

EINFÜHRUNG IN DEN THEMENSCHWERPUNKT DEPRESSION

Renate de Jong-Meyer

Die Beiträge dieses Heftes zeigen die Lebendigkeit und die Komplexität des Forschungsfeldes Depression aus unterschiedlichen Perspektiven. Sie vermitteln exemplarische Einblicke sowohl in die störungsbezogene klinisch – psychologische Forschung als auch in die Entwicklung und Überprüfung von depressionsspezifischen Therapien.

Die Bandbreite der störungsbezogenen Themen reicht von einer Übersicht über eine der wichtigsten Risikofaktorengruppen für Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen – Persönlichkeitsdimensionen und komorbide Persönlichkeitsstörungen – über die Darstellung noch unzureichend rezipierter neurowissenschaftlicher Befunde, die zum Verständnis der Informationsverarbeitung Depressiver beitragen können, zu Studien, die die Interaktion Depressiver mit ihren Partnern fokussieren, einen Bereich, dem für die Prognose von Depressionsverläufen eine kritische Bedeutung zukommen könnte. In den Therapiebeiträgen geht es, nachdem die generelle Wirksamkeit bestimmter depressionsspezifischer Ansätze als erwiesen gilt, um die Beschreibung und Evaluation von therapeutischen Strategien bei Untergruppen depressiver Patienten oder um Adaptationen an unterschiedliche therapeutische Rahmenbedingungen.

Gabriele Richter gibt einen Überblick über Konzepte und Ergebnisse zum Thema “Depression und Persönlichkeit”. Die am häufigsten mit depressiven Erkrankungen in Zusammenhang gebrachten Persönlichkeitsdimensionen sind Neurotizismus und Introversion/Extraversion. Es wird dargestellt, wie die Befunde zu diesen Dimensionen zur Unterstützung bzw. Infragestellung von Grundmodellen der Beziehung zwischen Depression und Persönlichkeit (Prädispositionsmodell, Spektrum-Modell, pathoplastisches Modell, Komplikationsmodell, Modell gemeinsamer Verursachung) beitragen. Empirische Studien belegen weiterhin die prognostische Bedeutung des Selbstwerts für den Verlauf depressiver Erkrankungen, jedoch eine differenzierte Beurteilung des Vulnerabilitätspotentials dieses Faktors. Unter den Temperaments- und Charakterdimensionen des biopsychologischen Persönlichkeitsmodells von Cloninger erwiesen sich Schadensvermeidung und Selbstlenkungsfähigkeit als bei Depressiven in bedeutsamer Weise veränderte Faktoren, wie auch die eigenen Befunde von Richter bestätigen konnten. Abschließend wird die verlaufsprognostische Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen dargestellt. So ist etwa das Rückfallrisiko eines depressiven Patienten, der die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung erfüllt, deutlich höher (in einer der zitierten Studien hatten 77 % in den ersten sechs Monaten nach der Remission einen Rückfall) als bei Depressiven ohne Persönlichkeitsstörung (14 %).

Die kognitiven Anteile des depressiven Syndroms stehen im Zentrum der störungsbezogenen Grundlagenforschung. Veränderungen in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozessen werden dabei in den letzten Jahren verstärkt auf der Basis von

Informationsverarbeitungsmodellen und unter Nutzung experimenteller Paradigmata der Kognitionspsychologie untersucht.

Heimberg und Margraf stellen einleitend die wichtigsten Untersuchungsstrategien dieses Forschungsfeldes dar und informieren über zentrale Befunde bei Depressiven. Dass die Erfassung psychophysiologischer Korrelate von Informationsverarbeitungsprozessen helfen könnte, insbesondere kognitiv-emotionale Interaktionsprozesse besser zu verstehen, wird ebenso deutlich wie auch, dass die theoretische Fundierung solcher multimodal angelegter Untersuchungen noch zu verbessern ist. Heimberg und Margraf geben Beispiele aus eigenen Untersuchungen zu emotionspezifisch veränderten Komponenten evozierter ereigniskorrelierter Potentiale. Weiterhin fanden sich Hinweise auf depressionstypisch veränderte Verarbeitung positiver und negativer Rückmeldungen insbesondere bei starker Motivation zur Zielerreichung. Dies könnte bei Replikation wichtige Implikationen für die Optimierung von Verhaltenstherapien haben. Eine andere therapeutische Perspektive, nämlich der Einsatz von Neurofeedback zur Modifikation kortikaler Regulationsprozesse, wird dagegen derzeit als noch nicht empirisch unterstützt angesehen.

Zwei Beiträge behandeln die interaktionalen Verhaltensmuster Depressiver und ihrer Partner. Die Frage, inwieweit dem partnerschaftlichen Interaktionsmuster und dem emotionalen Klima zwischen dem depressiven Patienten und seinen Angehörigen eine Rolle zukommt bei der Entstehung und dem weiteren Verlauf der Erkrankung, hat eine lange Tradition, die durch die Befunde der “Expressed Emotion“-Forschung aktuell wieder belebt wurde. Angesichts der methodischen Schwierigkeiten bei der Erfassung von Interaktionsmustern aus Verhaltenstests stellt die Bearbeitung dieser Fragestellungen eine Herausforderung für die empirische Forschung dar. Ungünstige Interaktionsmuster wurden häufiger als Risikofaktoren für die Chronifizierung depressiver Erkrankungen diskutiert.

Vor diesem Hintergrund gingen Morawetz und Zimmer der Frage nach, ob sich die Interaktionsmuster chronisch Depressiver von denen akut Depressiver, jeweils während 10-minütiger Diskussionen mit ihren Partnern, unterscheiden. Die chronisch Depressiven litten dabei entweder unter einer Dysthymie oder einer “Double Depression”, erfüllten also zusätzlich zu mehr als zweijähriger Erkrankungsdauer auch die Schwere-Kriterien einer “Major Depressive Disorder”. Die Erkrankungsdauer der akut Depressiven lag unter zwei Jahren. Über ein “Rating-system zur Erfassung partnerschaftlicher Interaktion” wurden sowohl inhaltliche als auch non- und paraverbale Aspekte des Interaktionsgeschehens eingeschätzt. Unter Berücksichtigung der wegen der zahlreichen Einzeltests notwendigen a-Niveau-Adjustierung ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen noch der jeweiligen Partner. Im Vergleich zu ihren Partnern enthielten die Gesprächsbeiträge De-

pressiver mehr selbstabwertende Äußerungen. Angesichts fehlender Einordnungsmöglichkeiten der Skalenwerte im Sinne eines günstigen oder ungünstigen Interaktionsverhaltens bei nicht von Krankheit betroffenen Paaren bleibt zunächst offen, inwieweit die hier untersuchten Paare depressionstypische Abweichungen in ihren Diskussionen zeigten.

Backenstraß, Fiedler, Kronmüller, Reck und Mundt berichten über die Ergebnisse einer prospektiven Studie mit endogen depressiven Patienten und ihren Partnern, in der untersucht wurde, ob sich der Expressed-Emotion-Status und das eheliche Interaktionsverhalten in Abhängigkeit unterschiedlicher Krankheitsverläufe verändern. Die durchgeführte longitudinale (unmittelbar und zwei Jahre nach Entlassung) Erhebung der Interaktionsmuster an einer Teilstichprobe der Heidelberger Depressionsstudie stellt dabei ein Novum dar. Der Expressed-Emotion-Status wurde über das "Five-Minute-Speech-Sample", die Interaktion während eines Partner-Konflikt-Gesprächs wurde mit dem Kodierungssystem "Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens" ausgewertet. Dass sich der EE-Status als ein eher instabiles und nicht mit dem Rückfallstatus korrelierendes Merkmal erwies, wird als situative Reagibilität der Angehörigen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Belastungen durch Krankheitsverläufe jenseits umschriebener Episoden interpretiert. Die Ergebnisse zum Interaktionsverhalten deuteten dagegen auf zeitstabile Muster zwischen den Partnern hin. Zunehmend überwiegt eine freundliche, auf Konfliktvermeidung abzielende Atmosphäre und die Unterschiede zwischen Paaren mit rückfälligem und solchen mit einem nicht-rückfälligem Depressiven sind eher gering.

Martin Hautzinger beschreibt die Entwicklung und erste empirische Erprobung mehrerer Varianten von kurzen Gruppentherapien, deren kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien speziell auf die Problemschwerpunkte älterer Menschen zugeschnitten sind. Das Grundprogramm sieht 12 jeweils zweistündige Sitzungen für ambulante Gruppen von fünf bis sieben Depressiven über 60 Jahren vor, in denen die "klassischen" Komponenten der Kognitiven Verhaltenstherapie ("Aktivitätsförderung", "kognitive Umstrukturierung" und "Förderung günstiger sozialer Interaktionsmuster") auf typische Problemfelder dieser Altersgruppe adaptiert werden. Das Grundprogramm wurde für verschiedene stationäre und teilstationäre Settings abgewandelt (z.B. Geriatrische Abteilung einer Universitätspsychiatrie, Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Altenheim). Die ersten Ergebnisse regen dazu an, das Versorgungsangebot für ältere Depressive um diese sehr strukturierten Sitzungsinhalte zu ergänzen.

Trautmann-Sponsel, Trautmann-Schareck und Zaudig berichten über ein stationäres Gruppenkonzept zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressiven in einer Psychosomatischen Klinik (Windach). Sie geben zunächst einen Überblick über die bisherige Befundlage zur Effektivität von Kognitiver Verhaltenstherapie speziell als Gruppenintervention. Der gewählte multimodale Ansatz setzt auf Synergismen durch mit der Depressionsgruppe abgestimmte Inhalte und Ziele der weiteren Angebote der Klinik.

Spezielle Ziele und Akzentsetzungen ergeben sich u.a. aus den zeitlichen Rahmenbedingungen und der damit notwendigen Intensivierung. Mit der Metazielsetzung einer Förderung der Behandlungsbereitschaft stehen zunächst kognitive und körperliche Aktivierung und soziale Stimulation im Vordergrund bevor dann gezielt und exemplarisch an der Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen gearbeitet wird. Das Entwickeln neuer Einstellungen wird dabei nicht nur durch kognitive Interventionen gefördert sondern zusätzlich über Zielimaginationen und die Entwicklung von Zukunftsszenarien in der parallelen Gestaltungstherapie. Die begleitende Evaluation dokumentiert akute Behandlungserfolge in einer Größenordnung, wie sie auch von internationalen Studien berichtet wird. Sie zeigt, dass depressiven Patienten mit psychotherapeutischen Maßnahmen innerhalb eines in der Regel auf sechs Wochen begrenzten stationären Settings gut geholfen werden kann.

Im Beitrag von Will geht es um die Förderung einer gezielteren Auswahl therapeutischer Orientierungen, indem eine "Passung" in Abhängigkeit von zwei Grundtypen depressiven Beziehungsverhaltens angeregt wird. Hierzu gibt er zunächst einen Überblick über die Arbeiten von Sidney J. Blatt, eines in Deutschland noch weniger rezipierten Depressionsforschers, der wesentliche psychoanalytische Hypothesen zur Psychodynamik Depressiver empirisch überprüft hat. Unterschieden werden anaklitisch Depressive, die sich offen anhänglich und abhängig von anderen Menschen zeigen, von introjekten Depressiven, deren Schemata in selbstkritischer Weise um Selbstwert und Versagen kreisen. Ähnliche Unterteilungen werden von der Bindungstheorie, von anderen psychodynamisch-interpersonalen Forschern, aber auch von Beck aus kognitiv-behavioraler Sicht vorgeschlagen. Will geht dann auf die Beziehung zwischen diesen "Vulnerabilitäten" und auf zugeordnete entwicklungspathogenetische Befunde ein. Differentielle Therapieempfehlungen resultieren aus den von Blatt vorgenommenen Reanalysen großer amerikanischer Therapiestudien. Es ergaben sich (indirekte) Hinweise dafür, dass selbstkritisch Depressive eher von einer längerfristig angelegten psychoanalytischen Behandlung profitieren und abhängig Depressive eher von Psychotherapien, bei denen aktuelle interpersonale Beziehungsmuster auf der Verhaltens- und der kognitiven Ebene bearbeitet werden.

Im Beitrag von de Jong-Meyer, Hautzinger und Müller geht es um Gemeinsamkeiten und Unterschiede von endogen und nicht-endogen Depressiven im Ansprechen auf Kognitive Verhaltenstherapie bzw. auf deren Kombination mit antidepressiver Medikation. Zunächst wird der Stand der Literatur zur generellen Wirksamkeit dieser Therapiestrategien überblickt - mit besonderer Betonung auf Ergebnissen, die für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs und die günstige prognostische Wirkung der Kognitiven Verhaltenstherapie sprechen. Dann wird die historische Entwicklung der Unterscheidung endogen versus nicht-endogen skizziert, bevor bisherige Befunde und einige Ergebnisse aus den deutschen Multizenter-Studien zusammengefasst werden. Das Überwiegen der Gemeinsamkeiten in der Reaktion auf die Therapien

unterstützt die Position, auf der auch die geltenden Systeme der syndromatologische Diagnose beruhen. Einige differentielle Befunde regten dazu an, in der Diskussion vor allem auf Verlaufsaspekte depressiver Erkrankungen einzugehen und aktuelle Forschungstrends zu beschreiben, die zu veränderten Subtypisierungen von depressiven Erkrankungen führen könnten.

Die Beiträge dieses Heftes illustrieren exemplarisch die Bearbeitung aktueller Fragen der Depressionsforschung und der Depressionstherapie. Sie können keinen repräsentativen Überblick vermitteln, denn die Untersuchung der Entstehung, der Psychopathologie, der Epidemiologie und des Verlaufs depressiver Erkrankungen ist heute ein immens ausdifferenziertes und überaus aktives Forschungsfeld, zu dessen Wachsen verschiedene Disziplinen, teilweise in interdisziplinärer Kooperation, beitragen. So muss also für Überblicke auf klinisch-psychologische und psychiatrische Lehrbücher verwiesen werden. Vorteil der exemplarischen Darstellung ist jedoch, dass in den behandelten inhaltlichen Bereichen die Anregungen für zukünftige Untersuchungen und auch die Anregungen für das eigene Handeln in der Diagnose, Beratung und Therapie Depressiver konkreter sind. Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen, mit viel persönlichem Leid und Einengung der Lebensperspektive sowie weitreichenden Funktionsbeeinträchtigungen in Familie und Beruf. Erst-erkrankungsepisoden treten in zunehmend jüngerem Erwachsenenalter auf, und wiederkehrende Episoden oder Chronifizierung sind trotz akut erfolgreicher Therapien noch immer ein häufiges Behandlungsschicksal. Deshalb ist es wichtig, dass Patienten wie Therapeuten Perspektiven vermittelt werden, wie durch eine gezielte Diagnostik und Therapie die Chancen für günstige Verläufe gesteigert werden können. Dank gilt den Autoren, die durch ihre Forschung dazu beitragen, die Hoffnung auf längerfristige Heilung zu erhöhen.

Prof. Dr. Renate de Jong-Meyer

Psychologisches Institut I
Westfälische Wilhelms-Universität
Fliegenerstraße 21 • 48149 Münster
Tel. 0251/83-34151
Fax: 0251/83-34113
e-mail: dejong@psy.uni-muenster.de