

**Person-bezogene Depressionstherapie
Konzepte und Praxis**

Prof. Dr. Daniel Hell

Vorlesung vom 19. - 23. April 2010, im Rahmen der
60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010 (www.Lptw.de)



Kontakt:

Prof.Dr.med. Daniel Hell
Privatklinik Hohenegg
Hohenegg 4
8706 Meilen
Schweiz

Agenda

1. Einführung – von Normen und Personen
2. Ein pragmatisches Depressionskonzept für eine Person-bezogene Therapie
3. Der Einfluss von Schweregrad und Verlauf auf die Therapie
4. Zur Psychodynamik des depressiven Stillstandes – von verschiedenartigem Ringen mit frustrierten Grundbedürfnissen
5. Differenzierende Psychotherapie depressiven Leidens
6. Keine Therapie ohne Stolpersteine – zur Interaktionsdynamik mit depressiven Menschen

12.05.2010

3

Agenda I: Einführung

- Person-bezogene Ansätze in der Depressionstherapie als aktuelle, insbesondere psychotherapeutische Herausforderung
- Individualisierung als kultureller und wissenschaftlicher Trend
- Differenzierung versus Unifizierung des depressiven Geschehens gestern und heute

12.05.2010

4

„Für die klinische Relevanz der Wirksamkeit von Antidepressiva sollten jedoch nicht nur Mittelwertsunterschiede einer Depressionsskala, sondern vielmehr auch die Beurteilung des Nutzens für den einzelnen Patienten im Fokus stehen.“

I. Damm, H.-J. Möller et al, Nervenarzt, 2009, 80, 515-531

12.05.2010

5

Der Begriff „Person“

Ursprünglich (philosophisch):

Personalität ist eine Existenzweise, kein Etwas.
 „Es gibt keine Eigenschaft, die Person sein hiesse.“
 (R. Spaemann)

Neuerdings (in personalisierter Medizin)

Personalität wird durch biologische Eigenschaften definiert (z.B. genetische Variante)

12.05.2010

6

Evidenzbegriff

Ursprünglich (phänomenologisch)

Evident offensichtlich, einleuchtend
 (Evidenzerlebnis)

Neuerdings (in evidenzbasierter Medizin)

Evident nachweislich
 (Evidenz aufgrund empirischer Daten)

12.05.2010

7

Pole des Depressionsverständnisses (in der geschichtlichen Entwicklung)

Vereinheitlichung - **Differenzierung**

Pathologisierung - **Sinnsuche**

Verdinglichung - **Personalität**

12.05.2010

8

Begriffe verschiedener Epochen

Melancholie	- Ungleichgewicht der Körpersäfte
Akedia	- Missverhältnis von Wunsch und Realität, „dämonische Versuchung“
dunkle Nacht	- Sinn- und Geisteskrise, Durchgangsstadien des Glaubenswegs
Depression spirituelle Krise	- „funktionelle Hirnstörung“
	- Komplikation des spirituellen Suchens
Burnout	- Erschöpfung durch (berufliche) Überbelastung

12.05.2010

9

Gegenbewegungen

Todsünde „Akedia“ des
Mittelalters
(Dämonisierung)

Dunkle Nacht der
Mystiker
(Entdämonisierung)

Gehirnkrankheit
„Depression“ der
Spätmoderne
(Pathologisierung)

Burnout,
spirituelle Krise
(Entpathologisierung)

**Neurotische Depression
(Sinn machende Störung)**

12.05.2010

10

Historischer Rückblick auf Melancholie

1. Eine Reaktionsweise auf ein Unglück
(mit Wut, Ärger z.B. Ajax bei Homer – medizinisch: Aretaeus)
2. Eine biologisch definierte Krankheit
(Hippokrates, Aretaeus)
3. Eine Auszeichnung
(Aristoteles, Plato)
4. Ein Temperament
(Hippokrates)

12.05.2010

11

Depression im 19. Jhdt. vor Kraepelins Unifizierung zum manisch-depressiven Irresein

- Esquirol (1838): Melancholie und Manie als separate Störungen
- Griesinger (1845):
 - Switch von Melancholie in Manie ist häufig
 - Saisonale affektive Störung
 - rapid cycling-Formen
- Falret (1954): folie circulaire
- Kahlbaum (1880): Zykllothymie

12.05.2010

12

Diagnostische Entwicklung affektiver „Psychosen“ (im 20. Jahrhundert)

Emil Kraepelin: (1899)	Manisch-depressives Irresein
Kleist: (1911)	Unipolare und bipolare Affektstörungen
DSM III (1980) + ICD-10 (1991)	Depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, bipolare affektive Störung

12.05.2010

13

Nicht-psychotische Depression im 20. Jhdt.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden leichtere depressive Störungen vielfach als Spielarten der Norm gesehen (z.B. Kurt Schneider).

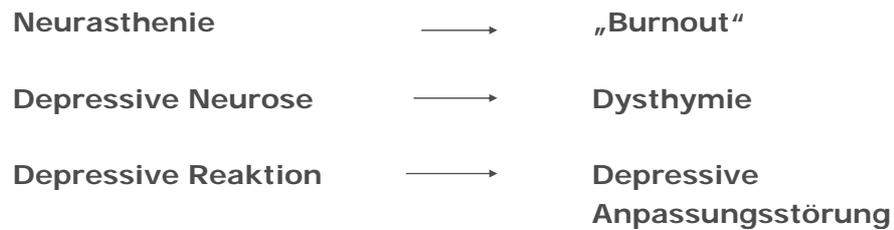
Gegen Mitte des 20. Jahrhunderts wurde unter dem Einfluss der Psychoanalyse die neurotische Depression zuerst in den USA, später auch in Europa häufig diagnostiziert.

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde (zuerst in den USA, dann weltweit) das subjekthafte, neurotische Leiden wieder entpersonalisiert und zu einer Funktionsstörung gemacht (leichte bzw. mittelgradige depressive Episode, Dysthymie, Anpassungsstörung)

12.05.2010

14

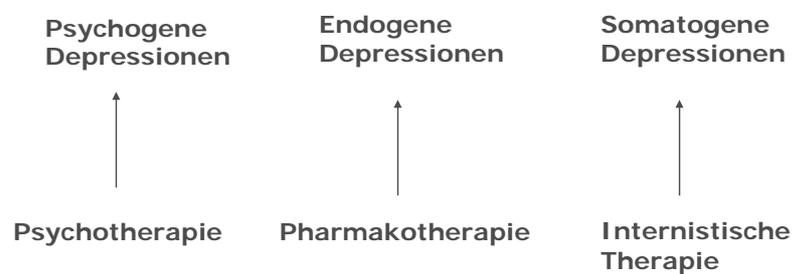
Diagnostische Entwicklung affektiver „Neurosen“ (im 20. Jahrhundert)



12.05.2010

15

ICD 9 Therapiemodell der Depressionen (Kielholz 1971)



12.05.2010

16

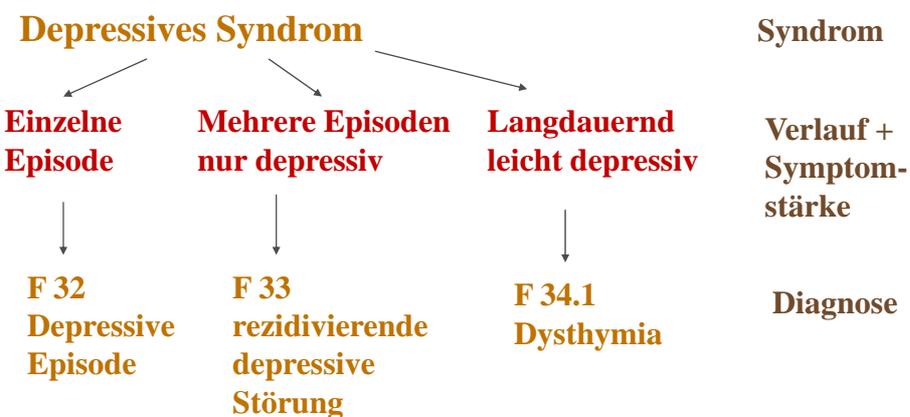
Depressive Episode (nach ICD-10)

- Leitsymptome
 - 1. Depressive Stimmung (mind. 2 Wochen)
 - 2. Verlust von Interessen und Freude
 - 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- Zusatzsymptome
 - 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
 - 2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
 - 3. Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit (Selbstvorwürfe)
 - 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
 - 5. Wiederkehrende Suizidgedanken oder -handlungen
 - 6. Schlafstörungen
 - 7. verminderter Appetit

12.05.2010

19

Affektive Störungen (F3 nach ICD-10 – Auswahl)



12.05.2010

20

Popularisierung von psychiatrischen Diagnosen

Depression
(Depressive Episode)

nach Entdeckung der
Antidepressiva
(Imipramin)

Bipolares Spektrum

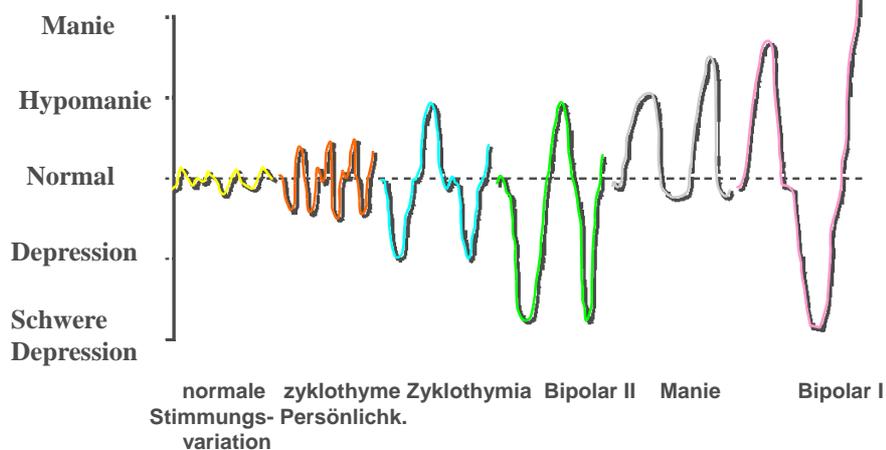
Nach Entwicklung von
atypischen Neuroleptika
(und Stimmungsstabilisatoren)

12.05.2010

21

Das bipolare Spektrum

Die bipolaren Erkrankungen



12.05.2010 Goodwin et al. Manic-depressive illness. Oxford: Oxford University Press 1990

22

Methodische Entwicklungen und kulturelle bzw. sozioökonomische Einflüsse

Epidemiologie (Statistik)
Bildgebung
Molekurbilogie

Wissenschaftliche
Stichworte

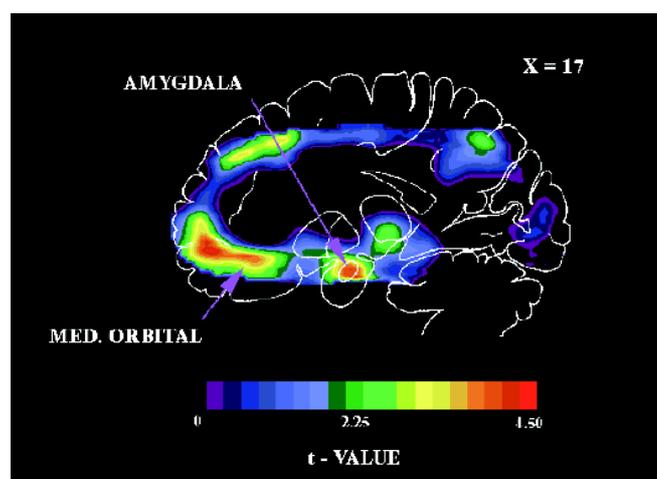
Individualisierung
Oekonomisierung
Medikalisierung

Gesellschaftliche
Stichworte

12.05.2010

23

Aktivierung und Deaktivierung von Hirnregionen in depressivem Zustand (Längsschnitt)



12.05.2010

24

Normalisierung somatischer Funktionen bei depressiv Erkrankten durch Psychotherapie

- Ca-Dynamik (Aktivierung der intrazellulären Signaltransduktion; Aldenhoff et al. 1996)
- Kortisolspiegel (Dumais-Huber 1997)
- Schilddrüsenhormonspiegel /T-4 (Joffe et al. 1996)
- Schlafarchitektur (Thase et al. 1998)
- Serotonin-Wiederaufnahme (Viinamäki et al. 1998)
- Normalisierung der Hirnaktivität (Mayberg 2005)



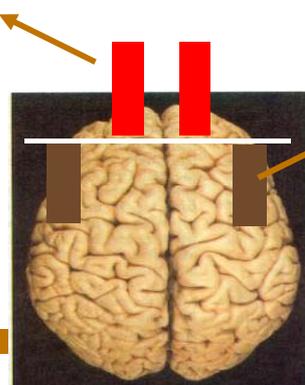
12.05.2010

25

Depression: Abnorme reziproke Modulation zwischen VMPFC und DLPFC

Affekt und VMPFC:
Negatives Erleben

Kognition und DLPFC:
Negative Beurteilung



Northoff et al. 2004
Böker u. Northoff 2005
Northoff und Böker 2006

12.05.2010

26

Top-down- und Bottom-up-Effekte als Funktion therapeutischer Interventionen

- Psychotherapie: top-down
- Antidepressiva: bottom-up

12.05.2010

27

„Die biologischen Indizien ... sind nicht empfindlich genug, um bei der Diagnose eines bestimmten Patienten dienlich zu sein.“

Einleitung zu DSM IV

12.05.2010

28

Konstruktive Kritik der aktuellen Diagnosenmanuale

Die Depressionsdiagnostik (nach ICD-10 und DSM-4) erlaubt eine grobe Einteilung der Problematik depressiven Leidens. Sie ist aber adynamisch, weil sie sich nach statistischen Kriterien richtet. Sie kann weder den fließenden Übergang von gesund zu krank sowie zwischen verschiedenen Problemfeldern einfangen, noch der persönlichen Geschichte und Psychodynamik eines Menschen gerecht werden.

12.05.2010

29

Die diagnostische Reduktion an einem Beispiel:

Trauerreaktion – komplizierte Trauerreaktion
 – depressive Episode

12.05.2010

30

Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion (nach Znoi, 2009)

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	Allmähliche Anpassung an die neue Realität	Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst
Symptomatik	Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen, abhängig von kulturellen Normen	Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht Panikattacken, depressive Reaktion anhaltende und häufige Intrusionen Gefühl innerer Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit
Soziale Folgen	kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen	Vernachlässigung des sozialen Netzes

12.05.2010

31

Norm und Person

Das Persönliche ist als Norm unpersönlich, ein Artefakt

Die aktuelle Depressionsdiagnostik ist kriterien- und normgeleitet. Sie entspricht einer Aussensicht.

12.05.2010

32

Agenda II: Einheit trotz Vielfalt?

- Ein pragmatisches Depressionsmodell für eine Person-bezogene Therapie
(Der Stellenwert einzelner pathogener Faktoren und deren Berücksichtigung in der Therapie)

12.05.2010

33

Kann aus Deprimiertheit eine Depression entstehen?

Deprimiertheit (Bewahrungsreaktion) $\xrightarrow{\quad ? \quad}$ Depression (Krankheit)

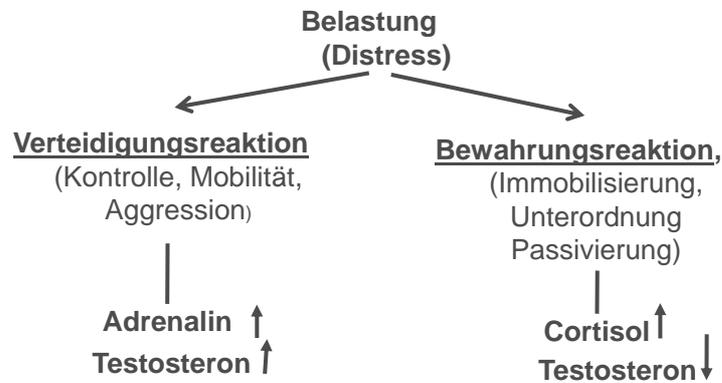
Wie aus Angst eine Angststörung werden kann!

Angst (Verteidigungsreaktion) $\xrightarrow{\quad \quad}$ Panikstörung, Phobien, (Krankheit)

12.05.2010

34

Deprimiertheit als Stressfolge



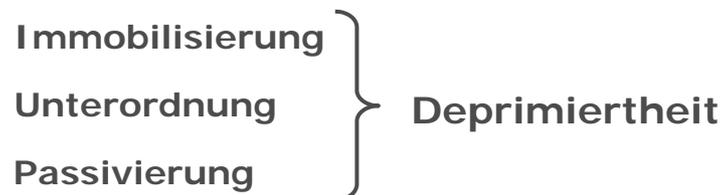
Stressmodell nach Henry und Stephens

12.05.2010

35

Bewahrungsreaktion:

Schadensverhütung bei
Überforderung, Kontrollverlust



12.05.2010

36

Depression ist mehr als Deprimiertheit

(aber Deprimiertheit ist ein wichtiger Aspekt der Depression).

Zur Depression gehören auch negative Bewertungen der eigenen Person und/oder körperliche Störungen.

12.05.2010

37

WHO-Kriterien der depressiven Episode (ICD 10)

Leitsymptome (über mindestens 2 Wochen konstant vorhanden)

- | | | |
|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung (Niedergeschlagenheit) 2. Interesseverlust 3. Antriebsverminderung oder Ermüdbarkeit entspricht einer Art „Bremsmanöver“ gegen den Willen | } | lang anhaltende
starke
Deprimiertheit |
|--|---|---|

12.05.2010

38

WHO-Kriterien der depressiven Episode (ICD 10)

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit (Selbstvorwürfe)
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Wiederkehrende Suizidgedanken oder – handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

12.05.2010

39

Selbstinfragestellung bei Deprimierung (Immobilisierung, Passivierung):

- erhöht bei Menschen
- mit hohen Selbstansprüchen
 - mit strengem Pflichtbewusstsein
 - mit grossem Leistungswillen

bei gleichzeitig vorhandener Selbstunsicherheit

12.05.2010

40

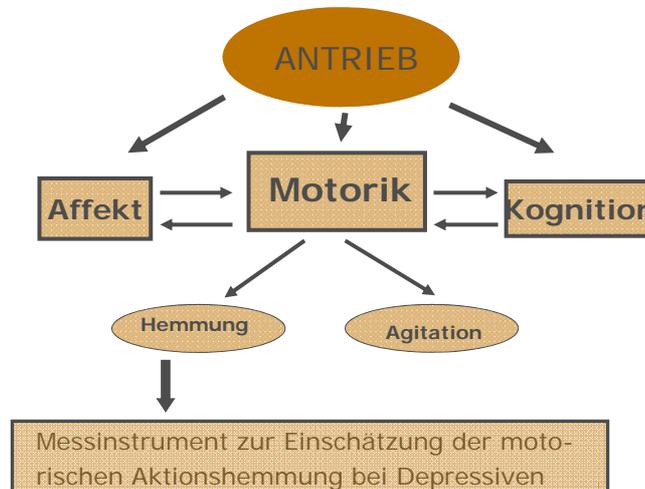


Edvard Munch: Laura

Eugen Bleuler schrieb 1916 über depressive Menschen:

„Die Bewegungen werden mühsam, langsam, kraftlos, die Glieder sind schwer „wie Blei“. Bewegungen kosten ebenso viel Anstrengung wie das Denken.“

Beeinträchtigte Funktionen in der Depression



12.05.2010

43

Klinisch beobachtbare Veränderungen der Psychomotorik bei Depressiven (Studien an der PUK Zürich)

- **Gestik, Haltung:** **Hemmung** (Weber und Hell 2008)
- **Mimik, Augenkontakt:** **Verminderung**
(Kästner 1989, Endrass 2000, Braunschweig 2001)
- **Sprache, Stimme:** **Sprechpausenverlängerung, Monotonie**
(Stassen et al. 1991, 1998, 2002)
- **Muskelkraft:** **Kraftverlust** (Bühler 1998, Bader et al. 1999)
- **Gang:** **verkürzte Schrittlänge und Gehstrecke**
(Bader et al. 1999)

12.05.2010

44

Leiden an der psychomotorischen Verlangsamung

infolge Persönlichkeitszügen, Selbstbild

- „depressive Persönlichkeit“ (negativistisches Selbstbild)
(v. Zerssen 1991, Akiskal 1992)
- Orientierung an hohen externalen und internalen Standards
(Mundt et al. 1996)
- Rigidität (Typus Melancholicus) (Tellenbach 1961, Kraus 1977, Fiedler 2006)
- Grübeltendenz (Rumination) (Noelen-Hoeksema et al. 1999)

infolge situativer Einflüsse

- Verpflichtungssituation (z.B. Mütter mit Kleinkindern)
(Brown und Harris 1978, Kühner 2006)
- anhaltende Konflikte (Kendler et al. 1998, Belle und Doucet 2003)
- Armut, Isolation (Brenner 2006)

12.05.2010

45

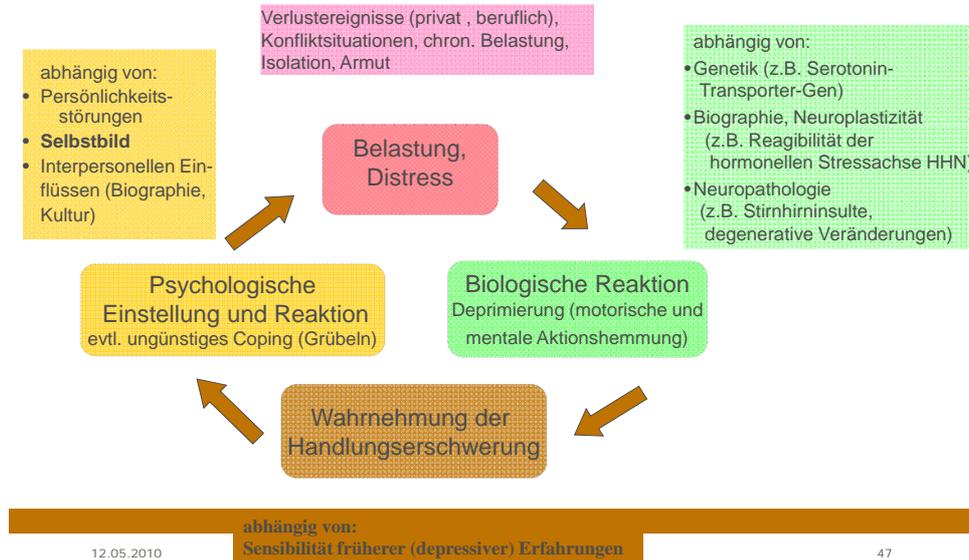
Faktoren welche die psychologische Reaktion auf eine depressive Aktionshemmung beeinflussen (Auswahl)

<p>Lebensumstände</p> <ul style="list-style-type: none"> • soziale Isolation • starke Rollenverpflichtungen 	<p>Persönlichkeitszüge</p> <ul style="list-style-type: none"> • narzisstische Züge (Ich-Problematik) • zwanghafte Züge (Über-Ich-Problematik)
<p>Typus melancholicus (starke Rollenverpflichtungen bei grosser Gewissenhaftigkeit)</p>	

12.05.2010

46

Dysfunktionelle Entwicklung: von deprimiert zu depressiv



Kumulationshypothese:

**Ausmass an Distress entscheidet über
Depressionsentwicklung**

**„Je mehr Distress, desto häufiger
Depressionen“**

Der Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Depression

Das Risiko, im nächsten Monat an einer Depression zu erkranken, beträgt bei

- **keinem** belastenden Lebensereignis: 0.9%
- **einem** belastenden Lebensereignis: 3.4%
- **zwei** belastenden Lebensereignissen: 6.8%
- **drei** belastenden Lebensereignissen: 23.8%

(Längsschnittstudie von Kendler (1998) bei weiblichen Zwillingspaaren)

12.05.2010

49

Ergebnisse der Life-Event-Forschung bei Depressionen

(Paykel & Dowlatshahi 1988)

- **Wesentlich mehr life events vor Ausbruch der Depression als bei anderen psychischen Störungen**
- **Trennungs- und Verlustereignisse (75%)**
- **Anstieg der Anzahl belastender Lebensereignisse in den Wochen vor Beginn der Depression.**
- **Untergruppe (20%): keine life events im Vorfeld**

12.05.2010

50

Ätiologisches Modell zur Vorhersage von depressiven Episoden

(Kendler et al. 1993)

Stichprobe: 680 Zwillinge

Reihenfolge der Prädiktoren:

1. Belastende Lebensereignisse
2. Genetische Faktoren
3. Frühere depressive Episoden
4. Neurotizismus

12.05.2010

51

Schwellenhypothese:

Die Stressverarbeitung ist funktionell oder organisch behindert, sodass schon geringer Distress (bei Überschreiten eines Schwellenwertes) genügt, um eine Depression auszulösen:

Anzunehmen bei

- Variante des Serotonin-Transporter-Gens (*Pezawas et al 2005, Hariri et al 2005*)
- Behinderte Angst/Aggressions-Verarbeitung durch Serotonin-Mangel (*van Praag et al 2004*)
- Verminderte Sensibilität der Corticoid-Rezeptoren (*Holsboer 2001*)

12.05.2010

52

Starke **Verunsicherungen** in der Kindheit (*Elternverluste, unsichere Elternbildung, exzessive Beschämung etc.*) und **Traumatisierung** (*sexuelle und emotionale Übergriffe, Vergewaltigung, Überfälle etc.*) führen dazu, dass spätere Belastungssituationen mit verstärkten Stressreaktionen einhergehen.

Zugleich vergrössern diese biographischen Erfahrungen die Tendenz zur Selbstinfragestellung.

➔ Beides erhöht das Depressionsrisiko.

12.05.2010

53

Agenda III: Der Einfluss von Schweregrad und Verlauf auf die Therapie

- **Die Differenzierung des Depressionsgeschehens als Voraussetzung für eine optimale psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung**
(zur therapeutischen Bedeutung von Subtypen des depressiven Syndroms)
- **Beispiele**

12.05.2010

54

Depressionstypen – eingeteilt nach deskriptiven Kriterien (DSM IV + ICD-10)

- depressive Episode
- rezidivierende depressive Störung
- bipolare affektive Störung z.Zt. depressive Episode
- Dysthymie/Zyklothymie
- atypische Depression
- SAD: saisonal abhängige Depression
- double depression (Dysthymie plus aktuelle depressive Episode)
- recurrent brief depression

12.05.2010

55

Therapeutische Konsequenzen (gemäss Leitlinien der DGPPN 2010)

Bei leichten Depressionen (< 16 Punkten in der Hamilton Depressions-Skala) ist statistisch kein oder nur ein geringer Unterschied zwischen Antidepressiva- und Placebo-Wirkung nachweisbar. Zudem sind leicht depressive Zustände (im Übergang zu Deprimiertheit) häufig reversibel. Deshalb ist bei leichten Depressionen gemäss neueren europäischen Richtlinien eine abwartende ärztliche Begleitung („watchful waiting“) für wenige Wochen zu vertreten.

12.05.2010

56

Antidepressiva sollen bei leichteren Depressionen nur unter kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eingesetzt werden, z.B. bei Präferenz des Patienten unter Berücksichtigung des Placebo-Effektes. Wenn die depressive Verstimmung über ca. 2 Wochen nicht bessert, bzw. sich verschlimmert, ist eine Psychotherapie oder ein Antidepressivum angezeigt.

12.05.2010

57

Therapeutische Konsequenzen II

Bei leichten bis mittelschweren Episoden ist die Wirksamkeit einer alleinigen Psychotherapie nachgewiesen. Bei Therapieresistenz ist eine Kombination mit Antidepressiva zu prüfen.

12.05.2010

58

Therapeutische Konsequenzen III

Schwere Depressionen erfordern in der Regel den Einsatz von adäquat dosierten Antidepressiva (wobei zu Beginn eine Kontrolle von Blutbild und Transaminasen empfohlen wird).

Eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie ist besonders günstig.

12.05.2010

59

Therapeutische Konsequenzen IV

Wenn ein Antidepressivum in adäquater Dosierung nach 2 Wochen keine spürbare Wirkung zeigt, ist ein späterer Wirkungseintritt dieses Medikamentes wenig wahrscheinlich.

Deshalb sollte spätestens nach 3 Wochen entschieden werden, ob eine andere Behandlungsstrategie indiziert ist.

12.05.2010

60

Therapeutische Konsequenzen V

Bei Therapieresistenz auf ein Antidepressivum ist die Wirksamkeit der Augmentation mit Lithium am besten belegt

(im Vergleich zum Switchen zu und zur Kombination mit einem anderen Antidepressivum)

12.05.2010

61

Therapeutische Empfehlungen für

schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

- Kombinationstherapie von Antidepressiva (v.a. SSRI und Trizyklika) und Neuroleptikum
- ev. Lithiumaugmentation, EKT bei Therapieresistenz
- supportive Psychotherapie

12.05.2010

62

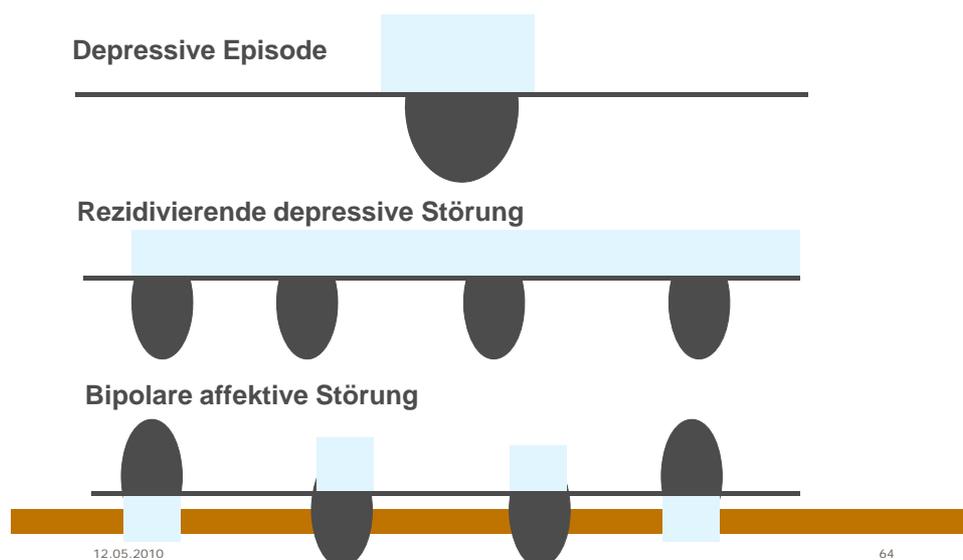
Depressionsbehandlung - Empirische Wirksamkeitsstudien - Zusammenfassung

- Leichte bis mittelgradige Störungen: Untersuchte Psychotherapieverfahren im kurzfristigen Vergleich mit medikamentöser Therapie gleichwertig
- Höherer Schweregrad: Tendenz, dass Kombinationsbehandlungen statistisch überlegen sind
- Langzeitverlauf: Psychotherapie und/oder Kombinationsbehandlung ist medikamentöser Monotherapie überlegen

12.05.2010

63

Depressionseinteilung gemäss Verlaufscharakteristika



12.05.2010

64

Psychotherapeutische Gesichtspunkte bei leichterer depressiver Episode (in Verlustsituation)

- traurige Gefühle empathisch und supportiv annehmen
- bei Zukunftsangst zwischen realen und irrationalen Ängsten unterscheiden
- bei starker Ambivalenz gegenüber verlorener Person die „innere Objektbeziehung“ klären
- in Gegenübertragung besonders auf Leeregefühle achten

12.05.2010

65

Psychotherapeutische Gesichtspunkte bei rezidivierenden Depressionen

- intensiviertes psychodynamisches Arbeiten im Intervall (am Selbstbild, an verdrängten Konflikten)
- rezidiv als Herausforderung und Lernprozess nehmen
- erfahren einer sicheren Bindung in Therapie ist zentral (das Erfahren eines guten Objektes ist zur Überwindung „schlechter, internalisierter Objekte“ hilfreich.)
- ev. Achtsamkeitsmeditation zur Ich-Stärkung bei traumatisierten Depressionen (Reddemann 2001)

12.05.2010

66

Bipolare Störungen: häufigste Merkmale

- Beginn: **Depression** zu 75 %
- Geschlecht: F : M = 1 : 1
- M: mehr **Manien**
- Alter: 8 - 50a (m = 30a)
- Diagnose: 5-6 Jahre nach Krankheitsbeginn
- Verlauf: 40% chronisch / 40% > 10 Episoden
- Suizidrate: BP I = 15 % BP II = 20%



12.05.2010

67

Phänomenologie der Manie

- **Räumlich-körperliches Erleben:**
 - Sich gross und stark fühlen
(Ausweitung des Lebensraumes)
- **Zeitliches Erleben**
 - Der Zeit vorausseilen
(Beschleunigung des Zeiterlebens)



12.05.2010

68

Multiaxiale Analyse des depressiven und manischen Geschehens

	<i>depressiv</i>	<i>manisch</i>
Bewusstes Erleben (räumlich)	Gefühl des Eingeengtseins	... der Weite
Bewusstes Erleben (zeitlich)	Gefühl des Stillstandes	... des Strömens
Interpersonaler Bereich	Verharrungstendenz	Ausbruchtendenz
	Bindungseffekt	Auflösungseffekt
Biologische Ebene	Desaktivierung der zentralen Exekutive	Aktivierung der zentralen Exekutive
Ethologische Analogie	Totstellreflex	Verliebtheit

12.05.2010

69

Praktische Schwierigkeiten im Umgang mit manisch Kranken

stehen u.a. in Zusammenhang mit:

- Verletzbarkeit des Kranken
- Enthemmtes Anerkennungsstreben
- Ausbruchstendenz aus engen Verhältnissen
- Mitreissende Dynamik
- Intrapsychische Problematik besteht hauptsächlich zwischen hoher Fragilität einerseits und starkem Autonomiewunsch

12.05.2010

70

Günstige Voraussetzungen für den praktischen Umgang mit manisch Kranken

Erkennen der persönlichen Dynamik des manisch Kranken

- Unzufriedenheit mit eigener Stellung im Leben
- Versuch, Verpasstes nachzuholen
- Jetzt oder Nie-Haltung
- Aufkündigung der Kompromissbereitschaft (bei präorbider Anpassungstendenz)
- Hintergründige Selbstwertproblematik

12.05.2010

71

Therapeutische Empfehlungen für

bipolare Depression

- Stimmungsstabilisierende Medikamente (v.a. Lithium, Lamotrigin) bei Typus I, atypische Neuroleptika (v.a. Olanzapin, Quetiapin) bei Typus II
- zusätzlich Antidepressivum (v.a. SSRI, MAO-Hemmer)
- supportive Psychotherapie

12.05.2010

72

Dysthymie

Chronische leichtere Verstimmung von mind. zweijähriger Dauer, die bzgl. Schweregrad nicht das Ausmass einer depressiven Episode erreicht.

Die Betroffenen fühlen sich müde, bedrückt, unzulänglich und schlafen schlecht. Alles ist für sie eine Anstrengung, nichts wird genossen. Sie sind aber in der Regel fähig, mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Die Störung beginnt meist früh im Erwachsenenleben.

Ähnlichkeiten zu rezidivierender kurzer depressiver Störung.

12.05.2010

73

Psychotherapeutische Gesichtspunkte bei Dysthymie – Depressiver Neurose

Starke Anerkennungssuche („Oralität“ bzw. „narzisstisches Gratifikationsbedürfnis“) geht mit Selbstwertproblematik und Gefühlen der Hilflosigkeit einher.

- Cognitive Therapie der negativen Schemata
- Verhaltenstherapie des Verstärkerverlustes infolge Passivität und Rückzug
- Psychodynamische Therapie der inneren Konflikthaftigkeit (z.B. bei hohen Selbstansprüchen und harschem Über-Ich)

Längere psychotherapeutische Begleitung angezeigt.

12.05.2010

74

Organisch bedingte Depression (Beispiele)

Neurologie	z.B. Hirntumore, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Hirnatrophie, M. Parkinson, Hirntraumen, MS
Endokrinologie	z.B. Hypothyreose, Hypo-/Hyperparathyreoidismus, M. Addison
Stoffwechselkrankheiten	z.B. Porphyrrie, Hämochromatose, Hypoglykämie
Infektionskrankheiten	z.B. Lues, Tbc, Toxoplasmose, chron. Entzündungen versch. Art
Intoxikation	z.B. chron. Hg-/Co-Intoxikation, Alkoholismus
Gynäkologie	z.B. prämenstruelles Syndrom, Klimakterium
Malignome	z.B. chron. Leukosen, Pankreas-/ Bronchial-/Ovarialkarzinom
Sonstige Ursachen	z.B. Anämie, Sarkoidose, Strahlentherapie, postoperativ, Schlafapnoe

Basisinformationen für eine Personbezogene Depressionstherapie

Die Exploration kann nicht von der Therapie getrennt werden. Die therapeutische Haltung bestimmt auch das Erstinterview.

Die explorative Phase sollte möglichst Antworten auf folgende Fragen geben: Wie ist

- das Störungsmuster
- die Persönlichkeit und Biografie
- die aktuelle Lebenssituation
- die Einstellung zur Therapie

Beobachtungen zum Störungsmuster

- depressive Symptomatik (inkl. Auslöser)
- aktueller Schweregrad
- Suizidalität, Komorbidität
- bisheriger Verlauf (rezidivierend, chronifizierend, saisonal, bipolar)

12.05.2010

77

Beobachtungen zur Persönlichkeit und Biografie

- Persönliche Geschichte
- Strukturniveau der Person
 niedrig: desintegriert (psychotisch/Borderline)
 mittel: mässig integriert (narzisstisch)
 höher: gut integriert (ödipal)
- Selbstwertgefühl

12.05.2010

78

Psychodynamische Klassifikation affektiver Störungen

Einteilung depressiver Störungen nach strukturellen Gesichtspunkten auf der Basis von OPD-Kriterien

1. Psychotische Depression oder Melancholie	Affektive Psychosen mit im psychotischen Zustand desintegrierter Persönlichkeitsstruktur nach OPD
2. Borderline-Depression	Depression bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit gering integriertem Strukturniveau nach OPD (Schizoide, Borderline-, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen)
3. Neurotische Depressionen und depressive Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau	Mässig integrierte Persönlichkeitsstruktur nach OPD (Narzisstische Depression, Essstörungen)
4. Neurotische Depressionen und depressive Persönlichkeiten auf ödipalem Strukturniveau	Gut integrierte Struktur nach OPD (histrionische und ängstlich-selbstunsichere Züge)
5. Depressive Reaktion auf belastende Ereignisse	Auf unterschiedlichem Strukturniveau nach OPD

12.05.2010

79

Beobachtungen zur aktuellen Lebenssituation

- Persönliche und soziale Ressourcen
- Wichtige aktuelle Beziehungen bzw. Isolation
- Soziale Abhängigkeiten und Konflikte
- Beruf und Hobbys

12.05.2010

80

Beobachtungen bezüglich Einstellung zur Therapie:

- Leidensdruck
- Motivation zur Therapie
- Persönliche Wünsche

12.05.2010

81

Agenda IV: Zur Psychodynamik des depressiven Stillstandes – vom verschiedenartigen Ringen mit frustrierten Grundbedürfnissen

- **Psychodynamische** und **kognitiv-verhaltens-therapeutische** Aspekte
(zum Einfluss von **Über-Ich**, **Aggressions-** bzw. **Selbstwertproblematik** und **dysfunktionaler Schemata** bzw. **Verstärkerverlust** auf die depressive Entwicklung und den Umgang mit der Depressionshemmung)
- **Selbstbild und Depression**

12.05.2010

82

Klassische Depressionstheorien (Auswahl)

- S. Freud:
- narzisstische Identifizierung mit dem verlorenen Objekt
 - Konflikt von Über-Ich und Ich
(Bei erhöhter narzisstischer Verletzlichkeit infolge eines schweren Verlustes wird das Ich von der kritischen Instanz verfolgt.)

„Der Schatten des Objekts fiel (so) auf das Ich ...

(Freud, 1917)

Kaum, dass wir uns mit der Idee eines solchen Über-Ich befreundet haben ..., drängt sich uns ein Krankheitsbild auf, das die Strenge, ja die Grausamkeit dieser Instanz und die Wandlungen in ihrer Beziehung zum Ich auffällig verdeutlicht. Ich meine den Zustand der Melancholie.“

(Freud, 1933)

12.05.2010

83

**„Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden,
bei der Melancholie ist es das Ich selbst. „**

Sigmund Freud 1916/17

12.05.2010

84

Klassische Depressionstheorien (Auswahl II)

C.G. Jung: **Betonung des „finalen-prospektiven“
 Anteils der Depression**

Blockade der Energie (durch Regression ins Unterbewusste va. bei Selbstwertverlusten)

„Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat.“
 (C.G. Jung zugeschrieben)

12.05.2010

85

Psychogenese der Depression

1. Triebtheoretisches Modell der Psychoanalyse

- Abraham (1912, 1924):**
- Frühkindliche Urverstimmung/ev. doppelte Enttäuschung
 - Orale Fixierung
 - Aggressionshemmung
- Freud (1917, 1921):**
- Introjektion
 - Ich-Regression
 - Objektwahl auf narzisstischer Grundlage
- Rado (1926):**
- Herabsetzung des Selbstwertgefühls
 - Über-Ich anstelle des Liebesobjektes (Melancholie als Reparationsversuch)
 - Abhängigkeit der Selbstachtung vom Über-Ich („marternde Liebe“)

12.05.2010

86

Psychogenese der Depression

2. Objektbeziehungspsychologische Modelle der Psychoanalyse

Klein	(1940):	<ul style="list-style-type: none"> - Depressive Position als universaler Erlebensmodus („Stadium der Besorgnis“ nach Winnicot, 1954) - Depressive Angst, das gute Objekt zu verlieren
Kernberg	(1967, 1983):	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie der inneren Objektbeziehungen (infolge exzessiver primärer oder frustrationsbedingter Aggression) - Sadistisches Über-Ich
Mahler	(1968, 1980):	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkte Abhängigkeit infolge mütterlicher Frustration der Individuationsbedürfnisse

12.05.2010

87

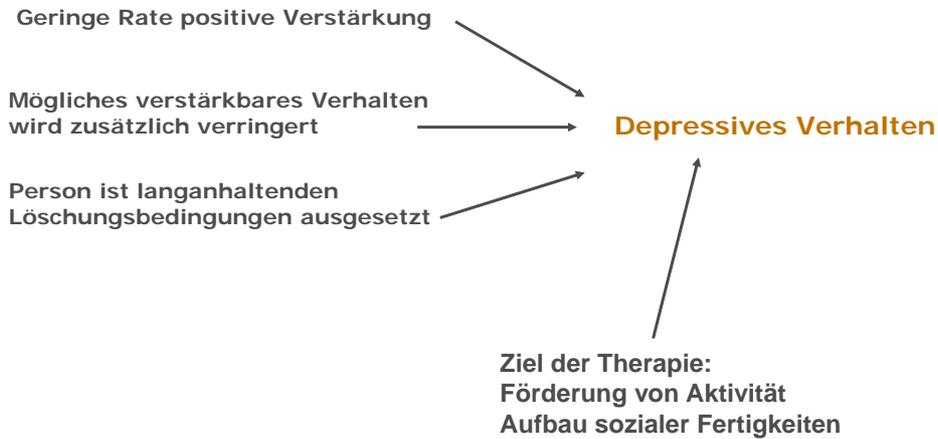
Verhaltenstherapie und Depression

- **Becks kognitive Theorie der Depression**
- **Verstärkerverlustmodell nach Lewinson**

12.05.2010

88

Verstärkerverlustmodell nach Lewinson



12.05.2010

89

Kognitive Depressionstheorie nach Beck 1

Kognitive Triade der Depression

Depressive betrachten

- sich selbst;
- die bisherigen Lebenserfahrungen
- die Zukunft

in einer negativen, abwertenden Weise

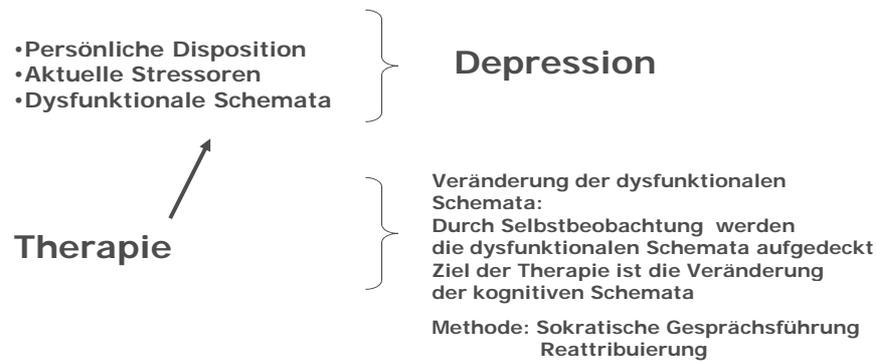


Es bilden sich dysfunktionale Schemata, die zeitstabil Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Schlussfolgerungsprozesse beeinflussen.

12.05.2010

90

Kognitive Depressionstheorie nach Beck 2



12.05.2010

91

Schwerpunkte der cognitiv-verhaltens-therapeutischen Depressionsbehandlung

- **Aufbau positiver Aktivitäten**
- **Veränderung von Kognitionen**
- **Verbesserung sozialer Fertigkeiten**
- **Beibehaltung des Therapieerfolges**

12.05.2010

92

Interpersonelle Psychotherapie

Interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist eine störungsspezifische psychotherapeutische Kurztherapie und basiert auf der Annahme, dass Depressionen in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext auftreten.

Die Stimmung wird im Rahmen der Therapie positiv beeinflusst durch

- a) das Wiedererlangen der „Kontrolle“ über die soziale Umgebung und
- b) die Veränderung des dysfunktionalen Rollenverhaltens.

Die IPT verfügt über einen klaren Behandlungsplan.

12.05.2010

93

Die drei wichtigsten spezifischen Psychotherapiemethoden der Depression im Überblick

	Interpersonale Therapie	Kognitive Therapie	Psychodynamische Therapie (v.a. psychoanalytische)
Krankheitsursache:	belastende Interpersonale Beziehungen	verzerrendes, negatives Denken	Abgewehrte Gefühle (Ich-Regression)
Therapeutische Mittel:	Lösung der Interpersonalen Probleme	Veränderung der Denkmuster	Aufarbeiten von Biographisch angelegten Inneren Konflikten

12.05.2010

94

Der „Selbst“-Begriff in der Tiefenpsychologie

„Selbst“ als übergeordnete Instanz des „Ich“
(z. B. bei C. G. Jung)



Ich-transzendierend
(transpersonal)

„Selbst“ als Folgeinstanz des „Ich“ in der Psychoanalyse

- „Selbst“ als primäre Struktur des Menschen (z. B. bei Kohut)
- „Selbst“ als sekundäre Struktur, gebildet aus Introjekten (z. B. bei Kernberg)

Ich-immanent
(personal)

12.05.2010

95

Unterscheidung von Selbst-Erleben und Selbst-Bild

Selbsterleben

(phänomenales Selbst)
Gesamtheit des persönlichen
Erlebens

(Präreflexive)
leibseelische Resonanz

Selbstbild

(cognitives Selbst)
Gesamtheit aller
Einstellungen zur eigenen
Person bzw.
Selbstbeurteilungen

(reflexives) Verhältnis zu
sich selber

12.05.2010

96

Psychodynamik der Depression 1. Ichpsychologische Modelle der Psychoanalyse

- Bibring (1953):**
- Erlebte Hilflosigkeit als narzisstische Kränkung
- Jacobson (1976):**
- Selbstwertgefühlverlust infolge depressivem Grundkonflikt von Hass und Liebe
 - Schwaches Selbstobjekt
- Sandler, Joffe (1965):**
- Verlust narzisstischen Wohlbefindens infolge Entbehrenen
 - Fundamentale psychobiologische Reaktion (vergleichbar mit Signalangst)
 - Mögliche heilsame Wirkung

12.05.2010

97

Psychodynamik der Depression 2. Selbstpsychologisches Modell der Psychoanalyse

- Kohut (1971, 1977, 1980):**
- Unbefriedigtes Bedürfnis nach Selbstobjektbeziehungen
 - Leere Depression infolge mangelhafter Spiegelung und einer fehlenden freudigen Reaktion auf die Existenz des Kindes
 - Schulddepression (und/oder Manie) infolge mangelhafter Teilhabe an Ruhe und Sicherheit eines idealisierten Selbstobjektes
 - Heilungsprozess als korrigierende Selbstobjektbeziehungserfahrung

12.05.2010

98

Social-Support-Forschung

- Psychosoziale Ressourcen
- Stützfunktion sozialer Beziehungen

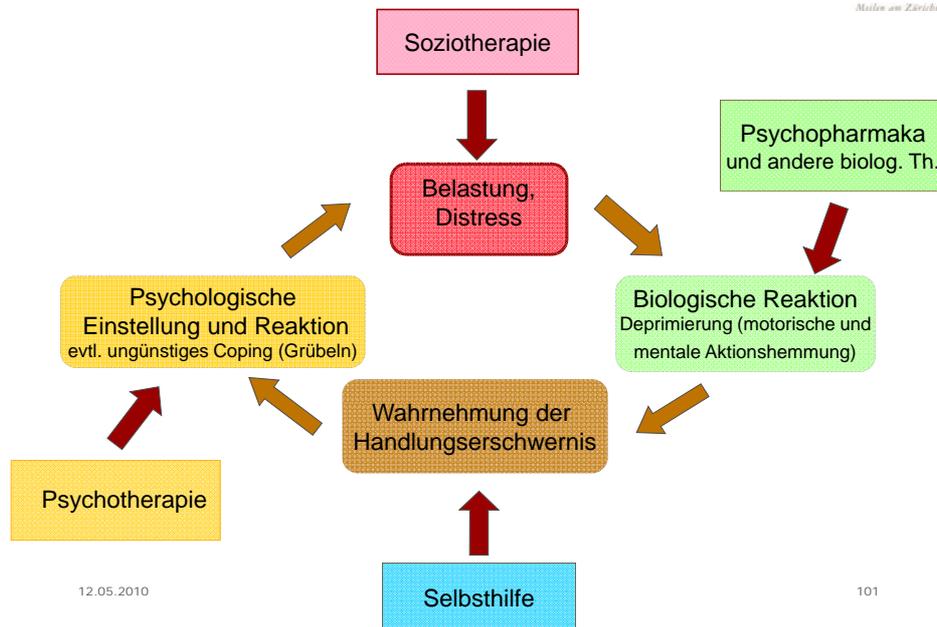


Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, ist geringer, wenn sich die PatientInnen sozial eingebunden fühlen (Röhrle 1989)

Agenda V: Differenzierende Psychotherapie

- Akzeptanz der Person in ihrer je individuellen Eigenart („Tragung“ und die Arbeit am Selbstbild in der erlebensbezogenen, psychodynamischen und kognitiven Psychotherapie depressiver Menschen)
- Beispiele

Therapeutische Möglichkeiten bei Depressionen



12.05.2010

101

Kurzfristiges Ziel: Entkatastrophierung

- Entlastung
- Akzeptanz des emotionalen Befindens durch Therapeuten (als Hilfs-Ich)
- „Tragung“ (Stützung im Umgang mit schmerzlichem Erleben)
- Förderung von Ressourcen im Umgang mit Depressivität

12.05.2010

102

Längerfristige Ziele der Psychotherapie

Wachsende Einsicht und grössere Erlebensweite (Lähmung und Stillstand als Ergebnis des gescheiterten Versuches, Schmerzen und Ängste zu vermeiden)

- Psychoanalytischer Prozess: Verinnerlichung einer neuen Beziehungserfahrung und Überwindung des Antagonismus von Selbstwerthhaftigkeit vs. Objektwerthhaftigkeit
- KBT: Aufhebung dysfunktionaler kognitiver Schemata
- IPT: Bearbeitung zwischenmenschlicher Konflikte in Partnerschaft und Familie

12.05.2010

103

Generelles zur Person-orientierten Therapie

- Indikationsstellung und Theorie: Personorientiert
- Komplementärer Einsatz unterschiedlicher Therapieverfahren: Nicht gleichzusetzen mit polypragmatischem Einsatz von Kurztherapien
- Unterschiedliche therapeutische Akzentsetzungen aufgrund unterschiedlicher Abwehr- und Bewältigungsmechanismen, z.B.:
 - Abwehr der Aggression (Schulddepression bzw. introjektive Depression)
 - Verlustangst (Abhängigkeitsdepression bzw. anaklitische Depression)

12.05.2010

104

Sidney Blatts psychodynamische Depressions-einteilung

- **anaktische:** interpersonelle Probleme im Vordergrund (offen abhängiger Typus)
 → aktive und strukturierende Therapie angezeigt
- **Introjektive:** hartes Über-Ich, hohes Ich-Ideal (innere Konflikthaftigkeit, selbstkritischer Typus)
 → langfristige psychodynamische Therapie

12.05.2010

105

Psychotherapie affektiver Störungen I Langfristig, niedrig frequent

(v.a. bei niedrigem Leidensdruck, geringer Introspektionsfähigkeit)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Niedrige Sitzungsfrequenz (z.B. Abstände von zwei bis vier Wochen über viele Jahre) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Kurze Sitzungsdauer (z. B. 20-30 Minuten) - Konstant akzeptierende, therapeutische Haltung (trägt zu der neuen Erfahrung schuldfreier Autonomie und einer schamfreien Bindung an das Objekt bei) |

12.05.2010

106

Psychotherapie affektiver Störungen II Problem-/Konfliktorientiert

(v.a. bei hohem Leidensdruck, guter
Introspektionsfähigkeit)

<ul style="list-style-type: none"> - Mittlere Sitzungsfrequenz (zumeist eine Wochenstunde) über viele Monate
<ul style="list-style-type: none"> - Inhaltlicher Schwerpunkt: Aktuelle Konflikte (z.B. Partnerschaft, Beruf) - Zunächst keine, später gelegentliche Deutung der Übertragung und Rekonstruktionen - Zur therapeutischen Haltung: Das ambivalente Introjekt ist in der Reflektion des Therapeuten von grosser Bedeutung

12.05.2010

107

Psychotherapie affektiver Störungen III Psychoanalytisch

(v.a. bei weitergehender Bearbeitung
depressionsfördernder Mechanismen (z.B. Dysthymie))

<ul style="list-style-type: none"> - Höhere Sitzungsfrequenz (zwei bis drei Wochenstunden) über Monate bis Jahre
<ul style="list-style-type: none"> - Deutung der Übertragungsbeziehung - Evidenzerleben des Patienten (die Wertschätzung des Objektes bleibt auch trotz spürbar gewordener Aggression und Abgrenzung erhalten)

12.05.2010

108

Psychotherapie affektiver Störungen IV

<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante Gruppenpsychotherapie (eineinhalb Wochenstunden) über Monate bis Jahre
<ul style="list-style-type: none"> - Bewältigung und Prophylaxe der Erkrankung bei langen Krankheitsverläufen (psycho-educative Elemente) - Steigerung der sozialen Kompetenz im interaktionellen Erfahrungsaustausch - Multilaterale Übertragungen: Erfahrung und Auflösung sozialer Circuli vitiosi in der aktuellen Gruppensituation - Schrittweise Bearbeitung des ambivalenten Wunsches nach dem Ideal-Objekt

12.05.2010

109

Psychodynamische bzw. psychoanalytische Psychotherapie bei depressiv Erkrankten - Wirksamkeitsstudien: Kurztherapien -

- Crits-Christoph (1992); Leichsenring (1996): Kognitive (VT) und Psychodynamische Kurztherapie (STPP) gleich wirksam
- Grawe et al. (1994): Kognitive VT wirksamer als STPP
- Gerson et al. (1999): Kognitive VT und STPP gleichermaßen wirksamer als Placebo
- Leichsenring (2001, 2004): Kognitive VT und STPP gleich wirksam bei Major Depression

12.05.2010

110

Chronische Depressionen gehen oft einher mit:

- traumatische Erfahrungen, zwischenmenschliche Enttäuschungen in der Kindheit
- fatalistische Haltung, Hoffnungslosigkeit
- geringe Selbststeuerung, niedrige soziale Kompetenz
- belastende emotionale Dysregulation bei Stress
- submissive Haltung

12.05.2010

111

Traumatisierung bei chronischen Depressionen

(Nemeroff et al. 2003)

- Unter 681 chronisch depressiven Patienten erlebten **34% Verlust eines Elternteils vor 15.Lbj.**; **42% körperlichen Missbrauch**; 16% sexuellen Missbrauch; nur bei etwa 1/3 findet sich kein Kindheitstrauma
- Effekte bei traumatisierten Pat.:
Medikament: HAMD -8 Pkt bzw. **31% Response**
CBASP: HAMD -11,5 Pkt bzw. **48% Response**
Kombination: HAMD -14 Pkt bzw. **53% Response**

12.05.2010

112

Chronische Depression nach McCullough

- early onset (fehlende Progression aus kindlicher Deprivation)
- late onset (Trauma, das regredieren lässt)

12.05.2010

113

Psychotherapie der chronischen Depression

- Grössere Ziele brauchen kurzfristig bescheidene Ziele, langen Atem
- Support bei Krisen
- Suche nach anderen Supportsystemen
- sich achtsam persönlich einbringen (unter Berücksichtigung der Übertragungsphänomene)
- positive Verstärkung durch negative Verstärkung ergänzen (CBASP)

12.05.2010

114

Was ist Achtsamkeit? (engl. Mindfulness)

- gerichtete Aufmerksamkeit (awareness)
- auf den gegenwärtigen Moment bezogen (of present experience)
- ohne zu werten (with acceptance)

- Ziel buddhistischer Meditationspraxis, von Thich Nhat Hanh (unter dem Begriff mindfulness) im Westen popularisiert
- Achtsamkeit stellt eine menschliche Fähigkeit dar, die grundsätzlich nicht an eine bestimmte Schule oder Technik gebunden ist.

12.05.2010

115

Wegbereiter der Achtsamkeit in moderner Psychotherapie

psychodynamisch:	C.G. Jung, Roberto Assagioli, Erich Fromm, Mark Epstein, Viktor Frankl, Carl Rogers, Fritz Perls u.a.
verhaltenstherapeutisch:	<ul style="list-style-type: none"> - Jon Kabat Zinn (MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction) - Marsha M. Linehan (DBT Dialectical Behavior Therapy) - Steve Hayes (ACT: Acceptance and Commitment Therapy) - John Teasdale, Mark Williams, Zindel Segal (MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression)

12.05.2010

116

Achtsamkeitsbasierte Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression)

Hauptziel:

Frühes Erkennen deprimierender
(selbstinfragestellender) Gedanken und
Vorstellungen

Negative, abwertende Gedanken nur mit dem
inneren Ohr wahrnehmen, nicht zustimmen

Haupttechniken:

Selbstbeobachtung: z.B. Tagebuch

Dezentrieren: sich mit Gedanken und Affekten
nicht identifizieren

Achtsamkeitsübungen gegenüber dem eigenen
Körper (z.B. Atemmeditation)

12.05.2010

117

Ratschläge zum Umgang mit Akedia

- 1. Annehmen und ausharren**
- 2. Anders denken**
- 3. Traurig sein und weinen**
- 4. Einen geregelten Lebensrythmus finden**
- 5. Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit**

12.05.2010

118

Komplementarität von leibseelischer Erfahrung und empirischer (experimenteller) Methodik

Achtsames Erleben

singulär
inkommensurabel
ubiquitär



- vermeidet theoretische Objektivierungen
- schränkt technizistische Anwendungen spiritueller Methoden ein

Wissenschaftliche Empirie

reproduzierbar
messbar
lokalisierbar



- vermeidet subjektive Fehlschlüsse
- schränkt inflationäre Wirksamkeitserwartungen an Spiritualität ein.