Stierlin 2004, S. 303 f.).

Dass auch bei einer sogenannten »schweren« oder »chronifizierten« Depression oft kleine Impulse in wenigen Sitzungen ausreichen, um Muster zu verstören, die die Störung aufrechterhalten, mag verwundern. Oft wird übersehen, dass schon die Diagnosestellung einer »schweren« Depression zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden und die befürchtete Chronifizierung fördern kann. Immer wieder berichten mir Patienten, wie die ängstliche Aufmerksamkeitsfokussierung auf einen möglichen »Rückfall« in die Depression durch Sorgen und eine innere Anspannung eben diesen auch provozieren kann. Hilfreich sind in solchen Fällen die ressourcenorientierte systemische Haltung und spezifische Interventionen, wenn sie zum problematischen Denk- und Verhaltensmuster eine passende, bessere Lösung darstellen.

Zu diesem Buch

Dieses Buch soll spezifische psychische und soziale Muster bei Depression und Dysthymia verdeutlichen und systemische Therapiemethoden zur Veränderung problematischer Muster zur Verfügung stellen. Der Schwerpunkt liegt auf der ambulanten Behandlung. Bei den Fallbeispielen sind die akuten, meist in der Klinik behandelten Symptome bereits abgeklungen. Die vorgestellten Methoden können jedoch auch im stationären Kontext Anwendung finden.

Systemische Therapie kann als Einzel-, Paar- oder Familientherapie durchgeführt werden. Weil die meisten Patienten eine Einzeltherapie wünschen, habe ich überwiegend solche Fallbeispiele vorgestellt. Ab und zu wird in meiner Praxis auch eine Kombination von Einzel- und Familientherapie durchgeführt. Eine Indikation zur Familientherapie besteht bei entsprechendem Wunsch des Klienten üblicherweise dann, wenn er in einer Familie lebt oder wenn die Familie sonst eine wichtige Rolle für das Problem oder die Lösung zu spielen scheint.

Theorie und Methoden der systemischen Therapie finden bei verschiedenen psychischen Störungen Anwendung. Einige Abschnitte dieses Buches wurden aus meinem Buch *Schizophrenien und schizoaffective Störungen* (Ruf 2014) übernommen, weil sie auch zur Therapie depressiver Störungen passen. Detaillierte Erläuterungen, wie zum Beispiel wissenschaftliche Erklärungen oder therapeutische Interventionen, wurden im Text durch eine *kursive Schreibweise* gekennzeichnet. Als ergänzendes Material werden einzelne Interventionen zur jeweils gezielten Anwendung online bereitgestellt.²

Beratung und Therapie gehen fließend ineinander über; ich habe im Text nicht streng dazwischen getrennt. Das Gleiche gilt für die Begriffe Klient und Patient. Wegen der besseren Lesbarkeit habe ich auch nicht immer die männliche und weibliche Form aufgeführt; beides soll als austauschbar gelten, sofern aus dem Text nichts anderes

.....

² carl-auer.de/depression-und-dysthymia/therapiekarten

hervorgeht. Alle Fallbeispiele sind so weit anonymisiert, dass Rückschlüsse auf die jeweiligen Patienten nicht möglich sind.

An dieser Stelle danke ich meiner Frau Ulrike Preuß-Ruf ganz herzlich für ihre Beiträge zur Familientherapie einiger Patienten, für die Durchsicht des Manuskripts und für viele wertvolle Ratschläge. Mein besonderer Dank gilt auch dem Herausgeber der Buchreihe Dr. Hans Lieb für viele hilfreiche Anregungen.

Wenn es für das Verständnis des Therapieprozesses hilfreich erschien, habe ich die Familienstruktur grafisch in einem Genogramm dargestellt.

1 Depression und Dysthymia

1.1 Vom Phänomen zur Diagnose

Frau L. klagte mit monotoner Stimme und verarmter Mimik und Gestik, für sie sei alles von heute auf morgen zusammengebrochen. Sie habe keine Energie und keinen Antrieb, sitze wie im Loch und komme nicht mehr hoch, werde von Zukunftsängsten geplagt. Nachts schlafe sie nur zwei Stunden und wache dann mit Angst und nassen Händen auf. Seit einem Vierteljahr gehe es ihr so schlecht. Davor habe sie immer funktioniert und sei das Oberhaupt in der Familie gewesen.

Das ist die *Beschreibung* eines Phänomens. Es spielt sich vor allem in der Kommunikation ab, also im sozialen System. Die von Frau L. beklagten Beschwerden – genauer: ihre verbale und nonverbale Kommunikation darüber – sind für die Menschen ihrer Umgebung nicht nachvollziehbar und verstehbar. Nach ihren Äußerungen ist anzunehmen, dass ihre Gedanken und vor allem ihre Gefühle oder Affekte, das psychische System, wesentlich beteiligt sind. All das wäre ohne ihr Nervensystem, das Gehirn, also das biologische System, nicht möglich. In allen drei Systemen wirkt Frau L. etwas anders als andere Menschen.

Für dieses schon seit Menschengedenken existierende Phänomen nicht nachvollziehbarer Affekte wurden im Lauf der Geschichte unterschiedliche *Erklärungen* entwickelt (vgl. Abschnitt 2.1), bis sich die westliche Medizin dieses Phänomens annahm und es als psychische Krankheit einordnete. Auch heute noch gibt es in asiatischen Kulturen andere Beschreibungen für Niedergeschlagenheit; so manifestieren sich in Südostasien Trauer und familiäre Konflikte eher als Herzbeschwerden; in Japan konnten bis zum Jahr 2000 Antidepressiva nicht systematisch vermarktet werden; zwischenzeitlich wurden die westlichen Depressionskonzepte, von der Pharmaindustrie forciert, in die dortigen Länder eingeführt und führten zu einem florierenden Absatzmarkt für Antidepressiva (Asen 2013).

Bestrebungen zu einer internationalen Vereinheitlichung von Diagnosekriterien führten zur Entwicklung der *International Classification of Diseases* der Weltgesundheitsorganisation, die immer wieder überarbeitet wird und jetzt mit der ICD-10 in der 10. Version vorliegt (Dilling, Mombour u. Schmidt 1993).³ Die Veröffentlichung der 11. Version ist für 2015 geplant. In der ICD-10 wird auf den problematischen Begriff der psychischen »Krankheit« verzichtet und stattdessen von »Störung« gesprochen. Damit meint man einen »klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten [...], der [...] mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden« ist (a. a. O., S. 23). Affektive Störungen werden unter der Diagnosekategorie F3 eingruppiert.

Damit wird in der Psychiatrie der Beobachtungsrahmen auf das Individuum begrenzt und eine Norm von Verhalten und psychischen und biologischen Funktionen postuliert; Abweichungen von dieser Norm begründen dann die psychiatrische Diagnose. Im Begriff »Krankheit« oder »Störung« ist die *Beschreibung* von Phänomenen (den geäußerten Klagen und dem gezeigten Antriebsmangel, also den Symptomen) und die *Erklärung* über die Entstehung dieser Symptome (die angenommene Funktionsstörung) vermischt. Die Erklärungen auch für soziale Phänomene werden im psychischen und biologischen System gesucht (vgl. Lieb 2014; Simon 1995).

1.2 Affektive Störungen in der ICD-10

Die Diagnosekategorie F3 der ICD-10 beinhaltet die *affektiven Störungen*; Hauptsymptome dieser Störungen sind eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder hin zu einer gehobenen Stimmung. Die meisten dieser Störungen tendieren zu wiederholtem Auftreten. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

.....
3 Auf die ähnliche, in Amerika favorisierte Diagnosenklassifikation DSM-V möchte ich aus Platzgründen hier nicht näher eingehen.

Die affektiven Störungen werden unterteilt in F30 *manische Episode*, F31 *bipolare affektive Störung*, F32 *depressive Episode*, F33 *rezidivierende depressive Störungen*, F34 *anhaltende affektive Störungen (Dysthymia u. a.)* und in die Ausweiskategorien F38 *sonstige affektive Störungen* und F39 *nicht näher bezeichnete affektive Störung*. In dem vorliegenden Buch wird die systemische Therapie der häufigsten depressiven Störungen, nämlich der depressiven Episode, der rezidivierenden depressiven Störung und der Dysthymia, behandelt. Die beschriebenen Muster und Therapiemethoden sind im Wesentlichen auch auf die selteneren Variationen der Störungen übertragbar, die in den hier nicht näher beschriebenen Ausweiskategorien der ICD-10 klassifiziert werden.

1.3 Depression in der ICD-10

Nach der ICD-10 liegt eine *depressive Episode* vor, wenn eine Person unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs leidet. Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf.

Andere häufige Symptome sind:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit

Gewöhnlich wird eine Dauer der Symptome von mindestens zwei Wochen verlangt; kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind.

Zusätzlich kann ein *somatisches Syndrom* vorliegen, wenn sich folgende Symptome zeigen:

8. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
9. Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
10. Fröhliches Erwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
11. Morgentief
12. Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
13. Deutlicher Appetitverlust
14. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts
15. Deutlicher Libidoverlust

Das somatische Syndrom ist nur dann zu diagnostizieren, wenn wenigstens vier der genannten Symptome eindeutig feststellbar sind.

Wenn von den typischen Symptomen depressive Verstimmung, Verlust von Interesse oder Freude und erhöhte Ermüdbarkeit mindestens zwei vorliegen und außerdem mindestens zwei der oben genannten anderen Symptome, wird eine *leichte depressive Episode* diagnostiziert. Bei drei oder vier der anderen Symptome und einem besonders ausgeprägten Schweregrad ist die Diagnose einer *mittelgradigen depressiven Episode* zu stellen. In einer *schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome* zeigt der Patient meist erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit oder Hemmung, außerdem Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld, ein somatisches Syndrom und in schweren Fällen ein hohes Suizidrisiko; alle drei typischen und mindestens vier andere Symptome werden gefordert. Bei einer *schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen* treten zusätzlich Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor (Erstarrung, Betäubung mit Fehlen jeder Reaktion auf Versuche der Kontaktaufnahme) auf; der Wahn schließt gewöhnlich Ideen der Versündigung, der Verarmung oder einer bevorstehenden Katastrophe ein; akustische Halluzinationen bestehen gewöhnlich aus diffamierenden oder anklagenden Stimmen; Geruchshalluzinationen beziehen sich auf Fäulnis oder verwesendes Fleisch. *Sonstige depres-*

sive Episoden können in die genannten Kategorien nicht sicher eingeordnet werden, z. B. Mischbilder vor allem somatischer Art.

Eine *rezidivierende depressive Störung* ist durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert. Die Episoden dauern meistens zwischen drei und zwölf Monaten, eine Minderheit von Patienten entwickelt eine anhaltende Depression vor allem im höheren Lebensalter. Für die systemische Therapie macht es keinen relevanten Unterschied, ob eine depressive Episode nur ein Mal oder rezidivierend auftritt.

1.4 Dysthymia in der ICD-10

Mit *Dysthymia* wird eine chronische depressive Verstimmung bezeichnet, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt. In der Anamnese können allerdings die Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt gewesen sein. Die Patienten haben gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschreiben. Meistens fühlen sie sich aber müde und depressiv; alles ist für sie eine Anstrengung und nichts wird genossen. Sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und fühlen sich unzulänglich, sind aber in der Regel fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertigzuwerden. Die Dysthymia beginnt gewöhnlich früh im Erwachsenenleben; sie hat viel mit den Konzepten der depressiven Neurose oder neurotischen Depression gemeinsam. Eine Dauer von mindestens zwei Jahren wird gefordert.

Eine Dysthymia kann gelegentlich von einer depressiven Episode überlagert werden. Dann können beide Diagnosen nebeneinander verwendet werden⁴.

.....
4 Der Begriff »Doppeldepression« wird dafür manchmal verwendet.

1.5 Differenzialdiagnose

Als psychiatrische Differenzialdiagnose ist vor allem an eine *Anpassungsstörung* zu denken; damit werden Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen wie auch schwerer körperlicher Erkrankung bezeichnet. Auch eine Trauerreaktion ist dieser Diagnose zuzuordnen. Die Depression unterscheidet sich von der Anpassungsstörung durch Gefühllosigkeit, Schuldgefühle, ausgeprägten Antriebsmangel oder auch durch einen depressiven Schuld- oder Verarmungswahn.

Bei einer *bipolaren affektiven Störung* treten neben den depressiven Episoden auch hypomanische oder manische Episoden auf. Diese sind gekennzeichnet durch eine meist Tage oder Wochen andauernde Antriebssteigerung, gehobene Stimmung, vermehrte Aktivität und vermindertes Schlafbedürfnis. Als *Hypomanie* wird eine leichte Ausprägung bezeichnet. Bei der Manie gehen auch übliche soziale Hemmungen verloren, und es kommt zu überhöhter Selbsteinschätzung und Größenideen.

Die Diagnose *schizoaffektive Störung* sollte gestellt werden, wenn sowohl eindeutig schizophrene (wie Wahn oder Halluzinationen) als auch eindeutig affektive Symptome (manische Symptome mit Antriebssteigerung oder depressive Symptome mit gedrückter Stimmung und Antriebsmangel) gleichzeitig oder nur wenige Tage getrennt voneinander während der gleichen Krankheitsperiode vorhanden sind.

Depressive Symptome können in allen Stadien einer *Schizophrenie* auftreten, häufig im Vorfeld (Prodromalstadium) oder nach Abklingen akuter schizophrener Symptome, dann als *postpsychotische Depression* bezeichnet.

Auch bei anderen psychiatrischen Störungen können depressive Verstimmungen in Kombination mit den jeweils spezifischen Symptomen auftreten, so bei *Angst- und Panikstörungen*, sogenannten *Persönlichkeitsstörungen*, *somatoformen Störungen*, *Alkoholabhängigkeit* oder bei einem *Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom* im Erwachsenenalter.

Die *organische affektive Störung* infolge einer Schädigung des Gehirns ist durch eine Veränderung der Stimmung charakterisiert. Eine zugrunde liegende zerebrale oder andere körperliche Störung muss mittels körperlicher oder Laboruntersuchungen belegt oder aufgrund einer entsprechenden Krankengeschichte vermutet werden. Infrage kommen unter anderem viele internistische Erkrankungen, wie Infektionen, Hormonstörungen, Herz- oder Leberkrankheiten.

1.6 Epidemiologie und Verlauf

Die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen, d. h. die Anzahl der Menschen im Verhältnis zur Bevölkerung, bei denen im Lauf ihres Lebens irgendwann diese Diagnose gestellt wird, liegt national wie international bei 13–20 %, die 12-Monats-Prävalenz bei 4–11 %. Nach dem deutschen Bundesgesundheitsurvey liegt die Lebenszeitprävalenz bei 17,1 %; Frauen sind mit 23,3 % häufiger betroffen als Männer, bei denen die Diagnose nur in 11,1 % gestellt wurde; die Nichtbehandlungsquote liegt bei 61 %. Bei schweren körperlichen Krankheiten (Diabetes mellitus, Myokardinfarkt, Morbus Parkinson, Epilepsie, Dialysepatienten, Schlaganfall, Karzinom) liegt die Lebenszeitprävalenz von Depressionen bei ca. 40 % (Laux 2011b). Die norddeutsche TACOS-Studie fand eine Lebenszeitprävalenz für Dysthymia von 3,3 % bei Frauen und 1,6 % bei Männern, insgesamt 2,5 % (Meyer et al. 2000).

Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter depressiver Störungen wird mit ca. 30 Jahren angegeben; die Altersgruppe 35–49 Jahre überwiegt bei depressiven Störungen; Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Depressionen verlaufen typischerweise episodisch und rezidivierend. Innerhalb von fünf Jahren erleiden ca. 60 %, innerhalb von 10 Jahren ca. 80 % ein Rezidiv. Mit jeder weiteren Episode steigt das Risiko für einen weiteren Rückfall; ca. 50–60 % erleiden eine zweite Episode; nach drei Episoden besteht eine 90-prozentige Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Episoden. Die Dauer unbehandelter depressiver Episoden beträgt durchschnittlich

3-12 Monate. Im höheren Lebensalter dauern die Episoden häufig länger und tendieren eher zur Chronifizierung. Die Zyklusdauer, d. h. die Zeitspanne zwischen dem Beginn einer Phase und dem Beginn der nächsten Phase, liegt bei unipolaren (nur depressive Phasen, keine manischen oder hypomanischen Episoden) Depressionen initial bei 4-5 Jahren und nimmt mit dem Alter ab (Laux 2011b).

Der Langzeitverlauf depressiver Störungen hängt wesentlich von der Qualität der ehelichen bzw. partnerschaftlichen Beziehung ab; bei Eheunzufriedenheit, wahrgenommener Kritik durch den Partner und bei einer Diskrepanz beider Partner hinsichtlich der Einschätzung der Ehezufriedenheit besteht ein höheres Rezidivrisiko. Bis zu 15 % der Patienten mit schweren depressiven Störungen mit mindestens einer stationären Behandlung in der Vorgeschichte sterben durch Suizid (Laux 2011b).

Eine Dysthymia beginnt meistens in der späten Adoleszenz oder mit Anfang 20. Im Vergleich zu typischen Depressionen ist der Genesungsverlauf von Dysthymien protrahiert und mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden, der längerfristige Verlauf ungünstiger (Laux 2011b).