

Eva-Lotta Brakemeier · Elisabeth Schramm  
Martin Hautzinger

# Chronische Depression

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



# Chronische Depression

# **Fortschritte der Psychotherapie**

Band 49

## **Chronische Depression**

von Dr. Eva-Lotta Brakemeier, Prof. Dr. Elisabeth Schramm  
und Prof. Dr. Martin Hautzinger

---

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,  
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

# Chronische Depression

von Eva-Lotta Brakemeier, Elisabeth Schramm  
und Martin Hautzinger

**HOGREFE**  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO  
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

*Dr. Eva-Lotta Brakemeier*, geb. 1976. Seit 2007 als Klinische Psychologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg mit Leitung des Projektes „Psychotherapieforschung der Depression im stationären Setting“.

*Prof. Dr. Elisabeth Schramm*, geb. 1964. Seit 1990 als Klinische Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und psychotherapeutische Supervisorin in leitender Position in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg tätig.

*Prof. Dr. Martin Hautzinger*, geb. 1950. Seit 1996 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto  
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

**<http://www.hogrefe.de>**

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2133-9

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	1
<b>1 Beschreibung der chronischen Depression</b> .....	3
1.1 Begriffsbestimmung .....	4
1.2 Definition der chronischen Depression .....	6
1.3 Epidemiologische Daten .....	9
1.4 Verlauf und Prognose .....	10
1.5 Differenzialdiagnose .....	12
1.6 Komorbidität .....	13
1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen .....	14
1.7.1 Suizidalität und Suizidrisiko .....	15
1.7.2 Traumatische Beziehungserfahrungen in der Kindheit .....	16
1.7.3 Interaktionale Aspekte .....	18
<b>2 Störungstheorie und Erklärungsmodell</b> .....	19
2.1 Multifaktorielles Erklärungsmodell .....	20
2.2 Fallbeispiel zur Ätiologie einer „Doppelten Depression“ .....	25
<b>3 Diagnostik und Indikation</b> .....	28
3.1 Eingangs-, Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik .....	28
3.2 Indikation und Behandlungsleitlinien .....	30
<b>4 Behandlung</b> .....	31
4.1 Ambulante Psychotherapie .....	32
4.1.1 Typischer Behandlungsaufbau und -ablauf .....	34
4.1.2 Liste prägender Bezugspersonen mit Übertragungshypothesen .....	36
4.1.3 Kiesler Kreis .....	42
4.1.4 Diszipliniertes persönliches Einlassen und Interpersonelle Diskrimination .....	45
4.1.5 Situationsanalyse .....	52
4.1.6 Training von Verhaltensfertigkeiten .....	57
4.1.7 Kognitive Umstrukturierung .....	58
4.1.8 Interpersoneller Fokus .....	59
4.2 Stationäre Psychotherapie .....	60
4.3 Kombination mit Antidepressiva .....	62
4.4 Wirkmechanismen und Mediatoren .....	63

4.5	Schwierigkeiten und Probleme bei der Psychotherapie . . . . .	65
4.5.1	Mangelnde Motivation . . . . .	65
4.5.2	Schwierige Beziehungsgestaltung . . . . .	65
4.5.3	Akute und latente Suizidalität . . . . .	66
4.5.4	Hoffnungslosigkeit durch Behandlungsfehlschläge und Therapieresistenz . . . . .	67
4.5.5	Komorbiditäten . . . . .	67
4.6	Empfehlungen und Prognose . . . . .	68
<b>5</b>	<b>Stand der Psychotherapieforschung . . . . .</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>Falldarstellung zur Behandlung einer chronischen Depression . . . . .</b>	<b>73</b>
<b>7</b>	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>Anhang . . . . .</b>	<b>83</b>
	Hilfe zur Erarbeitung der Liste prägender Bezugspersonen . . . . .	83
	Arbeitsblatt: Kiesler Kreis . . . . .	84
	Arbeitsblatt: Explorationsphase der Situationsanalyse . . . . .	85
	Arbeitsblatt: Lösungsphase der Situationsanalyse . . . . .	86

Karten:

Die vier wichtigen Bereiche bei der Liste prägender Bezugspersonen

Hilfen zur Formulierung von Übertragungshypothesen in der Therapiebeziehung

Leitfragen bei Situationsanalysen

## Vorwort

Depressionen sind häufige psychische Störungen mit einer hohen Lebenszeitprävalenz. Offenbar nehmen in den letzten Jahren vor allem die chronifizierten, über Jahre andauernden und oft schon im Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter einsetzenden Depressionen zu. Etwa ein Drittel aller Depressionen dauern länger als zwei Jahre an. Über zehn Prozent aller Depressionen bestehen länger als fünf Jahre. Diese chronischen, nicht remittierenden Depressionen wurden lange Zeit kaum beachtet, fehldiagnostiziert, unzureichend beforscht und ungenügend behandelt. Man war offensichtlich damit zufrieden, dass zwei Drittel der akuten depressiven Störungen gut zu behandeln und nach wenigen Monaten weitgehend oder vollständig remittiert waren (vgl. Hautzinger, 2010). Das weniger gut auf die gängigen Therapien ansprechende Drittel galt als „therapierefraktär“, als „difficult to treat“ oder eben als die „überall vorkommenden Misserfolge“.

Die chronischen Depressionen bessern sich nicht mehr von alleine (Spontanremission) oder durch die einfache Fortführung der einmal begonnenen, doch bislang unwirksamen Behandlung. Über neunzig Prozent der Fälle weisen auch nach Jahren unverändert depressive Symptome auf und erfüllen die Diagnosekriterien.

Bei chronischen Depressionen handelt es sich daher um extrem beeinträchtigende Störungen, die für die Betroffenen und häufig auch deren Angehörige mit großem Leid einhergehen. Selbst die mildereren Formen (z. B. Dysthymien) gelten allgemein als schwer behandelbar. Aus psychotherapeutischer Sicht stellen chronisch depressive Patienten therapiemethodisch, doch vor allem auch interaktionell eine große Herausforderung dar.

Für Patienten mit chronischen Depressionen wurden bislang vergleichsweise wenige kontrollierte Therapiestudien durchgeführt. Die vorliegenden Studienergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass eine längerfristig ausgelegte und auf das Störungsbild zugeschnittene Psychotherapie auch bei chronischen Depressionen wirksam sein kann. Dabei erweist sich meist die Kombination aus Psychotherapie und antidepressiver Pharmakotherapie erfolgreicher als Monotherapien. Insbesondere die speziell für chronische Depressionen entwickelten psychotherapeutischen Zugangsweisen und Methoden, wie sie hier in Kapitel 4 dargestellt werden, scheinen bei Patienten mit lebensgeschichtlich frühem Krankheitsbeginn aufgrund traumatisierender Erfahrungen (Vernachlässigung, Trennungen, Verluste, Misshandlungen) erfolversprechend.

Wir stellen daher diese neuen, die bewährten psychotherapeutischen Methoden der Depressionstherapie erweiternden Behandlungsweisen in den Mittelpunkt dieses Buches. Anhand von Fallbeispielen werden der Behandlungsrahmen, die Vorgehensweisen sowie die Therapiematerialien dargestellt und unmittelbar für die praktische Arbeit nutzbar illustriert. Wir betonen jedoch auch, dass diese erfreulichen Fortschritte längst nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht und wir noch weit von gesicherten Erkenntnissen entfernt sind. Chronische Depressionen sind mit Sicherheit kein homogenes Störungsbild. Die Entwicklung chronischer Depressionen ist auf unterschiedlichsten Wegen, welche bislang unzureichend verstanden sind, denkbar. Entsprechend sind zukünftige Weiterentwicklungen bei der Behandlung unterschiedlicher Formen chronischer Depressionen ebenso zu erwarten wie eher enttäuschende Erfahrungen mit dem vorliegenden Behandlungskonzept bei Teilgruppen chronisch depressiver Patienten. Dennoch sind wir der Überzeugung, dass wir den chronisch depressiven Patienten und auch ihren häufig frustrierten Therapeuten Hoffnung machen können, mittels der neuen psychotherapeutischen Strategien den Teufelskreis der chronischen Depression immer öfter durchbrechen zu können.

Freiburg und Tübingen, im März 2012

*Eva-Lotta Brakemeier,  
Elisabeth Schramm  
und Martin Hautzinger*

# 1 Beschreibung der chronischen Depression

## Beispiel

**Pat.:** Mein Leben ist ein einziges Desaster. Beruflich bekomme ich gar nichts mehr hin und quäle mich mit der Entscheidung herum, die Frühberentung zu beantragen. Ich bin von jeder Kleinigkeit überfordert und werde von meinem Chef, Kollegen und selbst den Schülern gemobbt. Meine Ehe existiert quasi nur noch auf dem Papier. Wir leben nebeneinander her, ich kann meiner Frau nichts mehr bieten; sie spricht seit einigen Monaten auch kaum noch mit mir und ich befürchte, dass sie einen anderen Mann hat. Meine wenigen Freunde melden sich auch nicht mehr und meine Freizeit besteht im Wesentlichen aus Schlafen und lustlosem Fernsehen schauen. Am liebsten möchte ich tot sein, das hat doch alles keinen Sinn mehr. Ich weiß auch nicht, was ich hier bei Ihnen soll.

**Th.:** Wie lange fühlen Sie sich schon so?

**Pat.:** Ach, wenn ich es mir recht überlege, seitdem ich denken kann. Sehen Sie, ich bin einfach ein hoffnungsloser Fall und Sie werden mir bestimmt auch nicht helfen können. Niemand kann mir helfen, also geben Sie am besten gleich auf – Sie verschwenden nur Ihre Zeit mit mir.

Bei chronischen Depressionen handelt es sich um *extrem beeinträchtigende Störungen*, die für die Betroffenen und häufig auch deren Angehörige mit großem Leid einhergehen und allgemein als äußerst schwer behandelbar gelten. Gerade auch aus psychotherapeutischer Sicht stellen chronisch depressive Patienten für ihre Therapeuten interaktionell häufig eine Herausforderung dar – wie das obige Beispiel demonstriert. McCullough (2000) stellt folgende Charakteristika chronisch depressiver Patienten heraus:

- ein wiederholter Ausdruck von Hilflosigkeit und Elend,
- ein submissives und überfordertes Verhalten,
- ein auffälliges Misstrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen,
- eine nahezu unverrückbare Überzeugung, dass nichts getan werden kann, um die Depression unter Kontrolle zu bringen,
- rigide und verfestigte Verhaltensmuster, die weder durch positive noch durch negative Ereignisse beeinflussbar zu sein scheinen.

Darüber hinaus weisen chronisch depressive Patienten die typisch depressiven Merkmale wie stark verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, Insuffizienzerleben, Antriebsmangel, Genussunfähigkeit, Libido- und Schlaf-

störungen sowie kognitive Einengung auf, die auch bei episodischen bzw. akuten Depressionen auftreten (vgl. Hautzinger, 2010). Der Unterschied zur episodischen/akuten Depression besteht jedoch darin, dass diese Symptome bei chronisch depressiven Patienten über Jahre vorliegen, meist schon früh in der Lebensgeschichte entwickelt wurden und somit insgesamt *resistenter* sind.

**Merke:**

Die Unterscheidung zwischen chronischen und akuten bzw. episodischen Depressionen ist für die Erklärung, die Prognose und für die Therapie wichtig.

Unterscheidung  
chronische  
und episodische/akute  
Depression

Daher ist es klinisch relevant, chronische von akut bzw. episodisch verlaufenden Depressionen abzugrenzen, zumal sich beide Verlaufsformen in weiteren wichtigen Aspekten voneinander unterscheiden (z. B. Arnow et al., 2003; Angst et al., 2009): Chronisch depressive Patienten sind im Vergleich mit akut/episodisch Depressiven insgesamt stärker beeinträchtigt, weisen mehr Suizidversuche und Klinikaufenthalte auf, haben eine höhere Komorbidität mit anderen psychischen, aber auch somatischen Störungen, sprechen schlechter auf Antidepressiva und Psychotherapie an, weisen eine geringe Placebo-Ansprechrates sowie eine geringere Spontanremission auf. Die Depression beginnt zudem meist früher im Leben. Chronisch Depressive erlebten außerdem häufiger traumatische Erfahrungen (Verluste, Misshandlungen, Vernachlässigungen, Trennungen) in der Kindheit. Diese Unterschiede sind sehr stabil und ein bleibendes Merkmal.

Chronische Depressionen wurden lange kaum beachtet, fehldiagnostiziert, unzureichend erforscht und ungenügend behandelt. Daher ist es sehr bedeutsam, dieser Subgruppe von depressiven Patienten klinische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

## 1.1 Begriffsbestimmung

Früher  
Persönlichkeits-  
störungen  
zugeordnet

Patienten, die heutzutage als chronisch depressiv diagnostiziert werden, sind nicht etwa eine „neue“ Patientengruppe, sondern wurden bereits vor 200 Jahren beschrieben (Berger et al., 2011). Da Kliniker und Wissenschaftler die chronische Symptomatologie jedoch eher als Persönlichkeitsstörung ansahen, galten sie zumeist als *unbehandelbar*. So kann angenommen werden, dass sowohl Kraepelins „Depressives Temperament“ als auch Schneiders Umschreibung der „Depressiven Psychopathie“ im Grunde die Patienten beschreiben, die heute als chronisch depressiv diagnostiziert werden. Durch den Begriff „depressiv-masochistische Persönlichkeitsstörung“ – eingeführt von Kernberg – wurde dieses Störungsbild weiterhin bei den

Persönlichkeitsstörungen angesiedelt. Nahezu zeitgleich modifizierte Akiskal den Vorschlag von Schneider und verlagerte durch die Einführung des Konzeptes der „Dysthymie“ (vgl. Kap. 1.2) die Zuordnung dieses Störungsbildes zu den Affektiven Störungen.

Das Konzept der Dysthymie hat sich inzwischen durchgesetzt, jedoch existiert bis heute der Begriff „Depressive Persönlichkeitsstörung“, wenngleich nicht als offizielle Diagnose (vgl. Kasten).

**Vorschlag diagnostischer Kriterien der „Depressiven Persönlichkeitsstörung“ nach DSM-IV**

- A. Ein tiefgreifendes Muster depressiver Kognitionen und Verhaltensweisen, das im frühen Erwachsenenalter beginnt und in einer Vielzahl von Zusammenhängen zu Tage tritt, angezeigt durch mindestens fünf der folgenden Kriterien:
1. die übliche Stimmung ist durch Niedergeschlagenheit, Trübsinnigkeit, Unbehaglichkeit, Freudlosigkeit und Unglücklichsein gekennzeichnet
  2. das Selbstkonzept zentriert sich um Überzeugungen der Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit und niedriger Selbstachtung
  3. ist kritisch, anklagend und herabsetzend gegen sich selbst
  4. grübelt und sorgt sich
  5. ist negativistisch, kritisch und verurteilend gegen andere
  6. ist pessimistisch
  7. neigt zu Schuldgefühlen und Gewissensbissen.
- B. Tritt nicht ausschließlich während Episoden der Major Depression auf und kann nicht besser durch eine Dysthyme Störung erklärt werden.

Auf all die unterschiedlichen historischen Begriffe – insbesondere auch auf den häufig benutzten Begriff der „depressiven Neurose“, welcher meist auch mit einer chronifizierten Depression gleichgesetzt wurde – wird heutzutage verzichtet.

**Verzicht auf historische Begriffe, wie „depressive Neurose“**

Schließlich ist es wichtig, die Begriffe chronische und *therapieresistente Depression* voneinander abzugrenzen, da diese bisweilen missverständlich synonym benutzt werden. Therapieresistenz wird am häufigsten in der psychiatrischen Forschung wie folgt definiert: Eine therapieresistente Depression liegt vor, wenn ein Patient auf mindestens zwei Behandlungsversuche mit Antidepressiva verschiedener Wirkklassen, in jeweils adäquater Dosis und Dauer verabreicht, nicht anspricht (Thase & Rush, 1995, 1997).

Durch diese Definition wird deutlich, dass nicht alle therapieresistenten Depressionen chronisch (d. h. mit einer Dauer von über 2 Jahren) verlaufen