

Dr.med. K.-J. Klees

Arzt für Neurologie, Psychiatrie
Psychotherapie
Schloßstraße 18
66953 Pirmasens

Depressionen

(Vortragsmanuskript, Fassung 03.10.2010
Modifikation vom 03.05.2011)

Begriffsdefinition Depression

nach Psychiatrischem Wörterbuch U.-H. Peters:

Depression ist eine weit verbreitete Form der psychischen Störung mit trauriger Verstimmung, gedrückter, pessimistischer Stimmungslage, Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Antriebsminderung, leichter Ermüdbarkeit, eventuell Angst und Selbsttötungsneigung, mit Beeinträchtigung des körperlichen Befindens und sozialen Agierens.
Die Ursachen sind außerordentlich verschieden:
schwierige persönliche Situation, organische Hirnerkrankung, beginnende Schizophrenie- und noch unbekannte Prozesse im Gehirn etc.

Epidemiologie und Statistik:

ca. 4 Millionen depressiv behandlungsbedürftige Menschen
sind in Deutschland 2010 anzunehmen,
ca. 30 % der 4 Millionen Erkrankten werden nur als depressiv erkannt,
ca. 6-9 % der 4 Millionen Erkrankte erhalten eine wirksame antidepressive Therapie,
ca. 3-5 % der 4 Millionen Erkrankte nehmen nach 3 Monaten noch die richtigen
Medikamente (reale Nebenwirkungen, Nocebo-Effekt des Beipackzettels,
Anti-Psychiatrie-Kampagnien dabei gibt es unter Lithium quasie keine Suizide),
ca. 11.000 Menschen/Jahr suizidieren sich in Deutschland,
ca. 50 % aller Suizide sind im Rahmen einer Depression anzunehmen,
ca. 15 % in einer depressiven Episode Erkrankte unternehmen Suizidversuch,
Männer und Alte gelten als Hauptrisikogruppen (4 Mal gehäuft),
Anstiegserwartung Depression als Volkserkrankung in den nächsten 10 Jahren:
64 % (gegenüber 83 % bei Demenzen)

Genetik im Wechselspiel der Wirkfaktoren:

Genetik: Risiko für eineiige Zwilling 50 %, für nahe Verwandte 15 %, allgemein 7 %.
Beispiel Familie des Literatur-Nobelpreisträgers ERNEST HEMINGWAY:
in 3 Generationen 5 Suizide- u.a. Ernest, sein Vater, seine Tochter Margaux.

Wirkmodell: Veranlagung auf der Erbsubstanz (welche durch Erleben modifizier- und verstärkbar gilt) + traumatische Erlebnisse in jüngeren Jahren, + belastend/überfordernde Lebensbedingungen (Arbeit, Beziehung, Finanzen) + Veränderungen des Gehirnes in den ganz schweren Fällen ?

Veränderungen des Gehirnes, Forschungsansätze DGPPN 2009 in Berlin:

Das Stützgewebe des Gehirnes, die sogenannten Gliazellen, ummanteln die Nervenzellen und haben Bedeutung für: Entgiftung, Regeneration, Immunantwort, Eindämmung oder Aufrecht-Erhaltung schädlicher entzündlicher Prozesse, Entfernung der Substanz Glutamat etc. Erhöhte Konzentrationen von Glutamat in bestimmten Hirnregionen scheinen wichtiges Bindeglied zu Depressionen. Depressionen scheinen eher mit Veränderungen der linken Hirnhälfte zu tun zu haben (Bis 1/3 der Schlaganfallpatienten werden depressiv- unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung). Die erhebliche Dichteminderung der Mikrogliazellen ist statistisch eng mit vollendeten Suiziden unter Depressiven verknüpft. Das Kalzium bindende Protein S100B ist ein Marker : Ist S100B im Blut erhöht, weist dies auf krankhafte Veränderungen der Gliazellen hin – und auf die Ansprechwahrscheinlichkeit antidepressiver Medikamente zumindestens bei manchen Patienten. Was „ entzündliche Prozesse „ angeht: Entzündungsmediatoren machen depressiv (45 % der Interferon-Behandelten wegen Hepatitis) und i.G. entzündungshemmende Substanzen wirken antidepressiv (Studien bei Psoriatikern, Rheumatikern, Arthrosepatienten). Glutamat-Gegenspieler werden als Antidepressiva gehandelt: das ALS-Medikament Riluzol, das Alzheimer-Medikament Memantine, das als Partydroge ins Zwielficht geratene Narkosemittel Ketamin.

Reaktives Erleben: Depressiv-werden-Können ist vom Mensch-Sein nicht zu trennen. Jeder kann depressiv werden- es hängt nur von der Stärke des Traumas, der Belastung, ab. Belastendes Erleben scheint auch über Methylierungen die Erbsubstanz zu verändern- d.h. Traumen scheinen vererbbar. Depressive Eltern prägen über depressive Umgangsstile ihre Kinder anders als gesunde Eltern.

Fazit: Genetik, Erleben und Körperliches sind bei der Entstehung von Depressionen nicht zu trennen. Die medizinische Relevanz beginnt mit dem Leiden des Betroffenen unter Ausmaß und/oder Dauer seiner Depression.

Rein beschreibende Depressionseinteilung nach ICD 10

- | | |
|--|--------------|
| 1.) <u>Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressiv</u> | F31.3 |
| 2.) <u>depressive Episode</u> | F32 |
| <u>leichte depressive Episode</u> | F32.1 |
| <u>mittelgradige depressive Episode</u> | F32.2 |
| <u>schwere depressive Episode</u> | F32.3 |
| 3.) <u>rezidivierende depressive Störung</u> | F33 |
| <u>leichte rezidivierende depressive Störung</u> | F33.1 |
| <u>mittelgradige rezidivierende depressive Störung</u> | F33.2 |
| <u>schwere rezidivierende depressive Störung</u> | F33.3 |
| 4.) <u>Cyclothymia</u> | F34.0 |
| Stimmungsinstabilität über mindestens 2 Jahre mit hypomanischen und leicht depressiven Phasen, | |
| 5.) <u>Dysthymia</u> | F34.1 |
| dauerhafte leichte depressive Verstimmung über mindestens 2 Jahre mit selten länger als wenigen Wochen normalen Stimmungsintervallen dazwischen, | |
| 6.) <u>Angst und Depression gemischt</u> | F41.2 |
| weder Angst noch Depression herrschen eindeutig vor oder erreichen schwere Ausprägung | |
| 7.) <u>depressive Anpassungsstörung</u> | F43.2 |
| das belastende Ereignis würde für Jeden Belastung sein und die Depression ist maximal mittelschwer | |

Klassische psychodynamische Einteilung der Depressionen in der deutschen Psychiatrie nach G. Huber

- 1.) depressive Persönlichkeit: Schwarzseher, Pessimisten, Skeptiker, Freudlose per se aber ohne Krankheitswert,**
- 2.) reaktive Depression: als nachvollziehbare Folge unmittelbaren Erlebens, eine Erlebnisreaktion, zu der Jeder fähig ist,**
- 3.) neurotische Depression: auf dem Hintergrund früherer Traumatisierungen mit Dauerspannungen/unbewußten Konflikten aus dem aktuellen Erleben verstehbar,**
- 4.) endogene Depression: von Dauer/Ausmaß her aus Auslöser/Biographie nicht nachvollziehbar - „ biologische Depression „ i.S. unklarer Stoffwechselstörung ?**

Modell der endogenen Depression nach Huber (~ major oder schweren Depression)

Diese Symptomatik erschließt sich am besten, wenn gleichzeitig ihr Gegenstück bei den Affekt-Psychosen, die Manie, beschrieben wird:

<u>endogene Depression</u>	↔	<u>Manie</u>
<u>depressiv traurige Verstimmung</u>	↔	<u>manisch, euphorisch, gereizte Verstimmung</u>
<u>depressive Hemmung des Denkens</u>	↔	<u>manische Erregung des Denkens, Ideenflucht</u>
<u>depressive Hemmung der Psychomotorik</u> (Entschließen, Handeln)	↔	<u>manische Erregung der Psychomotorik</u> (des Entschließens und Handelns)
<u>abnormen Leibgefühle</u> (Vitalstörung, leibliche Mißempfindung)	↔	<u>Gehobenheit der Vitalgefühle</u> (ungewöhnlich gutes Gesundheits- und Leistungsgefühl)
<u>depressive Wahneinfälle</u> (Schuld-, Krankheits-, Verarmungswahn)	↔	<u>manische Wahneinfälle</u> (expansiver bzw. manischer Größenwahn)
<u>körperlich-vegetative Symptome</u> (Störung von: Schlaf, Appetit, Verdauung, Tränen- und Speichelsekretion, Herzschlag, Libido/ Potenz, Turgor vitalis)	↔	<u>körperliche Symptome</u> (ohne Ermüdungsgefühl bei wenig Schlaf, ohne KG-Zunahme bei gutem Appetit, Libido/Potenz-Steigerung)

Affektpsychosen oder Zyclothymien nach Huber sind Bipolare Erkrankungen.

Modell der Bipolaren Erkrankungen nach A. Maneros

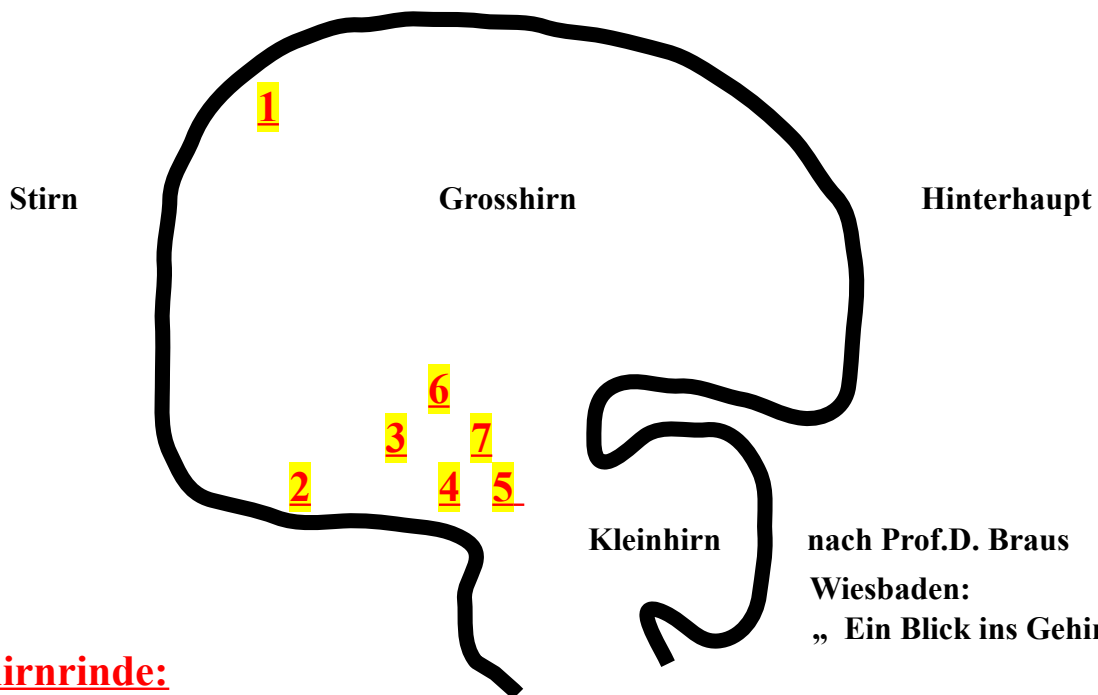
- 1.) Bipolar-I-Erkrankung: depressive Episoden + 1 Hospitalisierung wegen Manie
- 2.) Bipolar-II-Erkrankung: depressive Episoden + hypomanische Episoden
- 3.) Bipolar-III-Erkrankung: depressive Episoden + hypomanisch/manische Symptome unter Antidepressiva oder depressive Episoden + hyperthym/cyclothymes Temperament
- 4.) Bipolar-IV-Erkrankung: milde depressive Episoden + cyclothyme Persönlichkeit = Cyclothymia: 2 Jahre häufige und andauernde Wechsel subdepressiver und leicht manischer Phasen
- 5.) Bipolar-V-Erkrankung: depressive Episoden + famil. Belastung bipolare Erkrankung
- 6.) Bipolar-VI-Erkrankung: monopolare reine Manie

- 7.) gemischt-dysphor.Manie: Bipolar-I + gleichzeitig manische + depressive Symptome
- 8.) Rapid cycling: mindestens 4 Episoden/Phasen im Jahr ICD F31.8
- 9.) Ultra rapid cycling: Phasenwechsel binnen Wochen oder Tagen ICD F31.8
- 10.) Ultradian cycling: Phasenwechsel innerhalb 1 Tages ICD F31.8

Bipolar-II-Erkrankte sind besonders suizidgefährdet. Die monopolare Depression findet i.G. zur monopolaren Manie (Bipolar-VI) hier keinen Eingang, ist eine eigene Entität.

Depression/Depressionsbehandlung und Gehirn

Depressionen stehen in Beziehung zum **anatomischen Netzwerk der Emotionsregulation**-haben somit über Anatomie und Zellstoffwechsel einen medikamentösen Behandlungsansatz:



Grosshirnrinde:

- 1 dorsolateraler präfrontaler Cortex:** Interesse-, Motivations-, Konzentrations- & Aufmerksamkeitsstörungen (exekutive Funktionen, Ziele);
- 2 ventromedialer präfrontale Cortex:** niedergedrückte Stimmung (emotionale Bewertungen);
- 3 Inselrinde:** körperliche Mißbefindlichkeit, Erschöpfungsgefühl (Integration: Wie fühle ich mich unter Einbeziehung aller Informationen ? Empathie: Wie der Andere ?);

Archicortex und limbisches System:

- 4 Amygdala:** Ängste, Pessimismus (**Angst- & Agressions-Generator**);
- 5 Hippocampus:** Ängste, Pessimismus (**Erfahrungs-Speicher**);
- 6 Gyrus cinguli:** niedergedrückte Stimmung (emotionale Bewertungen);

Basalganglien:

- 7 Nucleus accumbens:** Interesse-, Motivations-, Konzentrations- & Aufmerksamkeitsstörung (dopaminerges Belohnungs-System);

gesamter emotionaler Apparat:

- 1 bis 7:** Schuld-, Insuffizienz- und Mutlosigkeitsgefühl, Lebensüberdruß und Suizidalität;

Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde-Achse, Hirnstamm:

- Schlafstörung, vermehrtes Schlafbedürfniss, Unausgeruhtsein, Morgentief, Erschöpfung;

Das anatomische Netzwerk der Emotionsregulation funktioniert v.a. über Serotonin/Noradrenalin im synaptischen Spalt seiner Nervenzellen. Depression mit den o.a. Symptomen = Mangel an u.a. Serotonin/Noradrenalin im synaptischen Spalt. Dunkle Jahreszeit = Serotonin-Mangel. Verbesserte Serotoninbereitstellung (Medikamente s.u.) = Neuroneogenese im (kleineren) Hippocampus = Voraussetzung, um auf neue/komplexe Situationen reagieren zu können. Schmerz/Depression/Angst = anatomisch nahe Strukturen → Antidepressiva helfen.

Antidepressiva-Therapie endogener / mittelschwer, schwerer Depressionen nach T.Bschor

Antidepressive (AD):

- ... sind in Form von 25 verschiedenen Wirkstoffen in Deutschland zugelassen
- ... wirken mit niedriger bis mittelschwerer Effektstärke gemäß placebokontrollierten Studien
- ... haben ihre größten Unterschiede im Nebenwirkungsprofil
- ... wirken bei 2/3 der depressiv Erkrankten
- ... wirken alle wenn, dann mit gleich langer Wirklatenz nach ca. 2-4 Wochen signifikant
- ... sollten 4 Wochen eingenommen werden bei initial schon geringen Besserungszeichen
- ... können 2-3 Monate benötigen bis zur vollen Wirkentfaltung- v.a. bei älteren Menschen
- ... können aber schon nach 10 Tagen abgesetzt werden bei völliger Wirkungslosigkeit
- ... haben i.G. zu z.B. Tranquilizern/Benzodiazepinen kein Abhängigkeitsrisiko
- ... sind in der Wirkung unklar, z.B. Wirklatenz trotz Früheffekt im synaptischem Spalt
- ... vermehrten alle Serotonin/Noradrenalin im synaptischen Spalt zwischen Nervenzellen
- ... z.B. Hemmung der natürlichen Wiederaufnahme zwecks Vermeidung unsinniger Dauererregung und i.S. von „reecycling“, Serotonin und Noradrenalins
 - ~ Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI Sertralin, Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin
 - ~ u.a. Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Tetracyclia Maprotilin und Tricyclia Amitriptylin, Nortriptylin, Opipramol, Clomipramin, Trimipramin, Doxepin
 - ~ Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer SNRI Venlafloxin, Duloxetin
 - ~ Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer NARI Reboxetin
 - ~ Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer NDRI Bupropion
- ... z.B. Hemmung Abbau-Enzyme Serotin/Nordrenalin MAO-Hemmer Tranlylcypromin
- ... Trazodon, Mirtazapin (Mianserin) blockieren sogenannte präsynaptische Alpha-2-Rezeptoren, die bei starker Neurotransmitterausscheidung (Serotonin, Noradrenalin) im Sinne eines negativen Feed-backs bei Gesunden eine ungedrosselte Ausschüttung vermeiden. Beim Serotonin-/Noradrenalin-Mangel im synaptischen Spalt des Depressiven kann die Ausschaltung dieses Feed-back das Defizit mildern. Trazodon wirkt auch als Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- ... können als Serotonin-Antagonisten wirken wie MASSA Agomelatin, das auch Melatonin-Agonist ist (Melatonin-Schlaf-Depression ist ein Zusammenhang)
- ... mit solch sich ergänzenden Wirkprinzipien sind sinnvoll kombinierbar
- ... werden gegeben als Akut- und Erhaltungstherapie sowie zur Rezidiv-Prophylaxe.
- ... sollten zur Rückfallprophylaxe 6-12 Monate weiter genommen werden.

Therapieresistenz

- ... besteht bei 15-30 % der Depressionen: kein Ansprechen auf 2 Antidepressiva in ausreichender Dosierung(chronische Depression: länger als 2 Jahre = ca. 25 % der Fälle)
- ... kann auf Schlafentzug ansprechen: komplett die ganze Nacht, partiell ab 1 Uhr oder 2 Uhr in der Nacht nach 4-5 Stunden Schlaf um am nächsten Abend nicht vor 19 Uhr zu Bett zu gehen. 2 Mal die Woche wird empfohlen. Wirkt rasch aber leider oft nur kurz.
- ... kann auf Zusatzsubstanzen zu AD ansprechen: v.a. Lithium, dann Thyroxin (Schilddrüsenhormon: 50 yg/Tag alle 3 Tage um 50 yg/Tag steigern bis 400 yg/Tag), atypische Neuroleptica, Bupiron, Antikonvulsiva, Pindolol, Dopaminagonisten, Östrogene (bei Frauen), Psychostimulantien (= Augmentationverfahren mit off-label-Problemen !)

Antidepressive Phasenprophylaxe

Spätestens nach der 3. Episode
bzw. bei familiärer Belastung und 1. schwerer manischer Episode
bzw. bei familiärer Belastung und 2. schwerer depressiver Episode
sollte Phasenprophylaxe erfolgen mit:

Lithium (bei Bipolarer Erkrankung, SUIZIDPROPHYLAXE)

Valproinsäure (bei Bipolarer Erkrankung)

Lamotrigin (nur bei Bipolarer Depression, Rapid cycling)

Carbamazepin (bei Bipolarer Erkrankung, wo Lithium nicht möglich ist)

Oxcarbazepin (bisher keine Zulassung = off-label)

Olanzapin (bei Bipolarer Erkrankung)

Zu der Dauer der Phasenprophylaxe gibt es keine Empfehlung in der Literatur-
eventuell ein Leben lang, wenn durch Lithium Suizid vermeidbar erscheint
oder der soziale Selbstruin in der Manie.

Der biologische Pol der Depressionsbehandlung und -therapie darf aber nie vergessen lassen,
daß v.a. leichte und mittelschwere Depressionen ihre Vorgeschichte im Leben haben und
daß Depressiven hierauf fußend immer therapeutisch begegnet werden muß:

Grundregel:

Medikamententherapie (s.o.) und Psychotherapie (s.u.) der Depression ergänzen sich und schliessen sich nicht aus:

Psychotherapie-Erkenntnisse (u.a. mit dem Hippocampus assoziiierbar)
finden erst nach Antidepressiva zur Emotionsregulation (u.a. mit der Amygdala assoziiierbar)
auch zu ihrer Umsetzbarkeit (u.a. mit dem präfrontalen Cortex assoziiierbar).

Hippocampus-Amygdala-Formation des limbischen Systemes:

**Die Affekt-Bestimmung (u.a. mit der Amygdala assoziiierbar) dominiert i.d.R. bereits
beim Gesunden die Erkenntnis-Steuerung (u.a. mit dem Hippocampus assoziiierbar) !**
Bei leichten Depressionen kann Psychotherapie genügen, bei schweren Depressionen sind
Antidepressiva unersetzlich. Daneben wirken auf das Netzwerk der Emotionsregulation
des menschlichen Gehirnes: soziale Kontakte und Rythmen, mitmenschliche Unterstützung,
Sport, Entspannung, Schlaf- und Suchtmittelkontrolle. Es gibt Hinweise, daß z.B.
regelmäßiger Sport das Volumen des Hippocampus vergrößert wie auch
die Antidepressiva-Gruppe der SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer).

Persönlichkeitstheorie/Krankheitsmodell Depression der Gesprächstherapie

Nach C.R. ROGERS (1902-1987) benötigt der „ klassische Gesprächspsychotherapeut „ keine Technik für den Depressiven. Eine gezielte und strategische Einflußnahme des Therapeuten behindere die Selbstentfaltungskräfte des Depressiven. Jeder Mensch hat Entwicklungspotential, sich gemäß seinem Entwurf und seiner inneren Bestimmung zum Konstruktiven immer weiter zu entwickeln (= Aktualisierungstendenz). Er muß sein Erleben dabei exakt verstehen, ihm den rechten Sinn geben und seinen Verstehenshorizont insgesamt erweitern (= exaktes Symbolisieren) i.S. immer mehr glückender Selbstentfaltung. Diese ihm eigene Aktualisierungstendenz führt zum Selbst über exaktes Symbolisieren (Erfassen und Sinngeben) in der Arzt/Patient-Beziehung, wenn der Arzt zunächst 2 Grundpositionen/Wirkfaktoren stimmig und überzeugt selbst verkörpern kann:

Bedingungsfreies Akzeptieren (Bestätigen, Ermutigen, Sorge, Solidarität)

Einführendes Verstehen

(„ Spiegelungen „ als unakzentuiert/einführendes Wiederholen der Patienten-Aussagen, als Aufgreifen des vorherrschenden Gefühles, als Verdeutlichung des situativen Kontextes, als Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle, als Aufgreifen haltungsprägender Gefühle, als Verdeutlichung des lebensgeschichtlichen Kontextes- indem gelauscht, sich identifiziert und stimuliert wird Gefühle, Gedanken und Wünsche des Depressiven betreffend)

als Alter-ego des Patienten und zu dessen Erfassen von Sinngehalten

Alter-ego: Der Arzt fühlt sich so in den Depressiven ein, daß er einen Dialog mit ihm führt, wie dieser ihn mit sich selbst führen sollte. Der Depressive kann sich hiermit identifizieren und führt den Dialog auf Dauer alleine weiter, hat gelernt, sich auf Dauer alleine und autonom mit sich selbst auseinander zu setzen.

Erfassen von Sinngehalten: In kleinen Schritten erweitert der Depressive durch die „ Spiegelungen „ des sich in ihn einführenden Therapeuten sein Bezugssystem um Nuancen, d.h. seinen Verstehenshorizont, indem „ verzerrte Symbolisierungen „ zu „ exakten Symbolisierungen „ werden: Das Verstehen seiner selbst v.a. wird besser, die Sinnfrage erschließt sich ihm mehr und er kommt in der Welt besser zurecht.

Gesprächstherapie entwickelt sich weiter in Richtung Begegnung und Interaktion:

Echtheit und Kongruenz

(der Therapeut bringt sein eigenes Erleben des Patienten ein, äußert dabei Anteilnahme, verweist auf Ähnlichkeiten, gibt Beurteilungen ab, konfrontiert den Depressiven mit des Therapeuten Beobachtung, zeigt Alternativen auf und bietet sich als „ emotionaler Resonanzboden „ an- alles Ich-Botschaften des Gesprächspsychotherapeuten ohne das bedingungsfreie Akzeptieren und einführende Verstehen je aufzugeben.

Nicht zu jedem Depressiven ist diese Beziehung aufbaubar und nicht jedem Depressiven hilft die „ Gesprächstherapie „. Hier wird aber Fundamentales zur Beziehung des Arztes mit Depressiven ausformuliert. Das „ Gesprächspsychotherapie-Modell „ ist folgendermaßen skizierbar:

Aktualisierungstendenz

die als konstruktive zur ganzheitlichen Lebensentfaltung des Menschen drängende Lebenskraft, der „elan vital“, mit den Zielen: Wachstum, Differenzierung, Autonomie, Identität, Beziehungsfähigkeit

↓
subjektive Seite

↓
V

organismische Erleben des Individuums

das ursprüngliche, unmittelbare Erleben (i.G. zur Repräsentation) zum Zwecke der somatischen, emotionalen und kognitiven Erhaltung, Pflege und Förderung des menschlichen Organismus

↓
bewußt reflektierter Selbstbezug

↓
Verstehen der Welt

↓
V

↓
V

Selbstkonzept

Selbstideal

auch

Weltkonzept

Selbstbild

Fremdkonzept

Selbstwert

Beziehungskonzept

Selbstwirksamkeit

↓
V

Gesundheit

bei Übereinstimmung
organismisches Erleben/Selbstkonzept

↓
V

Voll funktionierende Persönlichkeit

Selbsttransparenz

mit

Selbstvertrauen

Selbstkongruenz

den

Selbstverwirklichung

Selbstbejahung

Resultaten

Selbstwert positiv

Beziehungsfähigkeit

Autonomie selbst

Symbolisierungsfähigkeit

Autonomie anderer

exaktes Symbolisieren= Verstehen + Sinngeben bei

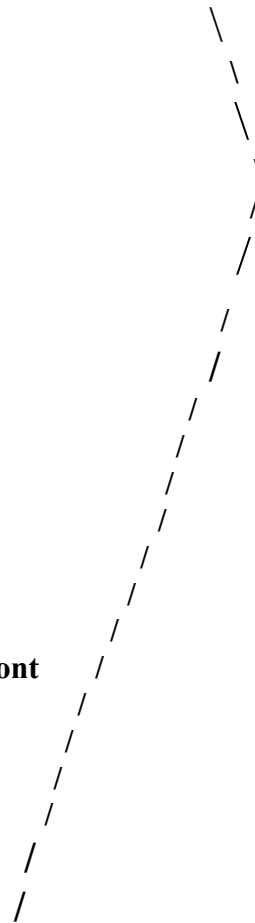
Sprach-, Symbol-, Sinnbildungs-, Selbstreflektions- und

Wertsetzungskompetenz, Erweiterung Verstehenshorizont

↓
soziale Bedürfnisse/ Einflußnahmen

↓
V

Selbsterweiterung
des Gesunden





Krankheitsfall

*bei Diskrepanz/Inkongruenz organismisches Erleben/Selbstkonzept,
da nicht eigene Werte und Forderungen verinnerlicht sind*



Selbstentfremdung in Form von

Selbsttransparenz-Mangel = Nichtwissen um sich selbst

Selbstkongruenz-Mangel = Nichtharmonisierenkönnen seiner selbst

Selbstentzweiung = qualvolle Inkongruenz organismisches Erleben/Selbstkonzept

Selbstentwertung = negatives Selbstkonzept

Selbstverborgenheit = Wahrnehmungs-Verweigerung und -Abwehr

Wahrnehmungs- und Bedürfnis -Nichtsymbolisierung

verzerrte Symbolisierung → Angst, Depression, Zwang

Beziehungsmuster → gestört



Depression

= Inkongruenz-Konstellation

mit Diskrepanz Selbstbild/Selbstideal

negatives Selbstbild + unrealistisch überhöhtes Selbstideal = geringer Selbstwert

Abwehr selbstbehauptender Bedürfnisse

abhängige Beziehungserwartung

Abhängigkeit vom Zuspruch Anderer, Unterlegenheitsgefühl, Kritikerwartung

Zuwendungs-, Harmonie- und Verwöhnungserwartung, Konfliktscheue,

Abgrenzungsunfähigkeit, Anpassungsdruck, Klagsamkeit,

Unfähigkeit, Verärgerung über Andere einzugestehen, dafür eigene Schuldgefühle

Krankheitsmodell Depression der Verhaltenstherapie

Gelernte Hilflosigkeit nach SELIGMANN:

in einer Welt, die nicht mehr für den Menschen vorgeprägt ist durch Normen und Schuld, die von jedem auf sich alleine gestellt Eigenverantwortung und -initiative zum persönlichen Glück fordert, ohne daß er Einfluß auf die Rahmenbedingungen in allen ihren Unberechenbarkeiten hat (Gesundheit, Arbeitsmarktlage, Katastrophen)

negative Realitätssicht: eigene Person, Umgebung, Zukunft: Becksche Trias

Ziele: Realismus bei Negativkonzepten von sich und der Welt, Aufhebung von negativen Selbstattribuierungen und Verallgemeinerungen, Aktivierungen für Pflichten aber auch Ausgleich und Erholung, soziale Kompetenz verbessern, d.h auch eigene Bedürfnisse besser erkennen und mitteilen.

Behandlungsmodelle der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie RET zur Überwindung der Hilflosigkeit und negativen Realitätssicht

- 1.) Menschen „reindoktrinieren „ sich ständig: sie sagen sich ständig Gedanken vor.
- 2.) „Kognitionen „ sind Gedanken und damit wichtige Bestimmungsfaktoren der Gefühle d.h.: wir fühlen was wir denken, wir fühlen gemäß unseren Gedanken/Konzepten von uns und der Welt.
- 3.) „irrationale Kognitionen/Konzepte „ sind: absolutistisches Sollen oder Müssen, Übertreibungen, Vorurteile, Un-Realismus, Un-Logik, Schwarz-Weiß-Muster, Etikettieren, Verallgemeinern, Ausblenden, voreiliges Schlußfolgern (mit „ Gedankenlesen „ und „ Weissagen „), emotionale Beweisführung, Personalisieren von Problemen etc.
- 4.) „irrationale Kognitionen/Konzepte „ führen zu emotionalen Störungen
- 5.) „psychische Störungen „ wie Depressionen werden verursacht/aufrecht erhalten durch „ Reindoktrination „ mit irrationalen Konzepten von sich und der Welt über = innere Selbstgespräche

- 6.) **ABC**: Aktivierendes Ereignis → Bewertungssystem Patient → Consequenz

Das Bewertungssystem des Depressiven beinhaltet rationale und irrationale Konzepte.

Die Consequenzen äußern sich emotional, im Verhalten, aber auch als korrigierte bzw. neue Bewertungen/ Kognitionen von sich und der Welt.

- 7.) Der Patient glaubt **A** ist für **C** (die Depression) verantwortlich.

- 8.) Der Therapeut glaubt **B** ist für **C** verantwortlich und bearbeitet die irrationalen Konzepte des Depressiven von sich und der Welt in **Sokratischen Dialog**.

Sokratischer Dialog

Standartfragen:

- 1.) Wie überzeugt sind Sie von diesem Gedanken ?
- 2.) Was fühlen Sie bei diesem Gedanken ?
- 3.) Wie intensiv ist das Gefühl (Skala 1-100) ?
- 4.) Welche Beweise/Anhaltspunkte sprechen dafür ?
- 5.) Welche Gegenbeweise gibt es, was spricht dagegen ?
- 6.) Gibt es alternative Erklärungen ?
- 7.) Könnte man die Sache auch anders sehen (vernünftiger, realistischer) ?
- 8.) Wie könnte man die Sache von einer anderen Seite/Warte sehen (aus der Sicht eines Freundes, einer Vertrauensperson) ?
- 9.) Wenn x (Freund, Vertrauensperson etc.) in der gleichen Lage wie Sie wäre und den gleichen Gedanken hätte, was rieten Sie ?
- 10.) Was könnte schlimmstenfalls passieren ?
- 11.) Könnten Sie das überstehen ? Wie ?
- 12.) Was könnte bestenfalls passieren ?
- 13.) Was ist realistisch zu erwarten ?
- 14.) Welche Folgen hat Ihre Überzeugung ?
- 15.) Was würde passieren, wenn Sie Ihr Denken änderten ?
- 16.) Was könnten Sie dafür tun ?
- 17.) Können wir beim nächsten Termin die Resultate der Änderung besprechen.

Die irrationalen Gedanken/Konzepte werden zunächst ausgesprochen mit ihren Konsequenzen, dann einem Für-und-Wider sowie einem Perspektivwechsel unterworfen, dann auf ihre Konsequenzen und schließlich auf ihre Änderbarkeit und Alternativen hin überprüft.

weitere Fragen zur Entkräftung über Perspektivwechsel:

- 1.) Welchen Tip hätten ich für einen guten Freund in meiner Lage ?
- 2.) Wenn mein bester Freund wüßte, was ich denke, was würde er mir sagen ? Auf welche Aspekte würde er hinweisen, die zeigten, daß ich nicht 100 % recht habe ?
- 3.) Wie wird die Sache in 5 Monaten aussehen ? Was denke ich dann darüber ?
- 4.) Wenn ich in 5 Jahren auf diese Situation zurückschaue, was würde ich dann anders sehen ? Würde ich einen Aspekt mehr beachten ?
- 5.) Denke ich anders über diese Situation, wenn ich mich besser fühle ?
- 6.) Gab es solche Situationen schon früher ? Was war anders ? Was habe ich aus früheren Erfahrungen gelernt, was mir jetzt helfen könnte, mich besser zu fühlen ?
- 7.) Was mögen Menschen zu sich sagen, die imstande sind, anders zu denken und zu handeln ?

den mentalen Filter der Denkverzerrung erkennen

- 1.) Hat der Gedanke schon einmal nicht (vollständig) zugetroffen ?
- 2.) Denke ich in Extremen, z.B. Alles-oder-Nichts ?
- 3.) Habe ich etwas übersehen, was meiner Überzeugung widerspricht ?
- 4.) Vergesse ich relevante Faktoren ? Bin ich zu sehr mit irrelevanten Faktoren beschäftigt ? Was sind wichtige andere Aspekte ?
- 5.) Ignoriere ich positive Seiten an der Situation oder mir ?
- 6.) Ziehe ich voreilige und nicht ausreichend bewiesene Schlüße ?
- 7.) Mache ich mir Vorwürfe wegen etwas außerhalb meiner Kontrolle ?
- 8.) Überschätze ich Einfluß, Kontrolle, Verantwortung meinerseits ?
Fühle ich mich deshalb unberechtigt hilflos oder schuldig ?
- 9.) Basiert meine Beurteilung auf Gefühl oder Tatsachen ? Halte ich meine Gefühle für die Realität ?
- 10.) Habe ich unrealistische und unerreichbare Maßstäbe/Ziele ?
Habe ich zu hohe Erwartungen ?
- 11.) Verwechsle ich wahrscheinliche und unwahrscheinliche Ereignisse
- halte ich ein unwahrscheinliches Ereigniss für wahrscheinlich ?
- 12.) Dramatisiere oder katastrophiere ich ? Wie könnte ich Situationen realistischer beschreiben ?
- 13.) Sehe ich nur meine Schwächen und ignoriere ich meine Stärken ?

Anmerkung: Gesellschaftsentwicklung und Depressionen

64 % zu erwartender Anstieg an Depressionen ist nicht vom gesellschaftlichen Wandel zu trennen. Nach dem Jenaer Soziologen HELMUT ROSA sind nicht Macht, Sex, Geld, „ die Fürsten dieser Welt „. Heute gilt: „ Ich bin in action, also bin ich „. Unser derzeitiges Leben wird durch die „ Beschleunigung „ bestimmt: Erfolg und Ansehen hat nur der, welcher immer schneller die Probleme löst, welcher immer mehr gleichzeitig schafft, immer neuere Produkte anbietet und sich selbst ständig dynamisch und optimiert darzustellen weiß. Die permanente Steigerung von Optionen und Wettbewerbsfähigkeit ersetzt die auf ein Lebensziel gerichtete Lebensführung. Ruhe, Bindungen und Dauer haben hier keinen Platz mehr. Was wir in der Produktion an Zeit gewinnen, müssen wir im Konsum wieder ausgeben- oder wird uns gar als Zeit der Arbeitslosigkeit heimgezahlt. Irgendwann ist der Markt gesättigt, dreht die Produktion leer, sind die Ressourcen aufgebraucht, Natur und Klima geschädigt ... Verantwortung – in der Politik z.B.- wäre „ Entschleunigung „ als Gegenpol zur herrschenden „ Beschleunigung „. In allen Parteien und bis auf die kommunale Ebene, sehen aber Politiker als Kinder der Zeit den Schlüssel zum Erfolg auch darin, „ in ständiger action „, d.h. „ beschleunigt „ wahrgenommen zu werden. An Pseudoproblemen wird sich ständig profiliert und möglichst täglich muß eine „ neue Sau durchs Dorf gejagt werden „,- d.h. heute durch Medien- und Show-Business. Wer entschleunigt, wird als „ Aussitzer „, „ Zögerer „, etc. schlecht beleumdet, obwohl ein Quintus Fabius Maximus Verrucosus (280-203 vor Christus) gerade als zaudernder „ Cunctator „, Rom rettete... Von den rutschenden Abhängen der sich ständig als Selbstzweck beschleunigenden Gesellschaft wird im Extremfall geflüchtet in die Depression als den Stillstand, die Pathologie, der Zeit.
(HARTMUT ROSA, BESCHLEUNIGUNG, Suhrkamp 2005)

Die gut situierte Mehrheit in unserer deutschen Gesellschaft verlangt immer höhere Ansprüche an Qualität und Preis der Waren sowie an Flexibilität der Dienstleistungen.
D.h.: die Langsamsten und Schwächsten der Gesellschaft geraten immer mehr hilflos unter Druck.
Je höher die Spezialisierung der Spezialisierten, desto höher der Erfolgsdruck und um so größer die Gefahr, daß ein auf Effizienz gedrillter Youngster die gleiche Tätigkeit für weniger Lohn doppelt so schnell ausführen kann- Bewährung und Erfahrung werden von einem Tag auf den anderen wertlos und damit soziale Anerkennung und Sozialstatus brüchig.
Die Leistungsgesellschaft reizt ihre Talente aus. Sie nimmt nur das ihr Nützliche. Sie hat keine Fluchttüren in ihre Karriere-Tunnel eingebaut.
(Zeitweises) Versagen, Gedanken-Freiräume, Pausen u.Ä. sind nicht eingeplant.
Wer nach „ Ausmusterung „, keine persönliche Lebensphilosophie, kein tragendes soziales Umfeld hat ... ist durch Sinn- und Hilflosigkeit gefährdet, depressionsgefährdet ... im Extremfall suizidgefährdet...
Wer zahlt dem krankheitsbedingt Langsameren seine höhere Rechnung, gesteht wegen Depressiven längere Wartezeiten zu
verweigert sich billigen Billigangeboten ... ?
Da begänne die wohlfeil immer nur von der anonymen Gesellschaft und fernab jeder persönlichen Konsequenz/Nachteilhaftigkeit, damit immer nur vom Anderen geforderte, „ Entstigmatisierung „, der Depression.
Dies würde auch ansonsten wohlfeil/bigotte „ Mindestlohn-Debatten „, überflüßig machen (nach BERNDT ULRICH, DIE ZEIT vom 03.01.2008).