



110 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.2

Eine Depression ist eine ernsthafte psychische Erkrankung, die sich vor allem durch drei Hauptsymptome auszeichnet: eine anhaltend gedrückte Stimmung, Interessenverlust bzw. Freudlosigkeit sowie eine ausgeprägte Antriebsstörung. Diese Diagnose beschreibt eine depressive Episode mit ausgeprägter Symptomatik, bei der die Kernsymptome wie gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebslosigkeit stark ausgeprägt sind. Zusätzlich treten meist weitere Symptome auf wie Schuldgefühle, verminderter Selbstwert, Schlafstörungen, Appetitveränderungen oder Suizidgedanken.

Bei F32.2 liegen keine psychotischen Symptome wie Halluzinationen oder wahnhafte Überzeugungen vor. Sobald solche Symptome auftreten, würde die Diagnose unter F32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) fallen (Abulie).

Im Gegensatz zur alltäglichen Traurigkeit handelt es sich bei einer Depression um einen Zustand, in dem die gesamte Gefühlswelt gedämpft oder sogar völlig blockiert ist. Betroffene sprechen oft von einem „Gefühl der Gefühllosigkeit“.

In der medizinischen Fachsprache wird der Begriff „Depression“ im anatomischen Kontext übrigens auch synonym für eine „Senkung“ verwendet.

Symptome

Zusätzlich zu den Hauptmerkmalen können eine Vielzahl weiterer Symptome auftreten. Häufig berichten Betroffene von Gefühlen der Minderwertigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Schuldempfindungen. Auch Erschöpfung, Konzentrations- und Entscheidungsschwäche, Grübelzwang, verlangsamtes Denken, innere Unruhe, Reizbarkeit, Angstzustände, emotionale Verflachung bis hin zur Unfähigkeit, Gefühle zu zeigen, sowie ein verringertes sexuelles Interesse sind typisch.

Bei akuten depressiven Episoden kommt es oft zu einem vollständigen Verlust der Motivation. Alltägliche Aufgaben wie Einkaufen oder Abwaschen erscheinen unüberwindbar. Viele ziehen sich zurück und verbringen tageweise passiv im Bett – für Außenstehende häufig schwer nachvollziehbar.

Depressive Menschen neigen zudem dazu, negative Eindrücke überzubewerten, während positive Aspekte kaum wahrgenommen oder als Zufall abgetan werden.

Nicht selten äußert sich eine Depression auch durch körperliche Beschwerden, sogenannte Vitalstörungen. Dazu zählen Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Gewichtsveränderungen (Ab- oder Zunahme), Muskelverspannungen, diffuse Schmerzempfindungen (z. B. Kopfschmerzen) sowie eine insgesamt verlangsamte Motorik. Auch eine erhöhte Infektanfälligkeit kann beobachtet werden.

Die Schlafprobleme zeigen sich meist in Form von Einschlaf- und Durchschlafstörungen, frühmorgendlichem Erwachen sowie ausgeprägter Tagesmüdigkeit – oft begleitet von unaufhörlichem Grübeln („Kreidenken“).

In manchen Fällen entwickeln Betroffene sogenannte katathyme Wahngedanken. Dabei handelt es sich nicht um wahnhaftige Symptome im klassischen Sinne, wie sie bei psychotischen Störungen vorkommen. Vielmehr sind diese Wahninhalte emotional gefärbt und stark von der aktuellen Stimmung und Lebenssituation beeinflusst. Ein typisches Beispiel ist der irrationale Glaube, völlig verarmt oder mittellos zu sein – trotz gegenteiliger Realität.

Abhängig von der Ausprägung der Depression kann auch eine latente oder manifeste Suizidalität bestehen, die stets ernst genommen werden muss. Schätzungen zufolge sind Depressionen die Hauptursache für einen Großteil der rund 12.000 Suizide, die jährlich in Deutschland begangen werden – darunter etwa 8.800 Männer und 3.400 Frauen. Damit fordern depressive Erkrankungen in Deutschland mehr Todesopfer als Verkehrsunfälle.

Klinischer Verlauf

Prodromalphase (Vorphase), Erste Anzeichen wie innere Leere, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Schlafstörungen oder verminderte Leistungsfähigkeit treten oft schleichend auf.

Häufig werden diese frühen Symptome nicht sofort als Anzeichen einer Depression erkannt.

Akute Phase voll ausgeprägte Episode

Dauer: Meist mehrere Wochen bis Monate. Die Hauptsymptome sind deutlich ausgeprägt: Anhaltend depressive Stimmung, Interessenverlust - Freudlosigkeit, Schwere Antriebslosigkeit bis zur Bewegungsarmut.

Weitere häufige Symptome

Konzentrationsstörungen, Grübelzwang, Gefühle von Schuld, Wertlosigkeit oder Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust, körperliche Beschwerden, Suizidgedanken oder passive Todeswünsche, Psychotische Symptome fehlen, Realität bleibt erhalten.

Behandlung und Remission

Mit einer angemessenen Behandlung (Psychotherapie, Antidepressiva, evtl. unterstützende Maßnahmen wie Ergotherapie oder Lichttherapie) ist eine Besserung möglich. Remission: Als Remission gilt das weitgehende oder vollständige Abklingen der Symptome.

Die Remission kann vollständig, teilweise oder instabil sein (mit Rückfällen oder rezidivierenden Symptomen).

Rekonvaleszenz Erholungsphase

Nach Abklingen der akuten Symptome kehren Lebensfreude, Energie und Funktionsfähigkeit allmählich zurück. In dieser Phase besteht ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall bei zu früher Belastung oder unvollständiger Therapie. Die Nachsorge ist essenziell (ggf. medikamentöse Erhaltungstherapie, Psychotherapie, Rückfallprophylaxe).

Langzeitverlauf / Prognose

Der Verlauf kann einmalig, rezidivierend (wiederkehrend) oder chronisch (anhaltend über mehr als 2 Jahre) sein. Ohne Behandlung besteht ein erhöhtes Risiko für Wiederholungs- oder Folgeepisoden (dann evtl. Diagnose rezidivierende depressive Störung, z. B. F33.2). Die Prognose verbessert sich bei früher Diagnosestellung, konsequenter Behandlung und stabilen psychosozialen Bedingungen.

Klassifikation

Früher unterschied man zwischen endogener (ohne erkennbare Ursache) und exogener (reaktiv bedingter) Depression, heute nutzt man die ICD-10-Klassifikation. Diese unterscheidet depressive Episoden nach Schweregrad (leicht, mittel, schwer) sowie nach dem Vorliegen psychotischer Symptome. Zusätzlich gibt es rezidivierende (wiederkehrende) Formen und Sonderformen wie: Bipolare Störung (Wechsel zwischen Depression und Manie), SAD (Winterdepression), ausgelöst durch Lichtmangel. Altersdepression, wobei alle Depressionsformen auch im Alter auftreten können. Postpartale Depression nach der Geburt. Anaklitische Depression bei Kleinkindern durch emotionale Vernachlässigung

Ursachen

Ursachen der Depression – ein vielschichtiges Zusammenspiel

Die genauen Ursachen für das Entstehen einer Depression sind bislang nicht vollständig geklärt. Man geht heute davon aus, dass es sich um eine multifaktorielle Erkrankung handelt – also um das Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Psychosoziale Einflüsse

Ein erhöhtes Risiko für eine Depression besteht unter anderem bei Menschen, die in ihrem Leben belastende Erfahrungen wie Verlust, Entwertung oder Demütigung in engen Beziehungen durchlebt haben. Auch anhaltender Stress, ob beruflich, familiär oder innerpsychisch bedingt, kann depressive Symptome auslösen oder verstärken.

Solche psychischen Belastungen hinterlassen messbare Spuren im Gehirn. Frühere medizinische Modelle gingen davon aus, dass biochemische Veränderungen im Gehirn – etwa ein Ungleichgewicht von Botenstoffen wie Serotonin – die eigentliche Ursache der Depression seien. Moderne Ansätze berücksichtigen dagegen stärker die Auslöser dieser Veränderungen, z. B. durch Lebensumstände, traumatische Erlebnisse oder chronischen Stress. Lichtmangel als Auslöser. Ein bekannter biologischer Einflussfaktor ist der Lichtmangel im Winter. Bei der sogenannten saisonalen Depression (auch Winter- oder Herbstdepression genannt) führen verkürzte Tageslichtphasen regelmäßig zu depressiven Verstimmungen, die sich im Frühjahr meist spontan bessern.

Stress als zentraler Risikofaktor

In Stresssituationen reagiert das Gehirn mit einer verminderten Serotoninproduktion – eine natürliche Schutzfunktion, um in akuten Gefahrensituationen rasch handeln zu können. Diese Reaktion ist messbar, während individuelle psychische Muster oder emotionale Verarbeitungsmechanismen weniger leicht zu erfassen sind. Hält chronischer Stress über Jahre an, kann es passieren, dass sich die Serotoninproduktion nicht mehr normalisiert, selbst wenn sich das Leben beruhigt. Besonders auffällig ist dies bei Menschen um das 30. Lebensjahr, wenn nach einer unruhigen Jugend eigentlich eine Phase der Stabilität eintreten sollte – die Stimmung aber dennoch tief bleibt. In solchen Fällen ist nicht mehr der Stress Auslöser, sondern der scheinbar normale Alltag wird als belastend empfunden. Die Fähigkeit, sich auf Positives zu freuen oder langfristig zu planen, geht verloren. Zudem funktionieren viele psychologische Schutzmechanismen – etwa das Ausblenden eigener Schuld oder das positive Umdeuten von Problemen – bei Depressiven nicht oder nur eingeschränkt. Die Folge: Ein Teufelskreis beginnt. Die Krankheit beeinträchtigt das soziale und berufliche Leben massiv, was wiederum zu Misserfolgen und Rückschlägen führt – und so das depressive Denkmuster von Hilf- und Hoffnungslosigkeit weiter verstärkt. In vielen Fällen lässt sich auch ein erhöhter Kortisolspiegel (Stresshormon) im Blut und Urin nachweisen.

Körperliche Ursachen (somatogene Depression)

Neben psychischen Auslösern können auch körperliche Erkrankungen depressive Symptome verursachen. In solchen Fällen spricht man von einer somatogenen Depression. Zu den möglichen körperlichen Ursachen zählen vor allem:

- Hormonelle Umstellungen, z. B. nach einer Geburt (postpartal), während der Pubertät oder in den Wechseljahren.
- Erkrankungen der Schilddrüse, Hypophyse oder Nebenniere
- Störungen im hormonellen Regelkreislauf, etwa ein Ungleichgewicht der Sexualhormone
- Depression: Ursachen, Diagnose und Therapie im Überblick

Rückbildung bei Behandlung.

- Depressive Symptome sind häufig reversibel, besonders dann, wenn die auslösende Ursache etwa eine Grunderkrankung oder belastende Lebenssituation – behandelt oder beendet wird.

Genetische Einflüsse

Zwillingsstudien legen nahe, dass es eine erbliche Veranlagung für Depressionen gibt. Dabei ist nicht ein einzelnes Gen verantwortlich, sondern es wird von einer Mehrzahl beteiligter Gene ausgegangen. Besonders auffällig ist eine Mutation am 5-HTT-Gen, das mit der Regulierung des Botenstoffs Serotonin in Verbindung steht.

Physiologische Sichtweise

Depressionen zählen zu den affektiven Störungen, ebenso wie Manien oder bipolare Störungen. Bei allen depressiven Erkrankungen lassen sich Veränderungen im serotonergen und/oder noradrenergen System beobachten. Das bedeutet, dass entweder die Konzentration der Botenstoffe Serotonin oder Noradrenalin gestört ist oder deren Wirkung an den Nervenzellen beeinträchtigt ist.

Unklar bleibt jedoch, ob diese biochemischen Veränderungen Ursache oder Folge der Depression sind. Die moderne medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva setzt an diesen Neurotransmittersystemen an – insbesondere am Serotonin-Haushalt.

Medikamentöse Behandlung

Ein zentrales Problem: Es gibt derzeit keine Diagnostik, die zuverlässig vorhersagen kann, welches Medikament bei welchem Patienten wirkt. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass bei familiärer Vorbelastung oft die Medikamente hilfreich sind, die bereits bei betroffenen Verwandten wirksam waren.

Der Wirkung

Serotonin beeinflusst vor allem die Stimmung, Noradrenalin wirkt sich stärker auf Antrieb und Leistungsfähigkeit aus.

Diagnosestellung

Die Diagnose einer Depression ist komplex und erfolgt in der Regel durch Fachärzt: innen für Psychiatrie oder psychologische Psychotherapeut: innen. Depressionen können sich auch hinter anderen Erkrankungen verstecken und werden nicht immer sofort erkannt. Ein hilfreiches Instrument zur Abgrenzung ist zum Beispiel der TFDD-Test, der Depressionen von Demenzsymptomen unterscheidet.

Psychotherapie

Psychotherapeutische Verfahren gelten heute als zentrale Säule der Depressionsbehandlung. Am häufigsten eingesetzt wird die kognitive Verhaltenstherapie. Ziel ist es, negative Gedankenmuster zu erkennen und zu verändern. Die Methode basiert unter anderem auf den Konzepten von Aaron T. Beck und Albert Ellis. Ebenfalls sehr wirksam ist die interpersonelle Therapie (nach Weissman und Klerman), die sich auf zwischenmenschliche Beziehungen und deren Einfluss auf die Depression konzentriert. Beide Verfahren sind wissenschaftlich gut belegt und gelten als besonders effektiv.

Tiefenpsychologisch fundierte Verfahren

Diese orientieren sich an frühkindlichen Erfahrungen und unbewussten Konflikten. Die klassische Psychoanalyse wird heute überwiegend von ärztlichen Psychotherapeut:innen angewandt, viele kombinieren sie mit modernen Methoden.

Gruppentherapie

In Gruppensettings wird daran gearbeitet, sozialen Rückzug zu überwinden, den Austausch mit anderen zu fördern und die Fähigkeit zur Hilfeannahme zu stärken. Das Ziel: den isolierenden Charakter der Depression zu durchbrechen.

Medikamentöse Behandlung Pharmakotherapie

In der Behandlung von Depressionen hat die medikamentöse Therapie in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht. Moderne Antidepressiva, insbesondere sogenannte Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Fluoxetin, gelten als gut verträglich und verursachen weniger Nebenwirkungen als ältere Präparate. Allerdings tritt ihre stimmungsaufhellende Wirkung meist erst nach einigen Wochen regelmäßiger Einnahme ein.

Wichtiger Sicherheitshinweis

Bei einigen älteren Antidepressiva zeigt sich zunächst eine Zunahme des Antriebs, während die aufhellende Wirkung auf die Stimmung erst verzögert einsetzt. Diese Konstellation kann das Risiko für Suizidgedanken oder -handlungen erhöhen, weshalb in dieser Phase eine engmaschige ärztliche Kontrolle oder die Begleitgabe beruhigender Medikamente notwendig sein kann.

Einnahmeweise

Ältere Wirkstoffe wie die trizyklischen Antidepressiva müssen meist langsam eingeschlichen und ausgeschlichen werden, um Nebenwirkungen zu minimieren. Bei neueren Antidepressiva, insbesondere den SSRI, ist ein solches Vorgehen in der Regel nicht notwendig.

Beispiele für Antidepressiva-Klassen und Wirkstoffe

Wirkstoffgruppe	Beispielpräparate	Wirkungsschwerpunkt:
-----------------	-------------------	----------------------

SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)	Citalopram, Sertralin, Fluoxetin	Stimmungsaufhellend, angstlösend
---------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin, Doxepin, Imipramin	Stark wirksam, mehr Nebenwirkungen
-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Tetrazyklische Antidepressiva	Mirtazapin	schlaffördernd, appetitanregend
-------------------------------	------------	---------------------------------

SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Hemmer)	Venlafaxin	Antriebssteigernd, stimmungsaufhellend
--------------------------------------	------------	--

DNRI (Dopamin-Noradrenalin-Hemmer)	Bupropion	Antriebssteigernd, kann bei Nikotinentwöhnung helfen
------------------------------------	-----------	--

Melatonin-Agonisten	Agomelatin	Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus
---------------------	------------	--------------------------------------

MAO-Hemmer	Moclobemid	Eher selten eingesetzt, besondere Diätvorschriften nötig
------------	------------	--

Fazit

Antidepressiva können bei mittleren bis schweren Depressionen eine wichtige Unterstützung bieten, vor allem in Kombination mit Psychotherapie. Die Auswahl des passenden

Medikaments hängt von individuellen Faktoren ab – wie Symptombild, bisherigen Erfahrungen, Alter und möglichen Begleiterkrankungen – und erfolgt durch fachärztliche Abklärung.

Lichttherapie bei saisonaler Depression

Bei der sogenannten Winter- oder Herbstdepression hat sich die Lichttherapie als besonders wirksam erwiesen. Dabei sitzt der Patient täglich für eine bestimmte Zeit vor einer speziellen Lichtlampe, die helles, dem Sonnenlicht ähnliches Kunstlicht ausstrahlt. Dieses künstliche Licht kann helfen, depressive Symptome in den lichtarmen Wintermonaten zu verhindern oder zu lindern.

Elektrische und elektromagnetische Verfahren

Bei schweren Depressionen, die nicht auf Medikamente ansprechen (therapieresistent), kommen zunehmend auch nicht-medikamentöse Therapien zum Einsatz. Ihre genaue Wirkung ist zwar noch nicht vollständig verstanden, aber einige Verfahren zeigen vielversprechende Ergebnisse:

Elektrokrampftherapie (EKT)

Wird bei schweren, therapieresistenten Depressionen eingesetzt. Durch kontrollierte elektrische Impulse wird ein künstlich ausgelöster Krampfanfall erzeugt. Ursprünglich entdeckt wurde die Methode, weil sich die Stimmung depressiver Patienten nach einem epileptischen Anfall besserte.

Vagusnerv-Stimulation

Ein kleiner elektronischer Impulsgeber (ähnlich einem Herzschrittmacher) wird im Körper eingesetzt.

Er sendet in regelmäßigen Abständen Impulse an den Vagusnerv, der viele wichtige Körperfunktionen beeinflusst.

Diese Therapie wird bereits bei Epilepsie eingesetzt und zeigt bei etwa 30–40 % der therapieresistenten Depressiven eine Verbesserung.

Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Dabei wird das Gehirn von außen mit einem Magnetfeld stimuliert, um bestimmte Hirnareale zu aktivieren. Die Methode wird aktuell in Studien getestet.

Langfristige Wirksamkeit und Sicherheit sind noch nicht abschließend belegt, da bisher nur wenige Patienten behandelt wurden (Stand 2014).

Literaturverzeichnis

Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum Warszawa Management University (Univ.). Eigenverlag.

Andrawis A, (2018): Humanmedizin und Psychotherapiewissenschaft, zwischen Theorie und Praxis, Eigenverlag.

Andrawis A, (2018): Psychoanalyse zur Überwindung, frühkindlicher Traumata zweijährige Patientenanalyse, von Jänner 2012 bis Februar 2014, Der verborgene Teil des Eisbergs Model Freud, 2.überarbeitete Auflage, Wydawnictwo, 2.überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o.o. ISBN: 978-3-9504659-0-4. Poligraf Verlag.

Andrawis A, (2018): Determinanten des Entscheidungsverhaltens, von Verdrängung Heilung, Glaube, zur Bedeutung der Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen, durch Psychoanalyse und im Zusammenhang mit christlicher Glaubenshaltung, Wydawnictwo Poligraf sp. z o. o., ul ISBN: 978-3-9504659-0-7, Poligraf Verlag.

Andrawis A, (2015): Der verborgene Teil des Eisbergs, Eine zweijährige Patientenanalyse von Jänner 2012 bis Februar 2014, 1. überarbeitete Auflage, Eigenverlag.

Andrawis A, (2018): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ISBN: 978-3-9504659-2-1, Poligraf Verlag.

Andrawis A, (2018): Psychoneuroimmunologie PNI Komplementärmedizin, und Ganzheitliche Heilung, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ISBN: 978-3-9504659-3-8, Poligraf Verlag.

Andrawis A, (2013): Der verborgene Teil des Eisbergs. Eine zweijährige Patientenanalyse eigener Verlag.

Bibliographie

- Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Aufl. Hans Huber Verlag.

- Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, (2011): Internationale Klassifikation psychischer

Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitete Auflage, Hans Huber Verlag.

- Kernberg O F, (1998): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Hans Huber Verlag.

- Mentzos S, (2010): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer-Verlag.

- Möller HJ, Laux G, und Deisster A, (2010): MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag.

- Möller HJ, Laux G, Deister A, (2014): Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Auflage, Thieme Verlag.

- Schuster P, Springer-Kremser M, (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie, 4. Auflage, WUV-Universitätsverlag.

- Schuster P, Springer-Kremser M, (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht, 2. überarbeitete Auflaufrage, WUV-Universitätsverlag.

- Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.

Bibliographie

Merkle, Rolf (2001). Wenn das Leben zur Last wird: Ein praktischer Ratgeber zur Überwindung seelischer Tiefs und depressiver Verstimmungen (9. Aufl.). Mannheim: PAL. [basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie]

Niklewski, Günter, & Riecke-Niklewski, Rose (2003). Depressionen überwinden: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Helfer (2. Aufl.). Berlin: Stiftung Warentest.

Schwartz, Dieter (1994). Gefühle erkennen und positiv beeinflussen (5. Aufl.). München: mvg. [basiert auf der rational-emotiven Therapie von Albert Ellis]

Fachbücher zur Psychotherapie der Depression:

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (2001). Kognitive Therapie der Depression (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hautzinger, Martin (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Schramm, Elisabeth (2003). Interpersonelle Psychotherapie (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Bücher zur Pharmakotherapie:

Benkert, Otto (2001). Psychopharmaka: Medikamente, Wirkung, Risiken (2. Aufl.). München: Beck.

Benkert, O., & Hippus, H. (2003). Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin: Springer.

Laux, Gerd (2002). Psychopharmaka (7. Aufl.). München: Urban&Fischer.

Herrmann-Lingen, C.: Depression und koronare Herzkrankheit. In: herzmedizin 26 (2009). H.2, S.76-81. Volltext abrufen

Bücher von Betroffenen:

Josuran, R., Hoehne, V., (& Hell, D.). (2003). Mittendrin und nicht dabei: Mit Depressionen leben lernen. Düsseldorf: Econ.

Kuiper, Piet C. (1996). Seelenfinsternis: Die Depression eines Psychiaters. Frankfurt a. M.: Fischer.

Naef, Adrian (2003). Nachtgängers Logik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Noy, Gisela (2000). Grauzeit: Mein Weg aus der Depression. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Solomon, Andrew (2001). Saturns Schatten: Die dunklen Welten der Depression (H. G. Holl, Übers.). Frankfurt a. M.: Fischer.

Styron, William (1991). Sturz in die Nacht: Die Geschichte einer Depression (W. Winkler, Übers.). Köln: Kiepenheuer&Witsch. (Orig. ersch. 1990)

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. (Hgg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen / ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien (E. Schulte-Markwort & W. Mombour, Übers.). Bern: Huber.

Flach, Frederic F. (2000). Depression als Lebenschance: Seelische Krisen und wie man sie nutzt (N. Th. Lindquist, Übers.). Reinbek b. Hamb.: Rowohlt. (Orig. ersch. 1974)

Giger-Bütler, Josef (2003). Sie haben es doch gut gemeint: Depression und Familie. Weinheim: Beltz.

Hell, Daniel (1994). Welchen Sinn macht Depression?. Reinbek b. Hamb.: Rowohlt.

LeDoux, Joseph E. (2001). Das Netz der Gefühle. München: dtv.

Nuber, Ursula (2000). Depression - die verkannte Krankheit: Wissen, behandeln, mit der Krankheit leben. Zürich: Kreuz.

Andrawis A, 2025