

Wohlfühlenfokussierte Therapie bei chronischer Depression

Ulrich Stangier
Elisabeth A. Arens
Artjom Frick

Ein prozessbasierter Ansatz



DOWNLOAD

Therapeutische Praxis

 **hogrefe**

Wohlfollenfokussierte Therapie bei chronischer Depression

**Ulrich Stangier
Elisabeth A. Arens
Artjom Frick**

Wohlwollenfokussierte Therapie bei chronischer Depression

Ein prozessbasierter Ansatz

Prof. Dr. Ulrich Stangier, geb. 1958. 1978–1984 Studium der Psychologie in Frankfurt. 1984–1987 Promotionsstipendium der Hessischen Graduiertenförderung. 1987 Promotion. 1987–2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Hautkrankheiten der Universität Marburg. 1993–2000 Hochschulassistent am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt. 2000 Habilitation. 2000–2004 Hochschuldozent am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt. 2004–2008 Professur für Klinisch-psychologische Intervention an der Universität Jena. Seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Frankfurt.

Dr. Elisabeth A. Arens, geb. 1980. 2002–2008 Studium der Psychologie in Marburg. 2009–2013 Promotionsstipendium der Exzellenzinitiative, Universität Heidelberg. 2013 Promotion. 2013–2015 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. 2011–2015 Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie am Zentrum für Psychologische Psychotherapie in Heidelberg. 2015 Approbation. Seit 2015 Habilitandin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Frankfurt am Main.

M. Sc. Artjom Frick, geb. 1991. 2010–2016 Studium der Psychologie in Hagen, Braunschweig und Frankfurt. 2016–2021 Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie. 2017–2021 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen 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 handelt.

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.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Audioaufnahmen: Isabel Thinner, Frankfurt
Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2022

© 2022 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3153-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3153-7)

ISBN 978-3-8017-3153-3

<https://doi.org/10.1026/03153-000>

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. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

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 Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 7 |
| Kapitel 1: Chronische Depression – ein Problemfall für Wissenschaft und Versorgungspraxis | 9 |
| 1.1 Diagnose, Risikofaktoren, Komorbiditäten und Suizidalität bei chronischer Depression | 10 |
| 1.2 Verarbeitungsmechanismen und Emotionsregulation | 13 |
| 1.3 Dysfunktionale selbstreferenzielle und soziale Kognitionen | 14 |
| 1.4 Interpersonales Verhalten | 15 |
| 1.5 Motivationale Aspekte | 16 |
| Kapitel 2: Wohlwollen | 18 |
| 2.1 Wohlwollen aus philosophischer Sicht | 18 |
| 2.2 Wohlwollen in der buddhistischen Philosophie | 19 |
| 2.3 Psychologische Konzepte von Wohlwollen | 21 |
| 2.4 Wohlwollen und psychische Gesundheit | 23 |
| Kapitel 3: Entwicklung eines neuen Therapieansatzes | 24 |
| 3.1 Prozessbasierte Therapie | 24 |
| 3.2 Stand der Forschung zur Behandlung chronischer Depression | 25 |
| 3.3 Konzeption der Wohlwollenfokussierten Therapie (WFT) | 26 |
| 3.3.1 Ziele der Behandlung | 26 |
| 3.3.2 Strategien und Struktur der Behandlung | 27 |
| 3.3.3 Therapeutische Beziehungsgestaltung | 28 |
| Kapitel 4: Diagnostik | 32 |
| 4.1 Diagnosestellung | 32 |
| 4.1.1 Erscheinungsbild und Klassifikation | 32 |
| 4.1.2 Exploration und Diagnosestellung | 33 |
| 4.1.3 Differenzialdiagnostik | 35 |
| 4.1.4 Suizidalität | 35 |
| 4.2 Therapiebezogene Diagnostik | 35 |
| Kapitel 5: Therapie | 38 |
| 5.1 Modul 1 – Modelleableitung und Zielklärung | 38 |
| 5.1.1 Ableitung eines prozessbasierten Störungsmodells | 39 |
| 5.1.2 Klärung störungsbezogener motivationaler Schemata | 40 |
| 5.1.3 Zielklärung und Ableitung eines Positivmodells | 41 |
| 5.1.4 Behandlungsplanung | 43 |
| 5.2 Modul 2 – Achtsamkeit | 44 |
| 5.2.1 Allgemeines Vorgehen | 45 |
| 5.2.2 Einführung in Achtsamkeit | 45 |

| | | |
|--|---|------------|
| 5.2.3 | Nachbesprechung von Übungen („Inquiry“) | 46 |
| 5.2.4 | Body-Scan | 47 |
| 5.2.5 | Sitzmeditation | 48 |
| 5.2.6 | Atempause | 48 |
| 5.2.7 | Gehmeditation und achtsames Wahrnehmen der Natur | 49 |
| 5.2.8 | Umgang mit Schwierigkeiten | 50 |
| 5.3 | Modul 3 – Wohlwollen kultivieren | 52 |
| 5.3.1 | Psychoedukation und strukturierte Reflexion zu Wohlwollen | 53 |
| 5.3.2 | Einführung der Metta-Meditation | 53 |
| 5.3.3 | Umgang mit häufig auftretenden Schwierigkeiten | 55 |
| 5.3.4 | Metta-Meditation <i>Selbst</i> | 56 |
| 5.3.5 | Metta-Meditation <i>Freund und Neutrale Person</i> | 57 |
| 5.3.6 | Metta-Meditation <i>Person, die ich schwierig finde</i> | 58 |
| 5.3.7 | Metta-Meditation <i>Alle vier</i> und <i>Alle Lebewesen</i> | 59 |
| 5.4 | Modul 4 – Wohlwollen in die Tat umsetzen | 61 |
| 5.4.1 | Grundlagen | 61 |
| 5.4.2 | Identifikation persönlich bedeutsamer wohlwollender Verhaltensweisen | 61 |
| 5.4.3 | Planung und Umsetzung wohlwollender Aktivitäten: Orientierung an Grundbedürfnissen | 62 |
| 5.4.4 | Stärkung der inneren Bereitschaft zu wohlwollendem Verhalten | 65 |
| 5.4.5 | Umgang mit hinderlichen Kognitionen | 67 |
| 5.5 | Modul 5 – Überwindung von Hindernissen für Wohlwollen | 69 |
| 5.5.1 | Dysfunktionale Schemata als Hindernis in der Umsetzung von Wohlwollen | 69 |
| 5.5.2 | Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells mit Schemamodul | 73 |
| 5.5.3 | Schemabasierte Interventionen | 74 |
| 5.5.4 | Verhaltensexperimente | 78 |
| 5.6 | Modul 6 – Rückfällen vorbeugen und begegnen | 80 |
| 5.6.1 | Rückblick | 80 |
| 5.6.2 | Ausblick | 81 |
| Kapitel 6: Metta-Meditation im Gruppensetting | | 84 |
| 6.1 | Ziele und Aufbau des Gruppenprogramms | 84 |
| 6.2 | Besonderheiten des Gruppenprogramms | 86 |
| 6.2.1 | Gruppenkohäsion | 86 |
| 6.2.2 | Gruppenleitung-Teilnehmenden-Interaktion | 87 |
| 6.2.3 | Dyaden | 88 |
| 6.2.4 | Zeitmanagement | 89 |
| 6.2.5 | Strukturierung von Gesprächsrunden | 89 |
| 6.2.6 | Vorgespräch | 90 |
| 6.3 | Ablauf der Gruppensitzungen | 90 |
| 6.3.1 | Sitzung 1: Einführung Achtsamkeit und Body-Scan | 91 |
| 6.3.2 | Sitzung 2: Body-Scan und Einführung zu Wohlwollen | 93 |
| 6.3.3 | Sitzung 3: Sitzmeditation | 95 |
| 6.3.4 | Sitzung 4: Metta <i>Selbst</i> | 97 |
| 6.3.5 | Sitzung 5: Metta <i>Freund + Neutrale Person</i> | 98 |
| 6.3.6 | Sitzung 6: Metta <i>Person, die ich schwierig finde</i> | 100 |
| 6.3.7 | Sitzung 7: Metta <i>Alle vier</i> (Selbst + Freund + Neutrale Person + Person, die ich schwierig finde) | 102 |
| 6.3.8 | Sitzung 8: Metta <i>Alle Lebewesen</i> | 103 |
| 6.3.9 | Retreat: Gehmeditation, Meditation in der Natur und dyadische Metta-Meditation | 105 |
| 6.4 | Kombination von Gruppen- und Einzelsetting | 107 |
| Literatur | | 108 |
| Anhang | | 117 |
| | Materialien | 119 |
| | Hinweise zu den Online-Materialien | 191 |

Vorwort

Wohltun ist Pflicht. Wer diese oft ausübt und es gelingt ihm mit seiner wohltätigen Absicht, kommt endlich wohl gar dahin, den, welchem er wohl getan hat, wirklich zu lieben.

Immanuel Kant, 1990

He or she who wants to attain peace should practice being upright, humble, and capable of using loving speech. He or she will know how to live simply and happily, with senses calmed, without being covetous and carried away by the emotions of the majority. Let him or her not do anything that will be disapproved of by the wise ones.

And this is what he or she contemplates:

May everyone be happy and safe, and may all hearts be filled with joy.

May all beings live in security and in peace – beings who are frail or strong, tall or short, big or small, invisible or visible, near or faraway, already born, or yet to be born.

May all of them dwell in perfect tranquillity.

Metta Sutta (Sutta Nipata 1.8),

zitiert nach Thich Nhat Hanh, 2006

Chronische Depression ist für Betroffene mit einem lebenslangen, oftmals quälenden Leiden verbunden. Die Welt ist von Feindseligkeit und Ablehnung gekennzeichnet, es bleibt nur der Rückzug in eine dunkle, abgekapselte Welt, in der bedrückende Hoffnungslosigkeit und Abgetrenntsein von allen Menschen herrschen. Chronische Depression stellt auch für die Mitmenschen eine Herausforderung dar, sind sie doch immer wieder mit gereizter Stimmung, Misstrauen und einer abweisenden Selbstbezogenheit konfrontiert. Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden mitunter nur schwer emotionalen Zugang und Vertrauen. Alle Bemühungen, etwas an der starren Lebenshaltung chronisch depressiver Patientinnen und Patienten zu ändern, führen oftmals nur millimeterweise weiter.

Therapeutischer Pessimismus prägte auch die wissenschaftliche Sicht auf die chronische Depression vor zehn Jahren, als sich aus einem kollegialen wie freundschaftlichen Austausch zwischen dem Erstautor und Stefan Hofmann in Boston die Idee bildete, das Potenzial der Metta-Meditation für dieses psychische Leiden nutzbar zu machen. Hieraus erwachsen insgesamt vier Pilotstudien, in denen das Vorgehen

immer konsequenter an die oben beschriebenen Herausforderungen angepasst wurde. Die überraschend guten Ergebnisse halfen, den eigenen therapeutischen Pessimismus zu überwinden, und mündeten schließlich in das vorliegende Manual, das in einer randomisiert-kontrollierten Studie evaluiert wurde.

Metta, oder auch Loving-Kindness, zu Deutsch Wohlwollen, Güte oder Liebe, erwies sich als eine Quelle von Lebensenergie, wie sie nicht nur im Buddhismus (im Buch Sutta Nipata, vgl. das obige Zitat), sondern auch in der antiken und modernen Philosophie beschrieben ist (z.B. in Kants Tugendlehre, vgl. Zitat oben).

Die Psychologie und insbesondere die Psychotherapie hingegen haben Liebe in diesem besonderen philosophischen Sinn bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt. So entstand der Plan, eine Psychotherapie zu entwickeln, die auf die Förderung von Wohlwollen gegenüber sich selbst und anderen Menschen ausgerichtet ist – als ein Gegenpol zu Selbstkritik und Feindseligkeit, die für chronische Depression charakteristisch sind. Die meisten unserer Patientinnen und Patienten konnten das Wesen von Metta und das Po-

tenzial für die Überwindung ihres Leidens intuitiv wahrnehmen. Dennoch ist das Einüben von Metta eine lebenslange Aufgabe, für Patientinnen und Patienten, wie auch sicherlich für uns alle.

Dass dieses Projekt schließlich zu einem erfolgreichen Ende geführt werden konnte, ist vor allem dem unermüdlichen Einsatz von Isabel Thinner zu verdanken, die als Therapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der „gute Geist“ des Projektes war. Aber auch Generationen von Doktorandinnen und Doktoranden, wissenschaftlichen Hilfskräften und Therapeutinnen und Therapeuten haben an der Entwicklung über ein Jahrzehnt mitgewirkt. Namentlich danken möchten wir auch Johannes Graser, Volkmar

Höfling, Adriana Mendes-Pawelkiewicz, Claudia Richter, Helen Sander, Pia Jockweg, Luisa Erbe und Stella Kümmerle. Die Supervision und die gemeinsamen Gespräche mit Thomas Heidenreich waren eine fortlaufende Inspiration für die Entwicklung über all die Jahre. Vor allem aber gebührt einem Menschen besonderer Dank, der uns in allen wissenschaftlichen und konzeptionellen Entwicklungen von Anfang an begleitet hat: Stefan Hofmann. Es war und ist eine Freude mit ihm gleichzeitig in herzlicher Freundschaft und fruchtbarer Zusammenarbeit verbunden zu sein.

Frankfurt, Frühjahr 2022

*Ulrich Stangier,
Elisabeth A. Arens und
Artjom Frick*

Kapitel 1

Chronische Depression – ein Problemfall für Wissenschaft und Versorgungspraxis

Depression ist ein universelles, zeitloses und altersübergreifendes Leiden. Kaum eine psychische Störung hat, von der Antike bis zur Gegenwart, eine derart große Zahl von Theorien und Behandlungsansätzen hervorgebracht. Ebenso vielfältig sind auch die Versuche, Symptombilder und Verlaufsformen voneinander zu unterscheiden, um den „Kampf gegen die Volkskrankheit zu gewinnen“. Trotz aller Anstrengungen sind die Behandlungsprognosen jedoch immer noch eine Herausforderung für die unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätze der Psychologie und Psychiatrie.

Die Symptome von Depression sind vielseitig. Kennzeichnend ist eine dysphorische Stimmung, die von Betroffenen meist als niedergeschlagen und gereizt beschrieben wird. Das Gefühlsleben kann aber auch von aufgepeitschter Angst, Verzweiflung, oder auch von steinerner Leere bestimmt sein. Die Gedanken von depressiven Menschen sind durch permanentes Grübeln und eine negative Bewertung des Selbst, des eigenen Lebens, und anderer Menschen gekennzeichnet. Exekutivfunktionen wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen sind eingeschränkt. Schlafstörungen sind weit verbreitet und bilden zusammen mit Appetitverlust die somatischen Symptome. Bedingt durch Apathie und Energieverlust verhalten sich Depressive passiv und ziehen sich aus sozialen Kontakten zurück. Sie erleben sich als einsam und von anderen Menschen abgetrennt, ohne Bindung, Vertrauen und gegenseitiges Verständnis.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von über 16 % ist Depression die häufigste psychische Störung (Kessler, 2002), mit deutlich ansteigender Tendenz. Statistiken der WHO zeigen, dass die Fallzahlen zwischen 1990 und 2017 um 50 % zunahm (Liu et al., 2020). Ein WHO-Bericht prognostizierte, dass die Major Depression bis 2030 die führende Ursache für Behinderungen, d.h. für Verlust an Gesundheit, erfasst in Lebensjahren, in der Welt sein wird (Yang et al., 2015).

Auch in Deutschland hat sich die durch Depression verursachte Krankheitslast in Form von stationären Behandlungen, Arbeitsunfähigkeit sowie Frühverrentung in den letzten 15 Jahren drastisch erhöht (Steffen et al., 2020; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015).

Einer der Gründe für diese starken Beeinträchtigungen ist der sehr hohe Anteil rezidivierender oder chronischer Verläufe. Retrospektive Studien zeigen, dass etwa 30 % der Patientinnen¹ und Patienten mit einer Major Depression eine chronische Verlaufsform haben (Murphy & Byrne, 2012). Die Häufigkeit von rezidivierenden Verlaufsformen liegt mit 42 % nach 20 Jahren sogar noch etwas höher (Hardeveld et al., 2013), wobei sich die beiden Verlaufsformen überlappen. In der Versorgungspraxis werden jedoch solche chronifizierten Depressionsverläufe oftmals vernachlässigt. Eine versorgungs-epidemiologische Studie (Bertelsmann-Studie; Melchior et al., 2014) stellte fest, dass in Deutschland 65 % der von der Diagnose einer depressiven Störung Betroffenen eine chronisch-rezidivierende Verlaufsform aufweisen, wovon jedoch 31 % gar keine Behandlung erhielten, nur 28 % eine angemessen dosierte psychopharmakologische Behandlung, 6 % ausschließlich Psychotherapie und 12 % eine andere leitlinienkonforme Behandlung (entweder eine Kombination von Medikamenten und Psychotherapie oder eine stationäre Behandlung).

Aufgrund solcher Versorgungsmängel ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression nach wie vor unzureichend. Unglücklicherweise gab es bis vor wenigen Jahren auch wenig

1 Alle Aussagen in diesem Buch beziehen sich auf Menschen jeglichen Geschlechts. Wir versuchen, diesem Umstand durch verschiedene sprachliche Varianten Ausdruck zu verleihen: Wir nennen entweder die grammatikalisch weibliche und männliche Form oder wir nennen beispielhaft eine der beiden Formen.

Forschung zur Behandlung dieser spezifischen Patientengruppe. Metaanalysen erbrachten im Allgemeinen sowohl für psychotherapeutische als auch pharmakologische Behandlungsansätze eher moderate Ergebnisse (Kriston, Wolff, Westphal, Hölzel & Härter, 2014). Dies hat sich erst in den letzten Jahren geändert (vgl. Kapitel 2.1). Im Folgenden werden zunächst einige zentrale theoretische Grundlagen zum Verständnis der Entstehung von chronischer Depression dargestellt, um dann auf die Konzeption des vorliegenden Therapieprogramms einzugehen.

der) zusammengeführt und von der Major Depression abgegrenzt. Für diese Umstrukturierung sprachen die Gemeinsamkeiten der beiden Störungsformen im Hinblick auf klinische und ätiologische Faktoren (Schramm et al., 2020). Die neue ICD-11 der WHO behält hingegen die Diagnose eines andauernden, aber nicht vollausgeprägten depressiven Symptombildes. Für die Diagnose einer Dysthymen Störung darf während der ersten zwei Jahre der Erkrankung kein zweiwöchiger Zeitraum vorliegen, in dem die Anzahl und Dauer der Symptome ausreichte, um die diagnostischen Anforderungen für eine depressive Episode zu erfüllen (vgl. Tabelle 1).

1.1 Diagnose, Risikofaktoren, Komorbiditäten und Suizidalität bei chronischer Depression

Diagnose

Mit Einführung des DSM-5 wurde die chronische Verlaufsform der Major Depression und die Dysthymie in eine eigene Diagnose „Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)“ (Persistent Depressive Disorder) zusammengeführt und von der Major Depression abgegrenzt.

Risikofaktoren für die Chronifizierung von Depression

Neben einer frühen Erstmanifestation und klinischen Variablen sind eine Reihe von sozialen und psychologischen Unterschieden zwischen Patientinnen und Patienten mit chronischer und episodisch verlaufender Depression gefunden worden. Diese könnten eine wichtige Rolle in der Entwicklung einer chronischen Verlaufsform der Depression spielen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass frühere Studien sich zumeist auf die Dysthymie beschränkt haben und keine chro-

Tabelle 1: Chronische Depression in den Klassifikationssystemen von DSM-5 und ICD-11

| DSM-5 Persistierende Depressive Störung (Dysthymie) | ICD-11 6A72: Dysthyme Störung |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Niedergeschlagene Stimmung oder Interessenverlust. • Dauer mindestens 2 Jahre, mehr als die Hälfte der Tage, maximal 2 Monate Symptomrückgang. • Bei Kindern und Jugendlichen mindestens 1 Jahr, zeigt sich auch als Reizbarkeit. <p>Mindestens zwei Symptome aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewichts- oder Appetitabnahme oder -zunahme, • Schlafstörungen, • Unruhe, Verlangsamung, • Müdigkeit, Energieverlust, • Gefühle von Wertlosigkeit, Schuldgefühle, • Konzentrationsmangel, verminderte Fähigkeit zu denken oder Entscheidungen zu treffen, • Gedanken an Tod, • Hoffnungslosigkeit, • Klinisch bedeutsame Belastungen oder psychosoziale Beeinträchtigungen. <p>Ausschluss von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manischen, gemischten Episoden oder Zylothymie, • Substanzeinwirkung oder medizinische Krankheitsfaktoren. | <ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende depressive Stimmung. • Dauer mindestens 2 Jahre, mehr als die Hälfte der Tage, maximal 2 Monate Symptomrückgang. • Zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen auch als Reizbarkeit. <p>Von zusätzlichen Symptomen begleitet, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermindertes Interesse/Vergnügen an Aktivitäten, • verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit oder Unentschlossenheit, • geringes Selbstwertgefühl oder übermäßige Schuldgefühle, • Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die Zukunft, • gestörter oder vermehrter Schlaf, • verminderter oder vermehrter Appetit, • geringe Energie oder Müdigkeit. <p>Ausschluss von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manischen, gemischten oder hypomanischen Episoden. |

nische Major Depression mit einer ausgeprägteren Symptomatik eingeschlossen haben. Zudem stammen die Hinweise zu psychologischen Risikofaktoren nur aus Querschnittstudien und lassen deshalb keine sicheren Schlussfolgerungen zu kausalen Zusammenhängen zu. Hinsichtlich genetischer und neurobiologischer Faktoren sind die bisher vorliegenden Erkenntnisse zur chronischen Depression eher unergiebig (Schramm et al., 2020). Tabelle 2 gibt die wichtigsten Risikofaktoren wieder.

Relativ konsistent erscheint das häufige Erleben von belastenden Erfahrungen (childhood adversity) bis hin zu emotionalem Missbrauch (teilweise auch sexuellem und physischem Missbrauch) in der Kindheit einen Risikofaktor darzustellen. Bis zu 80 % der Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression berichten von solchen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit (Köhler et al., 2019). Für die Entwicklung von Depressionen scheinen dabei vor allem zwei Mechanismen eine große Rolle zu spielen: (1) die Ausbildung von kognitiver Vulnerabilität, und (2) die dauerhafte Beeinträchtigung interpersoneller Beziehungen. Nach der Theorie der kognitiven Vulnerabilität führt wiederholtes negatives Feedback, vor allem in Form von verbaler Kritik und Abwertung, zur Entwicklung von negativen Selbstschemata und einem negativen Selbstwertgefühl, dysfunktionalen Verarbeitungsstilen wie Grübeln und ungünstigen Versuchen der Emotionsregulation wie Vermeidung negativer Gefühle. Insbesondere aber könnten frü-

he belastende Erfahrungen mit Bezugspersonen die Wahrnehmung und Regulation zwischenmenschlicher Beziehungen erheblich stören, etwa im Sinn einer erhöhten Sensibilität für Ablehnung und sozialen Ausschluss, einer erhöhten Bindungsunsicherheit, dem Gefühl von Isolation und Abgetrenntsein sowie zwischenmenschlicher Feindseligkeit (Liu, 2017; Köhler et al., 2019).

Komorbiditäten

Chronische Depression ist, im Vergleich zu episodischer Depression, mit deutlich erhöhten Komorbiditäten verbunden (vgl. Tabelle 3). Diese betreffen insbesondere Angststörungen, Substanzbezogene Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Übersicht vgl. Köhler et al., 2019). Auch die Komorbidität mit chronischen körperlichen Krankheiten ist deutlich erhöht (Nübel et al., 2020). Zu berücksichtigen ist auch hier, dass die Zahlen deutlich schwanken, in Abhängigkeit von der Eingrenzung auf Dysthymie bei älteren Studien sowie der Einschränkung auf klinische Stichproben oder repräsentative Bevölkerungsstichproben. Dennoch ist eine insgesamt hohe Komorbiditätsrate bei chronischer Depression auch ein Faktor, der mit deutlich höheren psychosozialen Einschränkungen und auch einer ungünstigeren Behandlungsprognose verbunden ist.

Tabelle 2: Risikofaktoren der chronischen Depression

| Klinische Risikofaktoren | Soziale Risikofaktoren | Psychologische Risikofaktoren | Biologische Faktoren |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Frühe Erstmanifestation¹ • Lange Dauer der Episoden¹ • Depression in der Familiengeschichte¹ • Hohe Komorbidität¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Niedrige soziale Integration¹ • Geringe soziale Unterstützung¹ • Emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit² | <ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte Emotionswahrnehmung³ • Eingeschränkte Empathie⁴ • Eingeschränktes Mitgefühl⁵ • Verletzlichkeit für sozialen Ausschluss (sozialer Schmerz)⁶ • Feindseligkeit, Reizbarkeit, reaktive Aggressivität⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Serotonin-Transportergen-Polymorphismus (bei belastenden Kindheits-erfahrungen)⁸ • Fehlregulationen des Serotonin-Stoffwechsels⁹ |

Anmerkungen: ¹Hölzel et al., 2011; ²Nanni et al., 2012; ³Van Randenborgh et al., 2012; ⁴Schnell & Herpertz, 2018; ⁵Frick et al., 2021; ⁶Seidl et al., 2020; ⁷Bird et al., 2018; Drost et al., 2012; Fava et al. 2010; ⁸Brown et al., 2013; ⁹Schramm et al., 2020

Tabelle 3: Häufige Komorbiditäten bei chronischer Depression

| Komorbidie Störungen | Chronische Depression | Episodische Depression |
|---|-----------------------|------------------------|
| Persönlichkeitsstörungen ¹ | 59.8 % | 17.8 % |
| Generalisierte Angststörung ² | 44.3 % | 24.0 % |
| Soziale Angststörung ² | 45.1 % | 31.0 % |
| Panikstörung mit/ohne Agoraphobie ² | 41.8 % | 34.9 % |
| Substanzbezogene Störungen ³ | 37.1 % | 15.5 % |
| Chronische körperliche Krankheiten ⁴ | 57.2 % | 36.2 % |

Anmerkungen: ¹Pepper et al., 1995; ²Wiersma et al., 2009; ³Klein et al., 1999; ⁴Nübel et al., 2020

Suizidalität

Chronische Depression ist auch mit einer erhöhten Suizidalität verbunden. Allerdings schwanken die Zahlen für Suizidversuche zwischen 16 bis 48 %, verglichen mit 8 bis 24 % bei nichtchronischer, episodischer Depression (Köhler et al., 2019). Auch Suizidgedanken sind bei chronischer Depression häufiger als bei nichtchronischer Depression (in einer der Studien 52 vs. 35 %), wobei die Schwankungen auch mit den unterschiedlichen Eingangskriterien zu tun haben: in manchen der älteren Studien wurden ausschließlich Betroffene mit Dysthymie aufgenommen, in anderen auch solche mit chronischer Major Depression. Als ein besonderer Risikofaktor für Suizidalität bei chronischer Depression sind belastende Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zu sehen (Ernst et al., 2020). Daneben fand man als Risikofaktor für Dysthymie Körperbeschwerden und Schmerzen, erhöhte Unruhe, sowie Persönlichkeitsstörungen des Cluster B (antisozial, Borderline, histrionisch, narzisstisch; Holmstrand et al., 2008). Kognitive Faktoren

wie Hoffnungslosigkeit und die Wahrnehmung von Einsamkeit und Abgetrenntsein von anderen sind oftmals Auslöser für Suizidgedanken (Joiner, 2005). Allerdings ist die Motivation zur Suizidhandlung in hohem Maße auch abhängig von dem emotionalen Schmerz, der Wahrnehmung von ausweglosem „In-der-Falle-sein“, der Fähigkeit, die Angst vor Tod und Schmerzen zu überwinden, und eine notwendige Bereitschaft zu impulsivem Handeln (Klonsky et al., 2016).

Tabelle 4 gibt einige Risikofaktoren für Suizid und Suizidversuche bei Depression bzw. chronischer Depression wieder. Zu Prädiktoren von vollendetem Suizid bei chronischer Depression liegen zwar keine verlässlichen Daten vor, man kann jedoch davon ausgehen, dass die Risikofaktoren vergleichbar mit denen von episodischer Depression sind.

Es wird deutlich, dass vollendeter Suizid nicht von den gleichen Risikofaktoren vorgesagt werden kann wie Suizidversuche, die sehr viel häufiger vorkommen. So sagen männliches Geschlecht, Rentnersta-

Tabelle 4: Risikofaktoren für Suizidalität

| Risikofaktoren für vollendeten Suizid bei Depression ¹ | Risikofaktoren für Suizidversuche bei Depression ² | Risikofaktoren für Suizidversuche bei chronischer Depression ³ |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Männliches Geschlecht • Familiäre Vorgeschichte psychischer Störungen • Frühere Suizidversuche • Schweregrad der Depression • Hoffnungslosigkeit • Komorbidität (Angststörungen; Substanzbezogene Störungen) | <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnungslosigkeit • Kognitive Rigidity • Schlechte Problemlösungsfähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch • Persönlichkeitsstörungen • Schweregrad der Depression • Interpersonelle Probleme • Selbstverletzendes Verhalten • Gesamtdauer der Depression |

Anmerkungen: ¹Hawton et al., 2013; ²Weishaar & Beck, 1992; ³Ernst et al., 2020

tus, Major Depression und körperliche Krankheiten signifikant unterschiedlich den vollendeten Suizid im Vergleich zum Suizidversuch voraus. 92% der Suizide werden beim ersten oder zweiten Versuch vollendet (Parra Uribe et al., 2013). Die in Tabelle 4 genannten Risikofaktoren beziehen sich wiederum auf die Gruppe der Personen mit einer diagnostizierten Depression. Unabhängig von der Verlaufsform sind in psychologischer Hinsicht als zentrale Faktoren für suizidales Verhalten Hoffnungslosigkeit, kognitive Rigidität (Inflexibilität) und eingeschränkte Problemlösefähigkeiten zu sehen (Weishaar & Beck, 1992).

1.2 Verarbeitungsmechanismen und Emotionsregulation

Das von Beck 1967 vorgelegte Modell sah in negativen Kognitionen und Denkfehlern den entscheidenden Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression. In Erweiterung zu diesem Modell schlugen Beck und Clark (1988) die Unterscheidung von kognitiven Prozessen (*wie* ich denke) und kognitiven Inhalten (*was* ich denke) vor. Unter Verarbeitungsprozessen werden Erinnerungen, Aufmerksamkeit und Bewusstsein, Vorstellungen und Interpretationen zusammengefasst (vgl. Abbildung 1). Unter kognitiven Inhalten versteht man die sprachlich-semanticodierten Informationen, Bedeutungen und Bewertungen, die man einer Situation oder einer Erfahrung zuweist.

Eine Grundannahme gegenwärtiger Modelle zur Depression besagt, dass negative Verzerrungen in der kognitiven Verarbeitung bezüglich des Selbst von zentraler Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression sind. Experimentelle Studien und Langzeitstudien zeigen, dass Verzerrungen in der Interpretation von Erfahrungen, eine selektiv negativ ausgerichtete Aufmerksamkeit und selektiv negative Erinnerungen, negative Vorstellungsprozesse sowie ungünstige Emotionsregulationsstrategien, wie z. B. Grübeln, zur Entstehung von Depressionen beitragen (LeMoult & Gotlib, 2019). So konnte Teasdale z. B. zeigen, dass bei rezidivierender Depression Rückfälle durch negative Stimmung und die einhergehende Reaktivierung von gespeicherten negativen Verarbeitungsprozessen (Erinnerungen, Vorstellungen, Assoziation, Grübeln) ausgelöst werden. Eine solche kognitive Vulnerabilität ist nach Teasdale (1988) auch für die Chronifizierung von Depression verantwortlich, indem eine Negativspirale von Stimmung, Verarbeitungsprozessen, Kognitionen und Verhalten die Symptome einer Depression aufrechterhält (vgl. Abbildung 2).

Generell zeigen depressive Menschen eine verminderte Fähigkeit, Kontrolle über die Verarbeitung negativer Erlebnisse zu behalten und flexibel emotionale Zustände zu wechseln (kognitive Rigidität), d. h. sich von negativen Erlebnissen zu lösen (Inhibition des Arbeitsgedächtnisses), die Perspektive zu wechseln und Erfahrungen umzubewerten (reappraisal). Stattdessen bleiben depressive Personen durch Grübeln an negativen Aspekten „hängen“ (Rumination), und sie konzentrieren sich selektiv auf negative As-

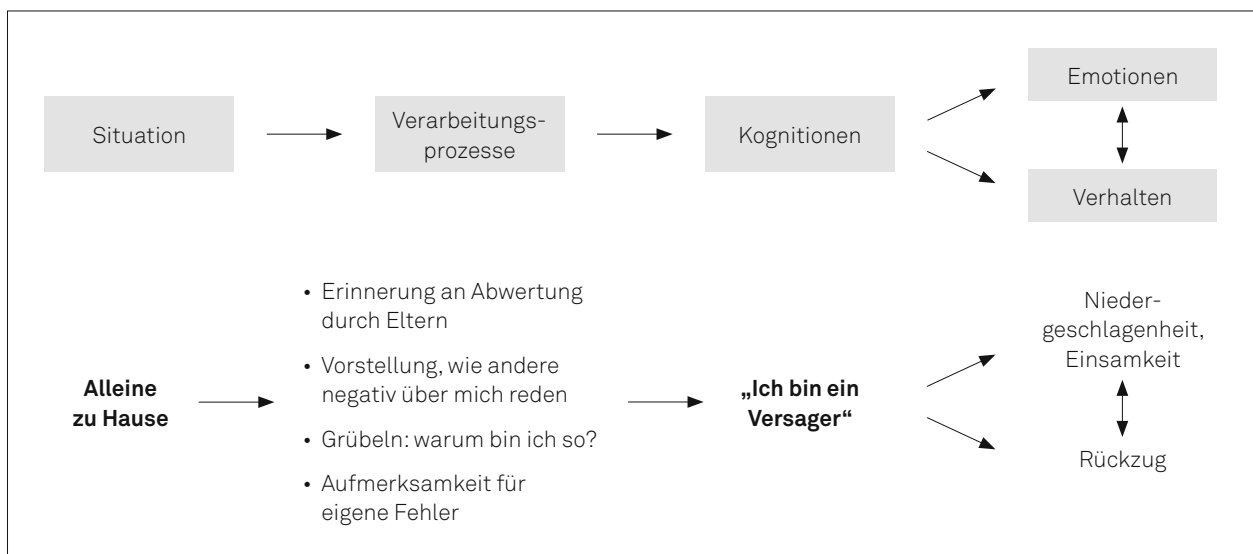


Abbildung 1: Kognitives Modell von Beck und Clark (1988); erweitert um Verarbeitungsprozesse und veranschaulicht anhand eines Beispiels

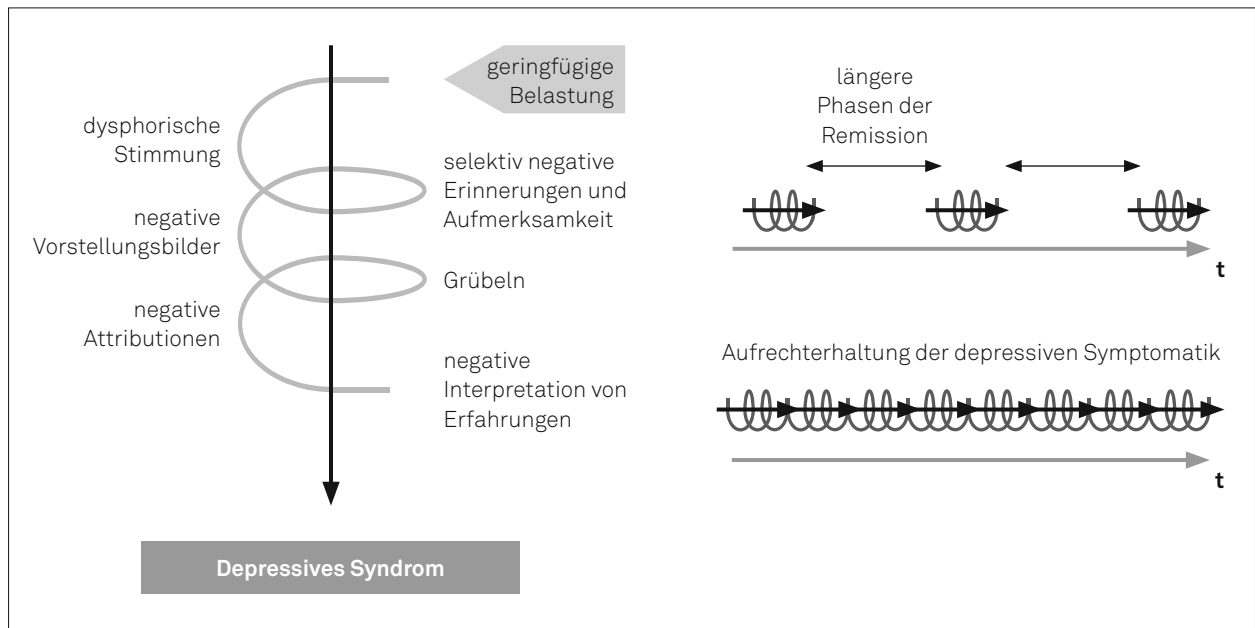


Abbildung 2: Kognitive Vulnerabilität für Rückfälle (links) und rezidivierende vs. chronische Verlaufsformen (rechts) der Depression (differential activation hypothesis von Teasdale, 1988)

pekte und erinnern diese auch bevorzugt (verzerrte Aufmerksamkeit und Gedächtnisprozesse). Speziell bei chronischer Depression scheinen die kognitive Kontrolle und emotionale Flexibilität besonders stark eingeschränkt zu sein. So zeigen chronisch Depressive vermehrt Grübeln, und in einem vergleichbaren Ausmaß wie Betroffene in einer Major Depressiven-Episode (Nolen-Hoeksema, 2000; Riso et al., 2003). Gleichzeitig weisen chronisch Depressive paradoxerweise eine verstärkte Tendenz auf, sowohl negative Gefühle als auch negative Gedanken zu vermeiden (experiential avoidance), im Sinn eines gehemmten Ausdrucks negativer Gefühle gegenüber anderen Personen (Brockmeyer et al., 2015). Darüber hinaus zeigen chronisch depressive Personen auch eine intensivere Erinnerung an negative autobiografische Erlebnisse, und sie können sich von den hierdurch ausgelösten negativen Emotionen auch schlechter lösen als Personen ohne Depression (Guhn et al., 2018). Insgesamt zeigen sich also deutliche Belege für die Hypothese, dass die Verarbeitungsprozesse von chronisch Depressiven durch selektiv negative Verzerrungen und eine erhöhte Rigidität/mangelnde Flexibilität gekennzeichnet sind.

Darüber hinaus wird neuerdings auch eine veränderte Verarbeitung der sozialen Wahrnehmung angenommen. Nach der Theorie von McCullough (2000) sind Personen mit chronischer Depression in ihrer sozialen Entwicklung gestört und entsprechend der Phaseinteilung von Piaget in der präoperativen Phase der kognitiven Verarbeitung sozialer Interaktionen stehen geblieben. Sie seien deshalb nicht in der Lage,

die Konsequenzen ihres eigenen Verhaltens richtig einzuschätzen oder Rückmeldungen und/oder Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge in zwischenmenschlichen Beziehungen genau wahrzunehmen. Hierdurch fehle den Betroffenen die Fähigkeit, auf ihre zwischenmenschliche Umgebung regulierend einzuwirken. Auch wenn diese Theorie von McCullough bislang nicht belegt werden konnte, so zeigte sich ein Defizit in der Fähigkeit zur emotionalen Empathie, weniger der kognitiven Empathie (Schnell & Herpertz, 2018). Dies bedeutet, dass chronisch Depressive sich weniger gut in die Gefühle von anderen Personen hineinversetzen können; hingegen ist das Verständnis der Kognitionen, Bewertungen und Einstellungen anderer Menschen weniger beeinträchtigt. Inwieweit sich dieser Befund auf frühe Entwicklungsdefizite (etwa aufgrund emotionalen Missbrauchs und negativen familiären Interaktionen) oder auf Interferenzen mit intensiven negativen Emotionen zurückführen lässt, ist noch nicht hinreichend untersucht worden.

1.3 Dysfunktionale selbstreferenzielle und soziale Kognitionen

Die Inhalte von Kognitionen sind bei chronischer Depression durch verzerrte negative Einstellungen bezüglich sich selbst und anderen gekennzeichnet. Chronisch Depressive sehen sich selbst, in noch stär-

kerem Maße als Betroffene mit einer Major Depressiven-Episoden, als wertlos, lebensunfähig und emotional schwach an, unabhängig von der Schwere der Depression oder begleitenden Persönlichkeitsstörungen (Riso et al., 2003). Sie attribuieren Misserfolge in hohem Maße auf sich selbst und gehen davon aus, dass dies immer so ist und immer so sein wird (internale, globale Attribution). Die Inhalte der Einstellungen sind in verzerrender Weise unlogisch, absolu-

tistisch und generalisierend und nicht an den Fakten orientiert. Darüber hinaus wird die Zukunft pessimistisch gesehen, und dies trotz gegenläufiger Erfahrungen. Dies kann durch den Prozess einer Immunisierung erklärt werden, indem gegenläufige Erfahrungen als Ausnahme betrachtet werden, oder die Glaubwürdigkeit von Informationen infrage gestellt wird, wenn diese dem eigenen Konzept nicht entsprechen (Kube et al., 2017).

Tabelle 5: Beispiele für verzerrte Kognitionen bei chronischer Depression

| Selbstreferenzielle Kognitionen | Soziale Kognitionen |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin wertlos (unzulänglich, schwach, lebensunfähig, nicht belastbar). • Mein Leben ist ein Elend (Scherbenhaufen, Debakel). • Ich bin schuld an meinem Scheitern. • Ich werde nie ein glückliches Leben führen. • Ich bin dafür verantwortlich, dass andere leiden. | <ul style="list-style-type: none"> • Andere interessieren sich nicht für mich, lehnen mich ab. • Ich bin anders als die anderen. • Ich werde nicht verstanden. • Ich muss alles selbst tun, weil mir niemand hilft. • Andere sind böse zu mir. • Wenn ich mich auf eine Beziehung einlasse, werde ich nur verletzt. |

Die starken sozialen Funktionseinschränkungen chronisch depressiver Personen sprechen dafür, dass neben der negativen Bewertung des Selbst auch die sozialen Kognitionen beeinträchtigt sind. Die Bewertung von Beziehungen mit anderen Menschen ist durch eine negative Sichtweise geprägt. Chronisch Depressive weisen kognitive Schemata auf, in denen sie sich als isoliert und abgetrennt wahrnehmen (Riso et al., 2003). Die soziale Identität ist subjektiv (nicht selten aber auch objektiv) durch den Außenseiterstatus gekennzeichnet. Dementsprechend erwarten chronisch Depressive auch, dass ihr Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung von anderen nicht erfüllt wird und sie aufgrund ihrer eigenen Minderwertigkeit von anderen kritisiert, missachtet oder verlassen werden. Mitunter besteht ein starkes Misstrauen, von anderen verletzt, missbraucht, gedemütigt, betrogen oder manipuliert zu werden. Die sozialen Kognitionen können zwar komorbid mit einer Persönlichkeitsstörung, wie z. B. Selbstunsicher-Vermeidende oder Borderline-Persönlichkeitsstörung, einhergehen, sind jedoch bei chronischer Depression oftmals auch ohne eine solche Komorbidität nachweisbar (Flink et al., 2018).

1.4 Interpersonales Verhalten

Nach der Theorie von Beck sind interpersonelle Probleme bei Depression zwar keine primäre Ursache, werden jedoch als ein aufrechterhaltender Faktor an-

genommen. Defizite im Bereich sozialer Kompetenzen wurden sowohl in der Selbsteinschätzung von Depressiven als auch in der Fremdeinschätzung durch Interaktionspartner konsistent festgestellt (Segrin, 2000). Insbesondere nonverbale Verhaltensmerkmale (leise Stimme, trauriger oder versteinertes Gesichtsausdruck, wenig Augenkontakt, eingeschränkter Emotionsausdruck) tragen zu der Wahrnehmung von sozialer Inkompetenz bei. Darüber hinaus sprechen depressive Menschen häufig negative Themen oder Gefühle in Situationen an, die von anderen als unangemessen erlebt werden. Die Theorie von Lewinsohn (1974) geht davon aus, dass diese Defizite zu verminderter positiver Verstärkung durch das soziale Umfeld führen. Allerdings sind die Belege für eine Verstärkung von Depression durch soziale Kompetenzdefizite nicht eindeutig. Eine andere Möglichkeit wäre, dass mangelnde soziale Kompetenzen die Herstellung stabiler positiver Beziehungen erschweren und soziale Unterstützung in Belastungssituationen verringern.

Die Theorie der interpersonellen Vermeidung geht weniger von Kompetenzdefiziten aus, sondern dass Depressive deshalb weniger Bestätigung oder soziale Unterstützung erhalten, da sie unangenehme soziale Interaktionen vermeiden (Ferster, 1973). Die Vermeidung von sozialen Aktivitäten behindert zudem die Bewältigung von zwischenmenschlichen Konflikten und führt auf diese Weise zur Aufrechterhaltung von sozialen Problemen und Belastungen. Andere inter-

personelle Modelle der Depression postulieren, dass dysfunktionales interpersonelles Verhalten zu Problemen, wie z. B. Ablehnung oder Entfremdung, führt, die wiederum die Depression aufrechterhalten. So wird u. a. aufgrund häufiger negativer Erfahrungen mit Bezugspersonen angenommen, dass chronische Depressive einen ängstlich-vermeidenden Bindungsstil ausbilden. Dieser zeigt sich z. B. in Angst vor Verlassenheit und Ablehnung, meist einhergehend mit dem Streben nach Unabhängigkeit und der Vermeidung von Intimität. In ähnlicher Weise postulierte Beck in dem Soziotropie-Konzept, dass bei Depressiven ein übermäßiges Bedürfnis nach sozialer Bindung und Akzeptanz besteht, einhergehend mit Unsicherheit in Bezug auf die eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen.

Einige Studien bieten auch empirische Anhaltspunkte dafür, dass diese Beziehungsstile tatsächlich zu verstärkten Konflikten und Stress führen, wodurch sich wiederum depressive Symptome verstärken können (Dobson et al., 2014). Ein weiteres zwischenmenschliches Verhaltensmuster, das zu zwischenmenschlichen Problemen und chronischer Depression führen könnte, ist die übermäßige und beharrliche Suche nach Bestätigung, dass man von anderen gemocht und umsorgt wird (Joiner, 2005). Durch die permanente Suche nach Bestätigung wachsen jedoch Zweifel an der Aufrichtigkeit, und Irritation, Distanzierung und Ablehnung bei Beziehungspartnern.

Ein weiteres, insbesondere für chronische Depression diskutiertes interpersonelles Muster ist die Annahme von Feindseligkeit gepaart mit Unterwürfigkeit. In seiner interpersonellen Theorie der chronischen Depression erklärt McCullough (2000) die Feindseligkeit und Unterwürfigkeit durch die mangelnde Fähigkeit, die Bedürfnisse und Gefühle anderer Menschen adäquat wahrzunehmen, sodass in den Beziehungen zu anderen Menschen Zerwürfnisse und Spannungen entstehen. Es gibt empirische Hinweise, dass ein solcher interpersoneller Stil bei chronischer Depression stärker ausgeprägt ist als bei Major Depression (Bird et al., 2018).

Sind die Befunde zu interpersonellen Problemen eine Ursache für Depression oder eine Folge von kognitiven Faktoren? In Übereinstimmung mit dem weiter oben dargestellten erweiterten kognitiven Modell sprechen Langzeituntersuchungen dafür, dass Grübeln den interpersonellen Störungen vorausgeht (Flynn et al., 2010). Danach sind ungünstige Verarbeitungsprozesse, neben dem Grübeln auch die fehlerhafte soziale Wahrnehmung und Erinnerungen an frühere aversive Erlebnisse, der Ausgangspunkt für eine Kaskade von negativen Gedanken und Gefühlen. Dar-

unter fallen die kritische Selbstabwertung und die Erwartung von Kritik und Ablehnung durch andere, und hieraus resultierend sozial inadäquate, d. h. selbstunsichere oder auch feindselige Verhaltensweisen, die eine Entlastung von den belastenden Problemen durch soziale Unterstützung nicht nur verhindern, sondern diese sogar noch weiter verstärken. Vermehrte soziale Konflikte wiederum könnten ungünstige Verarbeitungsmechanismen wie Grübeln und die Wahrnehmung von Abgetrenntsein und Isolation, selbstabwertende und feindselige Gedanken, Gefühle von Niedergeschlagenheit und Gereiztheit sowie die hieraus resultierenden ungünstigen interpersonellen Verhaltensmuster verstärken (vgl. Abbildung 3).

1.5 Motivationale Aspekte

Neben einer niedergedrückten Stimmung ist Anhedonie, definiert als Verlust von Freude und Interesse an Aktivitäten, ein Kernsymptom von Depression. Dieser Verlust äußert sich sowohl in der Wahrnehmung eines Rückgangs biologischer Triebe (Lust, Appetit, Sexualität) als auch sozialer Bedürfnisse (Familie und Partnerschaft, Beruf, Hobbys).

Während sich die neurobiologischen Theorien vor allem auf die Störung des dopaminergen Belohnungssystems (Basalganglien, Präfrontalcortex und Amygdala) konzentrieren, rücken psychologische Theorien die emotionalen und motivationalen Aspekte stärker in den Vordergrund. Danach ist Anhedonie als ein Symptom zu sehen, das aus einem dynamischen Zusammenspiel von negativer Stimmung, negativen Verarbeitungsmechanismen wie Grübeln und negativen Erinnerungen, Kognitionen sowie Vermeidungs- und Rückzugsverhalten entsteht.

Aus motivationspsychologischer Sicht ist Anhedonie als eine Störung der Antizipation positiver Emotionen bei Annäherung an ein Ziel und des Erlebens positiver Emotionen beim Erreichen eines Ziels zu sehen (Dunn et al., 2012). Die Erwartung, durch eine bestimmte Handlung ein Ziel zu erreichen und sich dann auch gut zu fühlen, hängt von verschiedenen Verarbeitungsprozessen ab. Nach der Retrieval competition-Theorie von Brewin (2006) werden Bewertungen und auch Erwartungen wiederum von Gedächtnisprozessen bestimmt. Autobiografische Erinnerungen sind mit der Aktivierung von spezifischen kognitiven Schemata verbunden. Je nachdem, ob eher negative oder positive Erinnerungen abgerufen werden, werden eher negative oder positive Erwartungen und Vermeidungs- oder Annäherungsverhalten aktiviert. Durch die selektiv negative Orientierung in den vergangenen Erinnerun-

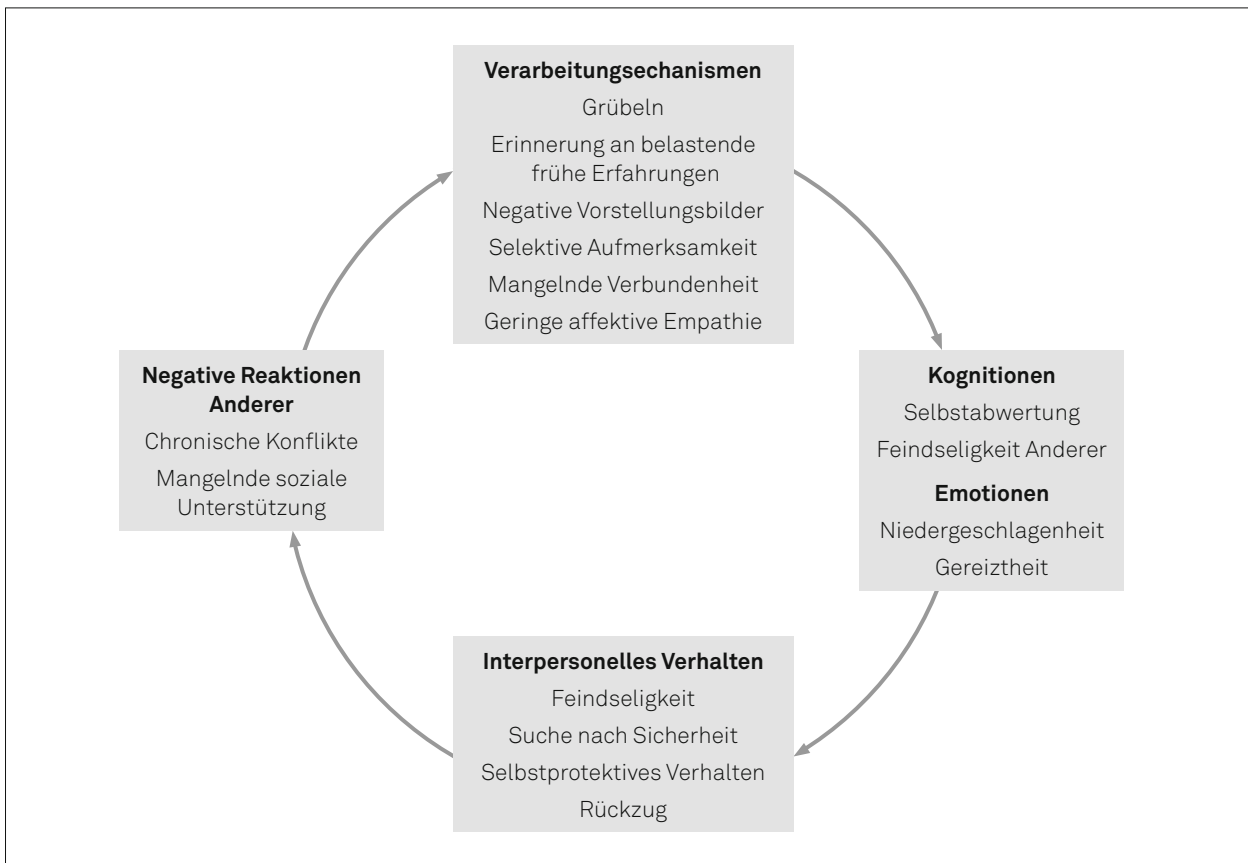


Abbildung 3: Selbstverstärkender Kreislauf von emotionaler Verarbeitung und interpersonellem Verhalten

gen werden somit auch eher negative Erwartungen und Vorstellungen zu zukünftigen Ereignissen und auch zum eigenen Befinden angeregt. Vereinfacht ausgedrückt, können Depressive keine Vorstellung von der Zukunft entwickeln, dass sie sich durch eine bestimmte Handlung besser fühlen können, da sie sich lediglich an negatives Befinden in der Vergangenheit erinnern können (Dagleish et al., 2010).

Aus den zuvor dargestellten Befunden wird deutlich, dass das Erleben von Depressiven vor allem in Bezug auf den eigenen Selbstwert und die Beziehung zu anderen negativ geprägt ist. Nach der Konsistenztheorie von Grawe (2000) sind somit das Bedürfnis nach

Selbstwert (vs. Selbstkritik) und das Bedürfnis nach Bindung (vs. Zurückweisung/Abgetrenntsein/Isolation) bedroht. Frühe negative Erfahrungen in der Biografie tragen bei Depressiven zur Entwicklung von motivationalen Schemata bei, in denen die Vermeidung von Selbstabwertung und Zurückweisung durch andere eine zentrale Rolle spielen (Grosse Holforth et al., 2005). Paradoxerweise tendieren aber depressive Personen nicht nur dazu, negative Erfahrungen zu vermeiden, sondern auch positive Erfahrungen. Dies könnte aus der grundlegenden Motivation erklärt werden, das eigene negative Schema sich selbst und anderen zu bestätigen (Bedürfnis nach Selbstverifikation; Arens & Stangier, 2020).

Kapitel 2

Wohlwollen

Was ist Wohlwollen? Im Duden wird Wohlwollen als „freundliche, wohlwollende Gesinnung“ gekennzeichnet. Der englische Begriff *benevolence* wird im Webster Dictionary definiert als „1. disposition to do good, 2. an act of kindness“. In der Alltagssprache wird der Begriff eher selten verwendet. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Schwierigkeit, Wohlwollen einzugrenzen. Als Werte-Haltung beinhaltet Wohlwollen den Wunsch, positive Beziehungen herzustellen, in denen Vertrauen, Verlässlichkeit, Verbundenheit, Unterstützung und Ehrlichkeit bestehen. Wohlwollen gegenüber anderen wird auch umschrieben mit Freundlichkeit, Respekt, Mitgefühl, Anständigkeit, Fairness, Güte, Großzügigkeit oder Menschenliebe. Wohlwollen kann sich gegenüber Nahestehenden, aber auch gegenüber Fremden zeigen. Wohlwollen gegenüber anderen schließt aber auch Wohlwollen gegenüber sich selbst ein. Abzugrenzen ist selbstbezogenes Wohlwollen jedoch von Selbstaufopferung (anderen Gutes tun, ohne sich selbst Gutes zu tun; Altruismus) wie auch von Egoismus (sich selbst Gutes tun, ohne anderen Gutes zu tun). Wohlwollen ist somit eine universelle Motivation, anderen und sich selbst Gutes zu tun.

In diesem Kapitel werden philosophische und psychologische Hintergründe von Wohlwollen dargestellt, um Wohlwollen besser einzugrenzen und zu verdeutlichen, wie wichtig Wohlwollen als motivationaler Einfluss auf menschliches Erleben und auch für die Erhaltung psychischer Gesundheit ist.

2.1 Wohlwollen aus philosophischer Sicht

Wohlwollen bzw. Benevolenz hat Philosophen in der Antike wie auch im Zeitalter der Aufklärung beschäftigt. Als einer der ersten Philosophen hat sich Aris-

toteles intensiv mit den Absichten und Zielen von Menschen befasst. Für ihn sind liebevolle Beziehungen zu anderen Menschen (oder auch „Freundschaften“) eine Grundbedingung des Lebens. Zu den „freundschaftsähnlichen“ Verhältnissen zählt Aristoteles (1909, S. 201–202) auch Wohlwollen. Es wird von ihm als eine Tugend, d.h. eine („gute“) sittliche Einstellung gesehen, in der das Gute für den anderen um des Guten willen angestrebt wird. Wohlwollen ist für Aristoteles Wunsch, nicht jedoch Handlung, und frei von Absichten und Streben nach eigenem Nutzen. In gleicher Weise unterscheidet Aristoteles die Selbstliebe nach materiellem Vorteil als verwerflichen Wunsch, gegenüber einer Selbstliebe, die das eigene Wesen liebt und nach Verwirklichung der Vernunft strebt.

In der Aufklärung knüpften britische Moral-Philosophen an die Erklärung von tugendhaftem Handeln an. Neben Strömungen, die entweder Vernunft (Rationalismus) oder hedonistisches Glücksstreben (Utilitarismus) in den Vordergrund stellen, entwickeln z.B. Hume und Hutcheson eine naturalistische Psychologie, in der Gefühle Ausgangspunkt für ethische Normen sind. Wohlwollen, Sympathie und Mitgefühl sind Ausdruck eines angeborenen moralischen Sinnes („moral sense“). Hutcheson sieht Wohlwollen als ein Streben nach Wohlergehen nicht nur von sich selbst, sondern auch von anderen Menschen, das auf das größtmögliche Glück aller abzielt und von dem Erleben von Freude motiviert wird. Interessanterweise versucht Hutcheson, in mathematischer Weise den Zusammenhang von Wohlwollen und dem hieraus resultierenden Glück zu quantifizieren: Danach ist das Ausmaß an Wohlwollen eine direkte Funktion des Verhältnisses von dem bei anderen hervorgerufenen Glück und den Fähigkeiten, dieses hervorzurufen.

Eine Gegenposition bezieht Kant bezüglich Wohlwollen in seiner Pflichtethik. Wohlwollen als „guter Wille“ ist die Primärtugend schlechthin und zentra-