

Psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Depressionen

G. Plöttner

Das Wort Depression bezeichnet einen Zustand und sagt nichts aus über die Ursache des Leidens. Kurzzeitige depressive Verstimmungen sind häufig, der Übergang zu schweren Krankheitszuständen ist fließend. Die Ursachen für die Entstehung von depressiven Zustandsbildern sind vielfältig. Sie liegen im körperlichen, im seelischen und im sozialen Bereich. (3)

So wichtig die störungsspezifische Perspektive ist – in keinem Fall ersetzt sie die für die Behandlungsplanung und die Bestimmung der Interaktionstechnik unerlässliche Einschätzung des Strukturniveaus und der Ich-Funktion, der Persönlichkeit. (5)

Depressionen aus psychodynamischer Sicht

Gemäß eines bio-psychozialen Modells treffen bei der Entstehung und Manifestation einer Depression mehrere Faktoren zusammen, die je nach Individuum unterschiedlich gewichtet sind.

So können Patienten mit depressiven Störungen unter neurotischen Konflikten leiden oder es können

schwere Charakterpathologien vorkommen, je nach Stufe des Strukturniveaus. (5)

Auslösende Situationen sind typischerweise häufig Verlusterlebnisse, Kränkungen, andauernde Hilflosigkeit, Desillusionierung und Enttäuschungen. Die Grundlage dafür, dass sich aus dieser Situation eine manifeste depressive Erkrankung entwickelt, besteht in einem Konflikt, der in der frühen Entwicklungsphase der Persönlichkeit (während der Entwicklung des Bindungs- und frühen Autonomiesystems) entsteht. Der Konflikt drückt sich in der Ambivalenz aus zwischen Sehnsucht nach Nähe/Vertraulichkeit/Abhängigkeit zu einem anderen Menschen und Angst vor Enttäuschung oder Verlust des anderen.

Aus Angst vor Trennung und Verlust haben diese Menschen ein hohes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein entwickelt und verlangen sich selbst große Leistungen ab, um andere zufrieden zu stellen. Sie hoffen, auf diese Weise von anderen gebraucht zu werden und ihr Zuwendungsdefizit ausgleichen zu können (altruistische Bewältigungsform) oder es besteht eine Abhängigkeit von Lob und der Bestätigung durch andere (narzisstische Bewältigung). Andererseits wird versucht, in einer zurückgezogenen, selbstgenügsamen Haltung die Verlusterfahrung zu vermeiden (schizoide Bewältigung). Gleichzeitig dient dieses Verhalten

der Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühles. Fallen die äußeren Stabilisatoren des Selbstwertgefühles weg, droht die manifeste depressive Symptomatik. Eigene Bedürfnisse, Ärger, Wut und Enttäuschung werden zunächst aus der Angst vor Beziehungsverlust abgewehrt und dann durch Selbstvorwürfe, Selbstanklagen und Suizidversuche gegen die eigene Person gerichtet. Es besteht ein Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, anhaltender Hilflosigkeit und Ohnmacht. Für den Betroffenen scheint es unmöglich, Einfluss auf sein Leben nehmen zu können.

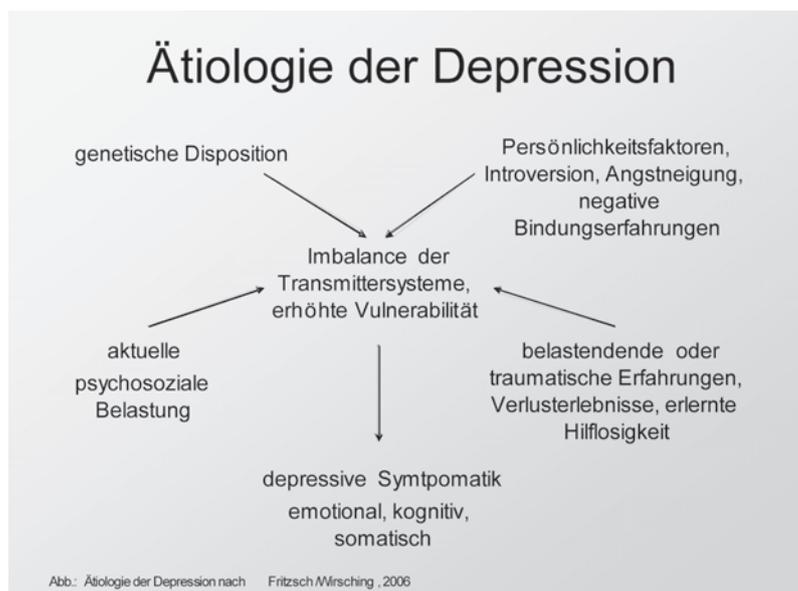
Behandlung in der Akutphase

Die Akutphase depressiver Störung erfordert meist eine Kombination aus antidepressiver Pharmakotherapie und begleitender supportiver Psychotherapie.

In dieser Phase ist empathische Präsenz und Verfügbarkeit des Therapeuten von allergrößter Bedeutung. Die Aufgabe des Therapeuten ist es in erster Linie, den Patienten geduldig anzuhören und die Klagen anzunehmen, ohne ihn vorschnell aufzumuntern.

Ungeduld, Ermahnungen und kurzsichtige Ratschläge führen nur dazu, dass der Patient sich unverstanden fühlt. Er wird in seiner depressiv verzerrten Sicht seiner selbst und der Welt bestätigt.

Die Termine sollten in einer für den Patienten vertretbaren Kürze durchgeführt werden, um die Belastung so gering wie möglich zu gestalten. Vorrang vor allen anderen Maßnahmen haben die Bemühungen um Entlastung und Selbstwertstärkung des Patienten. Eine Vermittlung zur Entstehung und Behandlung von Depressionen ist notwendig, um das für den Patienten zumeist unverständliche Geschehen besser zu begreifen und durch ein medizinisches Krankheitsverständnis Schuldgefühle des Patienten abzubauen. Psychodynamische Arbeit (ausgenommen leichte Depression) würde in dieser Phase eine Überforderung des Patienten darstellen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Angehörigen verständig und einbe-



Depressiver Grundkonflikt

nach Rudolf

Das kindliche Selbst hat weniger von seinem erwachsenen Objekt bekommen als es braucht. Es wurde zu früh verlassen und/oder zu wenig gefördert und/oder wurde nur unvollständig vom Objekt gelöst.

vorsprachlich mediale Objektstruktur

sprachlich objektale Struktur

Das zu früh verlassene oder unvollständig autonome Selbst braucht das „Objekt“, um sich nicht leer, unvollständig, unwert, unsicher, verletzt etc. zu fühlen.

Es existiert gemeinsam mit weitgehend unbewusster Trauer, Wut, Hass; Gefühl, zu kurz zu kommen.

Der eigenen Existenz, der eigenen Leistung, Gefühl des Verletztseins, Gekränktseins, Ärger über die eigene Unfähigkeit, autonom zu handeln etc.

Objektsehnsucht

Objektenttäuschung

Verzweiflung des Selbst

Selbstzweifel

Störungen des Bindungs- und Autonomiesystems

zogen werden, keine überhöhten Forderungen an den Patienten zu stellen (wie „sich zusammenreißen“). Wichtig in den ersten Kontakten ist das Bemühen, Hoffnung zu erwecken, ohne das Leiden zu bagatellisieren. Dem Patienten kann vermittelt werden, dass es sich um keinen Einzelfall, sondern um eine bekannte, behandelbare Krankheit mit guten Heilungschancen handelt.

Tiefenpsychologische Therapie/ Behandlung nach dem Abklingen der Akutphase

Anfangs ist ein aktiv zugewandtes und interessiertes Verhalten des Therapeuten notwendig, um die für den Patienten belastende Situation im

Gespräch zu erleichtern. Wichtig dabei ist die Vermittlung des Verständnisses des Therapeuten für die Anstrengung des Patienten um die ständige Sehnsucht nach Selbstachtung und im unermüdlichen Kampf gegen innere und äußere Objektverluste. Eine Voraussetzung für das Gelingen der Therapie ist es, den Patienten zu gewinnen, sein Leiden als eine ernsthafte Erkrankung zu akzeptieren. Beachtenswert ist, dass alle therapeutischen Interventionen nicht als Kritik oder Vorwurf vom Patienten empfunden werden, um den Über-Ich-Druck und Schuld- oder Schamgefühle nicht zu erhöhen. Eine sehr wichtige Aufgabe in der Therapie ist das Feststellen der auslösen-

den Situation der Depression, was sich aufgrund der unbewussten konfliktverleugnenden Abwehr des Patienten teilweise sehr schwierig gestaltet. Dies wird verständlich, wenn deutlich wird, dass der Patient auf eine Kränkung oder Enttäuschung mit depressiver Symptomatik reagieren musste (unbewusst), um die Gefahr eigener Aggressionen in einer Beziehung abzuwenden.

Im Verlauf der Therapie wird es immer wieder notwendig sein, edukative Vorgehensweisen hinsichtlich der Dynamik der Depression einzuführen. Auch eine Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen wird immer wieder notwendig sein. Eine ständige Bearbeitung in der Therapie erfordern auch die negativen Überzeugungen depressiver Patienten, vor allem im Zusammenhang mit erlebten Verlusten und gestörtem Selbstwelterleben. Da die depressive Symptomatik für den Patienten bislang ein wesentlicher Schutz vor dem Zulassen aggressiver Regungen gegenüber wichtigen Bezugspersonen darstellt, sollte das Ansprechen abgewehrter Aggressionen sehr vorsichtig und nicht zu früh erfolgen. Eine Möglichkeit wäre, wenn der Therapeut stellvertretend für den Patienten aggressive Inhalte einbringt und sich damit auch als Modell zur Verfügung stellt.

Bei den Wünschen nach direkten Ratschlägen sollte ein Mittelweg zwischen nicht frustrieren durch Ablehnung und fördern regressiv hilfloser Tendenzen gefunden werden. Bei Anzeichen von negativer Übertragung sollte dies sofort im Hier und Jetzt angesprochen werden. Beim Auftreten von Gefühlen des Gequälts, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Ärger und Wut in der Gegenübertragung sollte der Therapeut sich zwar empathisch in den Patienten einfühlen, aber auch innerlich eine Distanz wahren, um stabil bleiben zu können.

Hauptziel in der tiefenpsychologischen (psychodynamischen) Psychotherapie ist die Bearbeitung der Selbstwertproblematik durch Integration aggressiver Triebimpulse; Ermütigung, eigene Bedürfnisse wahrzu-

Psychodynamische Auslösung depressiver Symptomatik

Disposition der Persönlichkeit
(depressiver Grundkonflikt)

Psychodynamik

situative Faktoren wie
Trennung, Verlust,
Kränkung

1. Linie

Wendung der Aggressivität gegen die eigene Person:

von:

„Du bist böse, weil Du mich verlassen hast.“

zu:

„Ich bin traurig.“

„Ich bin schuldig.“

„Ich bin schlecht.“

2. Linie

narzisstische Dekompensation:

von:

„Ich bin verletzt.“

über:

„Ich möchte Dich umbringen.“

zu:

„Ich möchte mich selbst umbringen.“

nehmen statt sie wegen der Objektverlustangst zu unterdrücken; Bearbeitung der ambivalenten Mutter- oder Vaterbindung; Ermöglichen unterbliebener Trauerprozesse. Ein weiteres Ziel ist, den Patienten von seinen hohen Ansprüchen und Idealvorstellungen von sich selbst und anderen zu entlasten.

Im Rahmen eines integrativen Behandlungsmodells zur Depression gibt es neben tiefenpsychologischer Psychotherapie auf der Grundlage zirkulärer Prozesse von biologischen und psychologischen Faktoren, neben der Psychopharmakotherapie, ausgehend vom erfahrenen Enttäuschungs-erlebnis, therapeutische Ansatzpunkte für andere Formen der Psychotherapie:

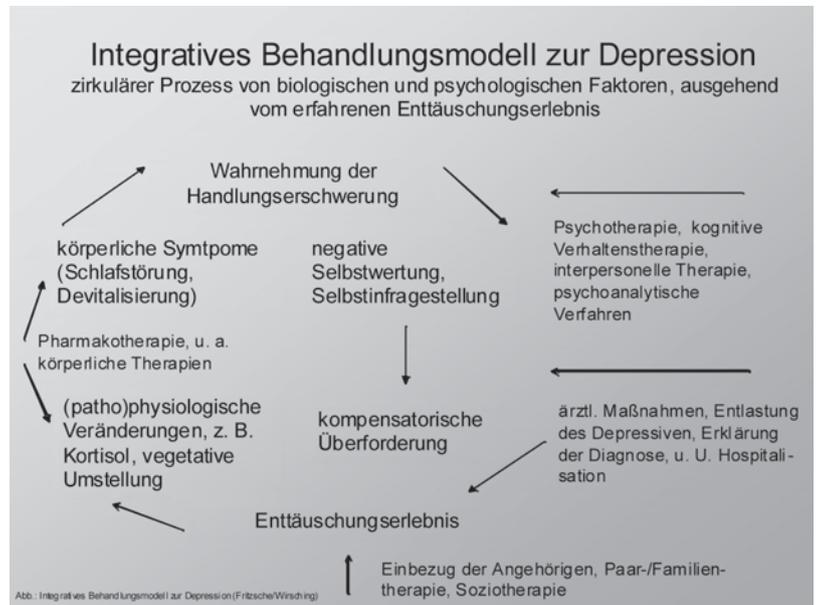
Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie hat folgende Ziele:

- Förderung angenehmer Aktivitäten, zum Beispiel Genussstraining,
- Förderung der trotz Depression vorhandenen aktiven Anteile und Kompetenzen des Patienten,
- Aufbau sozialer Kompetenzen zur Veränderung ungünstiger Interaktionen und Interaktionsstile, zum Beispiel in Form von Rollenspielen,
- kognitive Umstrukturierung zum Erkennen, Überprüfen, Korrigieren negativer und verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmungen,
- Erkennen von auslösenden aufrechterhaltenden Faktoren der Depression,
- Aufbau von Bewältigungs- und Problemlösefertigkeiten für zukünftige Krisen, zum Beispiel Erkennen des eigenen Leistungsanspruches und daraus folgende mögliche Selbstüberforderung

Interpersonelle Therapie (IPT)

IPT ist eine strukturierte Therapie und umfasst in der Regel 16 Sitzungen. Der Behandlungsfokus liegt auf dem Zusammenhang zwischen Depression und aktuelleren interpersonellen Konflikten, zum Beispiel Trennung von vertrauten Personen, nicht stattgefundenen Trauerarbeit,



Verlust einer gewohnten sozialen Rolle oder Vereinsamung.

Suizidalität

Suizidideen, Suizidversuche und Suizide sind die wichtigsten Komplikationen von Depression und deren Behandlung. Suizidalität als bedeutsames Symptom depressiver Störungen kommt weitaus häufiger vor als allgemein angenommen wird. (5) Die Diagnostik von Suizidalität ist daher vor allem bei depressiven Erkrankungen ein wichtiger Vorgang und zielt auf die Identifikation suizidaler Menschen sowie auf die Beurteilung des suizidalen Risikos („Art“ von Suizidalität sowie Ereigniswahrscheinlichkeit hinsichtlich des Eintretens suizidaler Handlungen) in der aktuellen Lebens(krisen)situation ab. Daraus folgt das Erstellen einer Kurzzeitprognose und damit die Klärung der aktuellen Situation sowie die Entwicklung von Handlungsanweisungen für das weitere Vorgehen (zum Beispiel Einweisung in eine Psychiatrische Klinik).

Als typische Merkmale im Kontakt und Verhalten suizidaler Menschen sind anzusehen: Direkte oder indirekte Suizidankündigungen, ständiges sich beschäftigen mit Todesgedanken, Suizidphantasien, Resignation und Hoffnungslosigkeit, Katastrophen- und Selbstvernichtungsträume. Äußerungen konkreter Vorstellungen über Art, Vorbereitung

und Durchführung des Suizids. Hinweise auf frühere Suizidversuche oder auf Vorkommen eines Suizides in der näheren Umgebung oder in der Familie in der letzten Zeit, Verlust jeglicher Zukunftsplanung, sozialer Rückzug, Erleben von Ausweglosigkeit und zunehmender Einengung, Aggressionshemmung mit Wendung der Aggression gegen sich selbst. Es treten auch Wünsche nach Ruhe, Hilfe, Veränderung, Rache, Ablösung auf. Emotionen von Wut, Enttäuschung und Kränkung drücken sich im Todeswunsch aus. Auffällig kann sein, eine friedliche Gelöstheit nach vorheriger Verzweiflung und Unruhe („Ruhe vor dem Sturm“). Grundsätzlich muss jedes suizidale Verhalten als Notsignal akzeptiert und in seiner subjektiven Bedeutung erarbeitet werden.

Suizidfördernde Situationen können Überforderungs- und Kränkungsituation, existentielle Bedrohung, Entbehrungstraumen, Verlust von Bezugspersonen als Trennungsdrohung oder eingetretene Trennung, Vereinsamung, chronische Arbeitslosigkeit, Rehabilitations- oder Wiedereingliederungsproblematik bei Krankheit, Enttabuisierung des Suizides, Bedürfnis nach Ruhe, Bedürfnis nach Zuwendung, verhinderte Aggressionen und Autoaggression sein.

Alle Ereignisse und Erlebnisse, die nicht mehr sinnvoll verarbeitet und bewältigt werden und damit die Gefahr der pathologischen Entwick-

lung in sich bergen, sind Zustände, die in suizidales Verhalten münden können.

Für die Planung des therapeutischen Vorgehens sind Fragen zur Einschätzung der Suizidalität wichtig:

- Liegt akute oder chronische Suizidalität vor?
- Handelt es sich um einen passiven Ruhewunsch, Todeswunsch oder ist eine aktive Handlung intendiert?
- Sind es Suizidgedanken, -absichten oder -pläne?
- Kommt der vorliegenden Suizidalität eher eine appellative oder aggressive Bedeutung zu?
- Liegen existenzielle Bedrohungsgefühle oder ein Todeswunsch oder Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder Ohnmacht vor?
- Liegen Selbstbestrafungsabsichten oder ein passives Erdulden und Erwarten vor?
- Gab es frühere Suizidversuche?
- Einschätzung der Erwartungswahrscheinlichkeit (Risiko eines Suizidversuches innerhalb der nächsten 24 Stunden oder innerhalb der nächsten sieben Tage).

Suizide sind selten Folgen von Kurzschlusshandlungen. Häufig geht dem Suizidversuch eine längerfristige Entwicklung mit Stadien der Erwägung, der Ambivalenz und der finalen Entschlussfassung voraus. Die diese Entwicklung kennzeichnende Ambivalenz bleibt häufig selbst noch im eigentlichen suizidalen Akt bestehen. 75 Prozent der Suizidhandlungen werden angekündigt.

Bei Vorliegen einer Depression sollte ohne viel Umschweifen der Patient befragt werden, ob schon Suizidgedanken bestanden haben. Der Patient fühlt sich dadurch eher erleichtert.

Entscheidend wichtig ist die seelische Bindung an eine zuverlässige Person (zum Beispiel Hausarzt, Psychotherapeut), die verfügbar ist, wenn Suizidgedanken zunehmen. (5)

Im Gespräch sollte der Therapeut ein wohlwollendes, vorbehaltloses und verständnisvolles Akzeptieren zeigen, eine Haltung: „Ich bin bereit, Dir zuzuhören.“, „Übersetzungsarbeit“ leis-

ten, Verbalisieren der Gefühle von Wut, Gekränktheit und Resignation („Reflexionshilfe“). Das „Rat geben“ oder „Mut zusprechen“ oder Verurteilen könnte den Suizidenten in die Lage bringen, seine als ausweglos empfundene Situation verteidigen zu müssen und ist daher unbedingt zu vermeiden.

Bei akuter Suizidalität ist eine sofortige Klinikeinweisung dringend erforderlich. Bei latenter Suizidalität und vorhandener Paktfähigkeit: Überweisung an einen Facharzt mit fester Terminvereinbarung und weitgehendes Betreuungsangebot unterbreiten. Wenn im ärztlichen Erstkontakt durch das Vorliegen einer Suizidalität eine Überforderungssituation besteht, sollte der Patient an einen Psychiater oder Psychotherapeuten oder an die Ambulanz einer Psychiatrischen Klinik überwiesen werden.

Literatur beim Verfasser
Prof. Dr. med. habil. Günter Plöttner
Leipzig