

Die Pole des Saturn ... Depression und Bipolarität

Frank Rettweiler

PRAXIS FÜR SYSTEMISCHE PSYCHOTHERAPIE, HYPNOSE UND BERATUNG

Allerheiligenstraße 43

67346 Speyer-Altstadt, Kernstadt-Süd

<http://www.hypno-systemische-psychotherapie.de>



Himmelhoch jauchzend...



... zu Tode betrübt ...



Wieso konnte das geschehen?

unfassbar

Keine Hinweise auf Suizidgefahr

Keiner hat Anlass gehabt, zu glauben, dass Robert an einer Krankheit litt

Liebenswert, offen, bescheiden

Schubweise schwere Depression

Seelenfinsternis

Episodenhaftes Auftreten und symptomfreie Phasen

Ein Selbstmord zeichnete sich nicht ab

Eine Indikation für eine Zwangseinweisung bestand nicht

Wieso konnte man das nicht erkennen?

Dass ein Mensch es nicht wagte, über seine Depression zu sprechen, weil die Gesellschaft das nicht akzeptiert.

Unglaubliche Ausstrahlung

leistungsstark

Versagensangst

Verlierer werden aussortiert

Tabuisierung

Doppelleben

Gespaltenes Bild

Er fürchtete man könnte uns unsere Adoptivtochter Leila wegnehmen ...

Einen stationären Aufenthalt habe Enke stets abgelehnt

Ihn vor sich selbst zu schützen

Robert Enke



... hin- und hergerissen zwischen Manie und Depression

- Prolog
 - Diagnostik und Klassifikation
 - Verlaufsformen affektiver Störungen
 - Symptomatologie
 - Neurobiologisches Modell
 - Ätiologiemodell
 - Neurobiologie
 - Phasen
 - Therapie
 - Pharmakotherapie
 - Psychotherapie am Beispiel der kognitiven Therapie
-

Exkurs

- Bipolarität und Kunst
- Erfahrungsbericht(e)

- In Deutschland **sind mindestens 2 Millionen** Menschen an einer Bipolaren Störung **erkrankt**.
- Mindestens **20 %** der Betroffenen unternehmen einen **Suizidversuch**, **15 %** versterben am Suizid. Die **Mortalitätsrate** liegt damit **zwei- bis dreimal höher** als im Bevölkerungsdurchschnitt!
- Bipolare Störungen werden unverändert unterdiagnostiziert: Schätzungsweise wird bei weniger als 50 % der Betroffenen je die korrekte Diagnose gestellt.
- Die Erkrankung hat einen gravierenden Einfluss auf die Lebensperspektive und die soziale Stellung. Die Betroffenen und ihre Familien benötigen umfassende Unterstützung.
- Im Schnitt vergehen 10 Jahre zwischen erster Krankheitsepisode, korrekter Diagnose und Beginn einer adäquaten Therapie.

Quelle: DGBS

Data from the United States on lifetime prevalence varies, but indicates a rate of around **1 percent for Bipolar I**, **0.5 to 1 percent for Bipolar II or cyclothymia**, and between 2 and 5 percent for subthreshold cases meeting some, but not all, criteria.

Quelle: wikipedia



Mit Manien und der bipolaren Störung sind oft **Kreativität und hohe Schaffenskraft** verbunden. Viele Kreative, Schriftsteller, Musiker und Künstler litten und leiden an dieser Störung.

Quelle: DGBS

- Die Wahrscheinlichkeit, in seinem Leben an einer bipolaren affektiven Störung zu erkranken (**Lebenszeitrisiko**), liegt in den unterschiedlichsten Ländern **bei 10 bis 16 %**. Es besteht kein Unterschied des Erkrankungsrisikos zwischen Männern und Frauen.
- **Das Risiko, eine hohe Phasenfrequenz** (schneller Wechsel zwischen gehobener und gedrückter Stimmung) **zu entwickeln, steigt mit der Dauer der Erkrankung**. Etwa 10 % der Betroffenen entwickeln Krankheitsformen mit vier und mehr Episoden pro Jahr. Dies geht mit einer ernsteren Prognose einher. Ersten Untersuchungen zufolge scheinen 80 % der so genannten Rapid Cyclers Frauen zu sein. Etwa ein Drittel der Patienten erreichen im Rahmen ihrer Erkrankung keine Vollremission (symptomfreies Intervall).
- **75 % der Patienten erleiden ihre erste Krankheitsepisode bis zum 25. Lebensjahr**. 10 % bis 15 % der Betroffenen durchleben mehr als 10 Episoden in ihrem Leben. 39 % der Patienten haben eine weitere psychiatrische Diagnose.
- Die sozioökonomischen Auswirkungen von affektiven Störungen auf die Volkswirtschaft belaufen sich allein in den USA auf 45 Milliarden Dollar (Studie von 1991). **Bipolare Störungen gehören laut WHO zu den 10 Krankheiten, die weltweit am meisten zu dauernder Behinderung führen.**
- **Ungefähr 25 % bis 50 % aller bipolar Erkrankten unternehmen mindestens einen Suizidversuch**. Etwa 15 % bis 30 % der Patienten suizidieren sich.

Quelle: Wikipedia

Die bipolare Störung im Spiegel der Zeit

„manisch-depressives Irresein“
(Emil Kraepelin Ende des 19. Jahrhundert)

„manisch-depressive Psychose“

„manisch-depressive Erkrankung“

„manisch-depressive Krankheit“

gestern

heute

„Bipolare Störung“

„bipolare Psychose“

„affektive Psychose“

„manische Depression“ (umgangssprachlich)

„Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“

**„Unberechenbar und
unwiderstehlich“**

„Genie und Wahnsinn“

„Seelenfinsternis“

„Zwei Seelen wohnen ach in meiner Brust“

„Ich kann fliegen (wie Ikarus)“

„Der Seele dunkle Pfade“

„Dunkelheit ist in mir, ich spüre nichts“

„Die dunkle Nacht der Seele“

„Immer wieder Achterbahn“

Eine erste vage Annäherung... Die Symptome

Typische Symptome in der Manie

- unbegründet gehobene Stimmung
- „Ideensturm“,
- teilweise auch Gereiztheit
- rastlose Aktivität und Unruhe
- Wenig Schlafbedürfnis
- Rededrang
- Verlust sozialer Hemmungen
- Unkontrollierter Umgang mit Geld, Alkohol

Typische Symptome in der Depression

- Schwermut, Freud- und Mutlosigkeit, Interessenverlust
- Gesteigerte Ermüdbarkeit
- Grübeln, Verlust des Selbstvertrauens
- Ängste, Pessimismus
- Schuldgefühle
- Vermindertes Konzentrationsvermögen



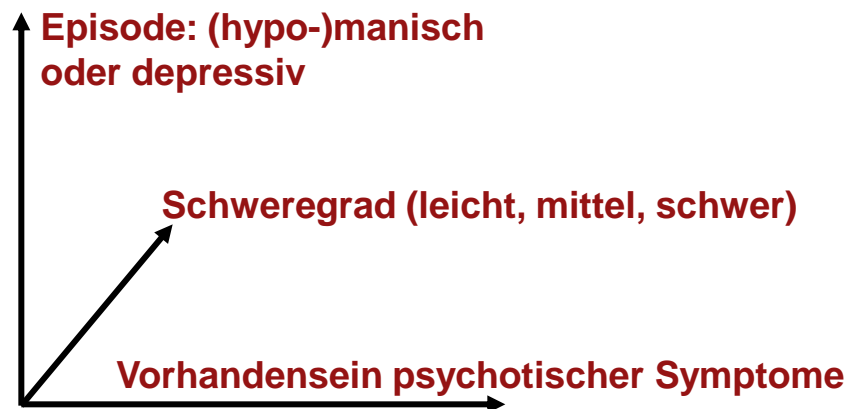
Diagnostische Kriterien nach ICD-10 bipolare affektive Störung

F31.0	gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	gegenwärtig manische Episode, ohne psychotische Symptome
F31.2	gegenwärtig manische Episode, mit psychotischen Symptomen
F31.3	gegenwärtig mittelgradige oder leichte depressive Episode
F31.30	ohne psychotische Symptome
F31.31	mit psychotischen Symptomen
F31.4	gegenwärtig schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome
F31.5	gegenwärtig schwere depressive Episode, mit psychotischen Symptomen
F31.6	gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	gegenwärtig remittiert
F31.8	andere
F31.9	nicht näher bezeichnete

Definition ICD-10

- Störung, die durch **wenigstens zwei Episoden** charakterisiert ist, **in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört** sind.
- Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (**Hypomanie oder Manie**), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (**Depression**).
- Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

Dimension im Rahmen der Klassifikation



Affektive Störungen

Depressive Störungen (unipolar)

**Eine oder mehrere depressive
Episoden oder dysthyme
Symptomatik**

- Major Depression;
einzelne Episode
- Major Depression;
rezidivierend
- Dysthyme Störung

Bipolare Störungen (manisch-depressiv)

**Mindestens eine manische oder
sich abwechselnde manische,
hypomane und depressive
Episoden bzw. zylothyme
Symptomatik**

- Bipolar-I-Störung
- Bipolar-II-Störung
- Zylothyme Störung

Bipolar Schizoauffektiv

Bipolar I Störung

Bipolar II Störung

Zyklothymia

Zyklothymes Temperament

Schizoauffektive Störung: psychische Störung, die Symptome der Schizophrenie und der manisch-depressiven Störung (bipolaren affektiven Störung) in sich vereint.

Bipolare Störung: Störung mit episodischen, willentlich nicht kontrollierbaren und extremen Auslenkungen des Antriebs, der Aktivität und der Stimmung, die weit außerhalb des Normalniveaus in Richtung Depression oder Manie schwanken.

Als **Bipolar I:** i.d.R. 7 bis 14 Tage andauernde manische Episode (Hochphase), gefolgt von mindestens einer depressiven Episode.

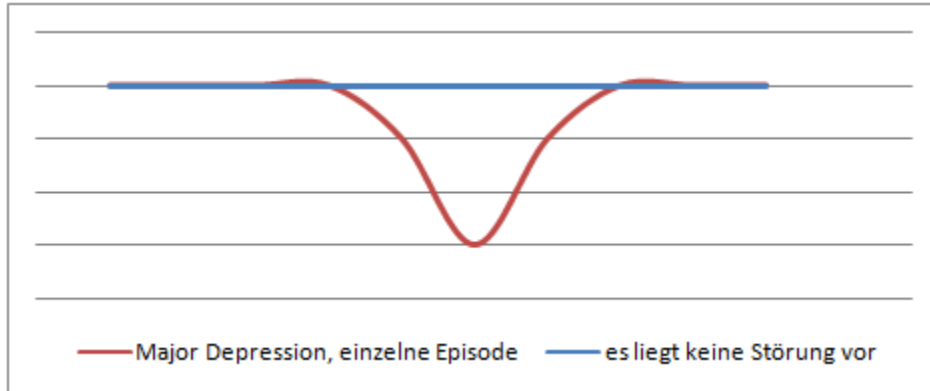
Bipolar II mindestens 14 Tage andauernde depressive Episode, gefolgt von mindestens einer Hypomanie (leichtere Form der Manie).

Zyklothymia ICD-10: mindestens zwei Jahre lang leichte manische und depressive Schwankungen, die allerdings immer noch deutlich über den normalen Stimmungsschwankungen liegen.

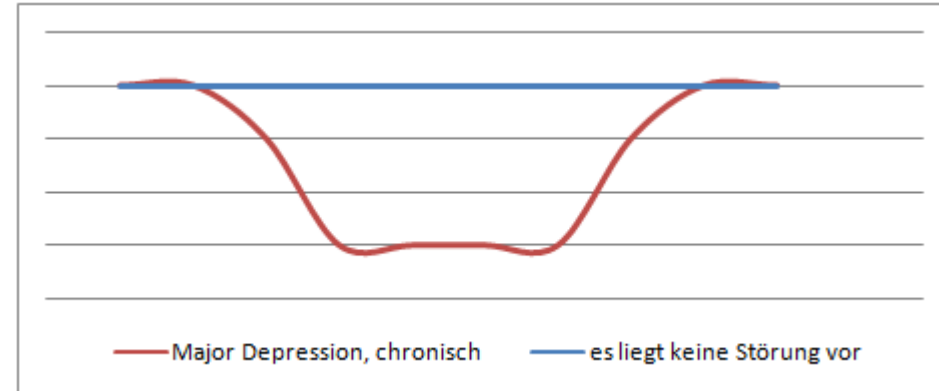
Nach ICD-10 wird die Zyklothymia nicht zur bipolaren Störung gerechnet.

Major Depression – typische Verläufe

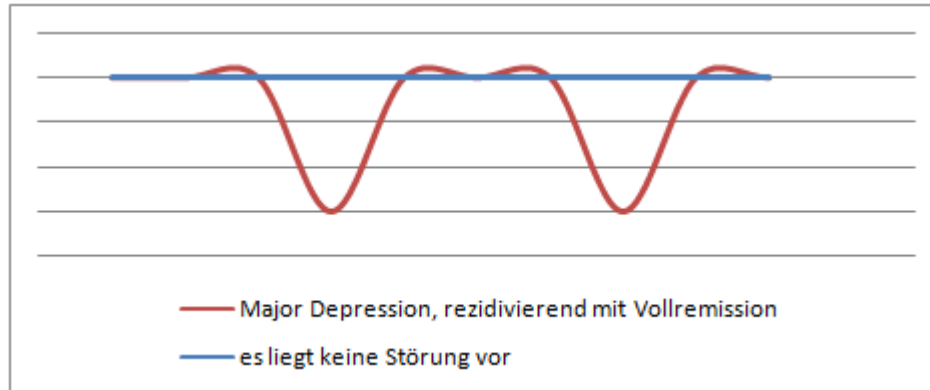
einzelne Episode



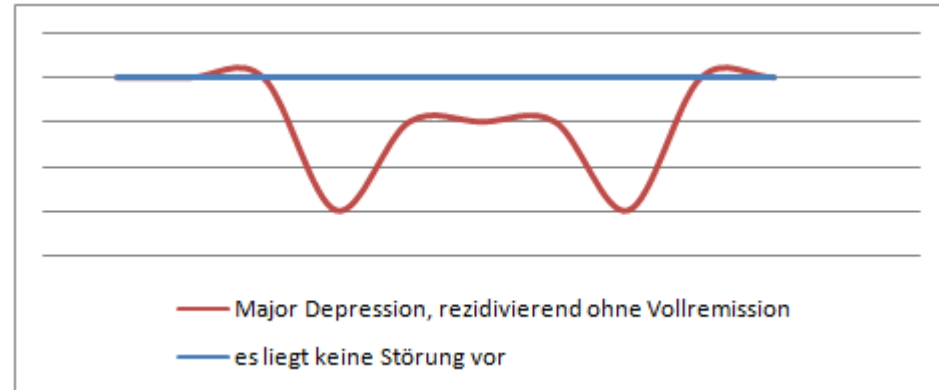
chronischer Verlauf



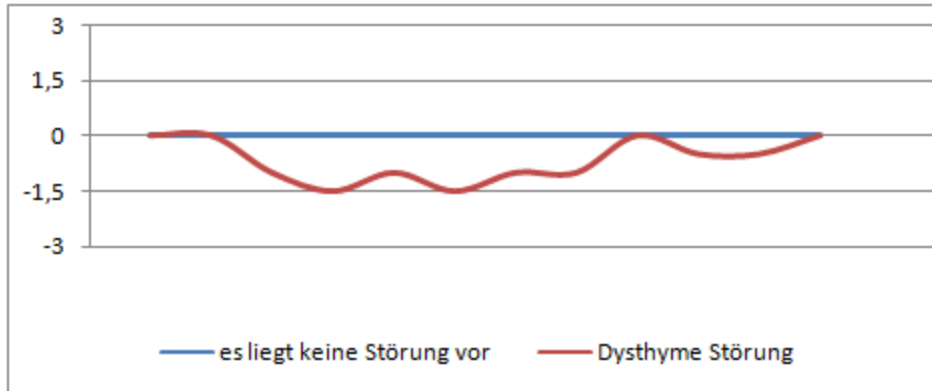
rezidivierend, Vollremission



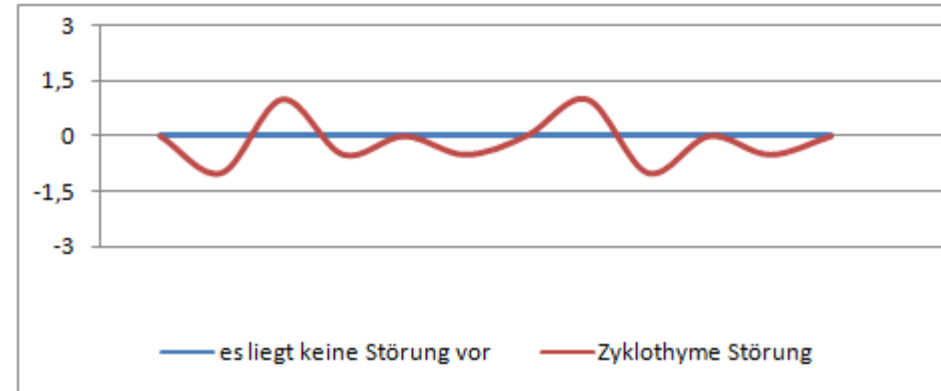
rezidivierend, ohne Vollremission



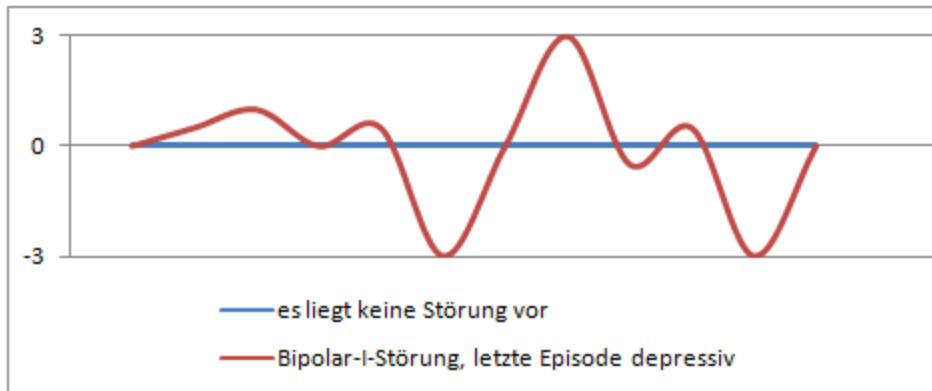
Dysthyme Störung



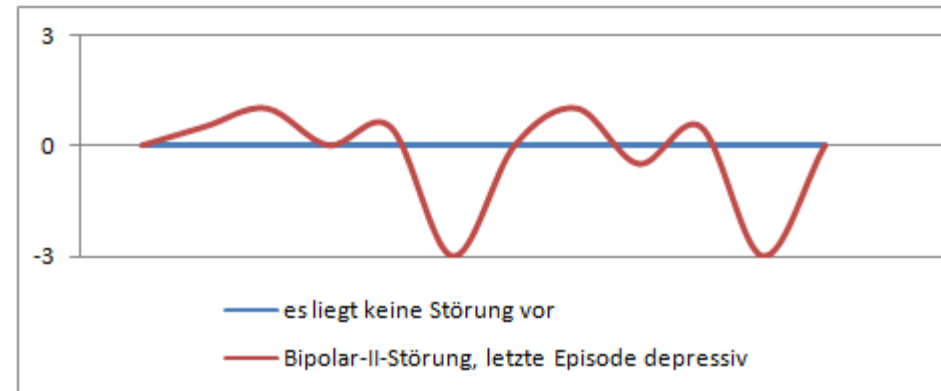
Zyklothyme Störung



Bipolar-I-Störung



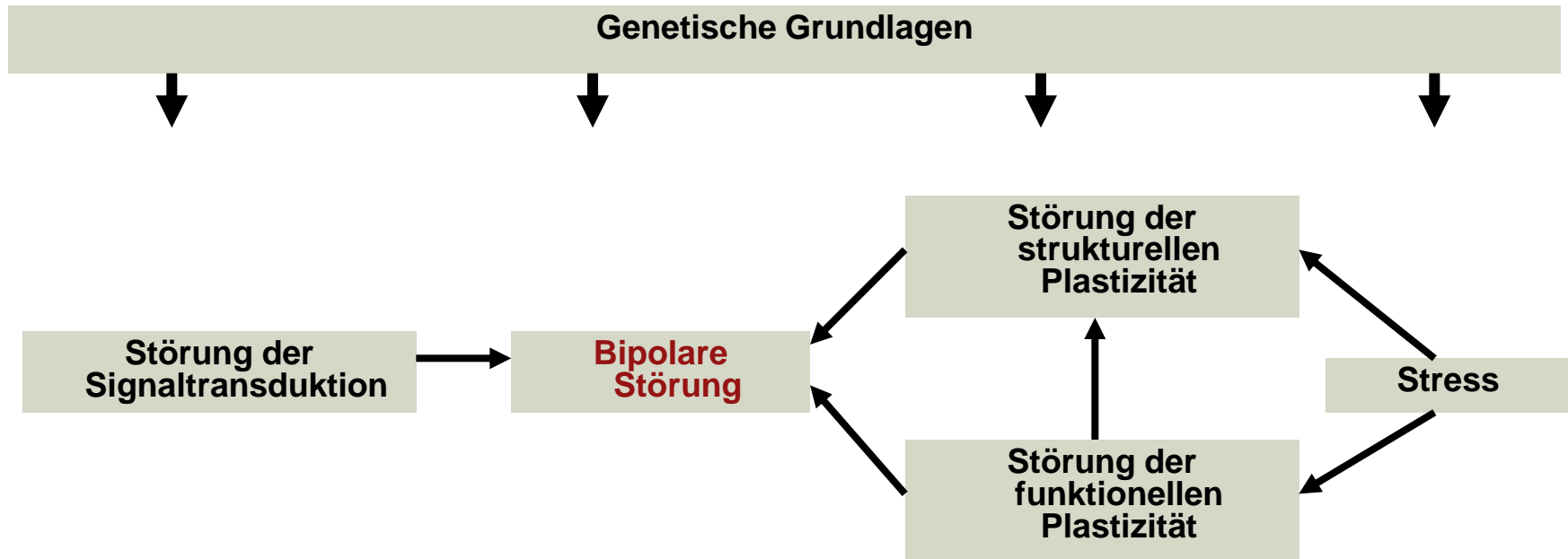
Bipolar-II-Störung



Verhalten / Motorik / Erscheinungsbild	emotional	physiologisch- vegetativ	imaginativ- kognitiv	motivational
Körperhaltung kraftlos gebeugt spannungsleer Verlangsamung der Bewegungen Agitiertheit nervös zappelige Unruhe Händereiben	Gefühl von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, innere Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst, Sorgen, Gefühl der Gefühllosigkeit und Distanz zur Umwelt	innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tages- und jahreszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterfühligkeit, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden)	negative Einstellung gegenüber sich selbst (als Person, den eigenen Fähigkeiten und dem eigenen Erscheinungsbild) und der Zukunft (z.B. imaginierte Vorstellung von Sackgasse, schwarzem Loch), Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Einfallarmut, mühsames Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafen oder Katastrophen, Wahnvorstellungen, rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweg- und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen	Misserfolgsorientierung, Rückzugs- bzw- Vermeidungsverhalten, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht- Kontrolle und Hilflosigkeit, Interessenverlust, Verstärkerverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen
Gesichtsausdruck traurig weinerlich besorgt herabgezogene Mundwinkel vertiefte Falten maskenhaft ersarrte				
Sprache leise monoton langsam				
Aktivierungshemmung bis zum Stupor wenig Abwechslung eingeschränkter Bewegungsradius Problem bei der praktischen Bewältigung alltäglicher Anforderungen				

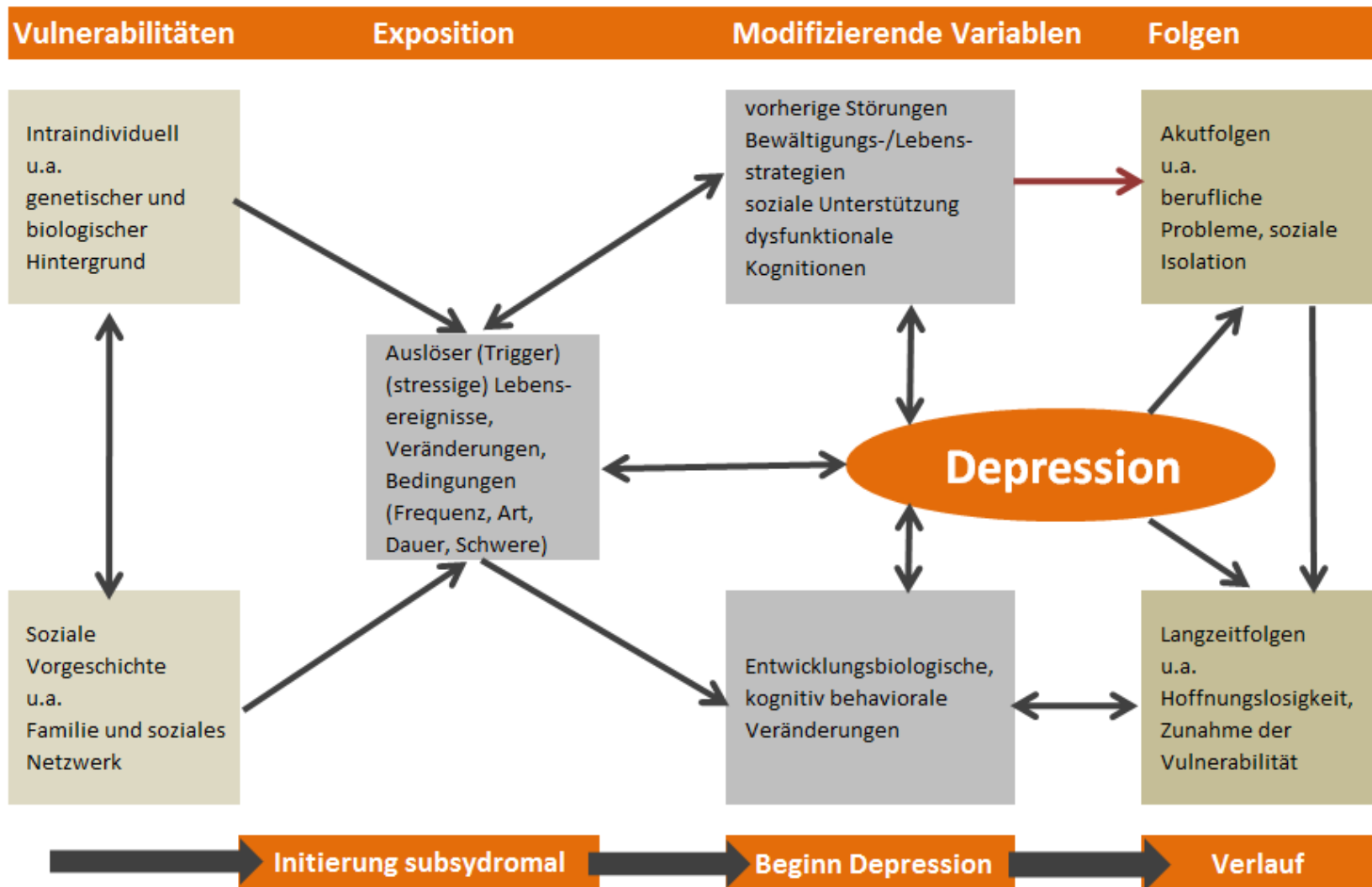
Quelle: Handbuch bipolare Störungen

Verhalten / Motorik / Erscheinungsbild	emotional	physiologisch-vegetativ	imaginativ-kognitiv	motivational
<p>Körperhaltung: kraftvoll, aufrecht, gespannt, auf dem Sprung, unruhig, hektisch, zappelig, getrieben, kann nicht still sitzen, herumlaufen, starke Gestik</p> <p>Gesichtsdruck: lebendig, viel Mimik, übertrieben und aufdringlich</p> <p>Sprache: laut, drängend, deftig, beleidigend, unterbrechend</p> <p>Aktivität: gesteigert, wechselnd, unruhig, ruhelos, wenig zielgerichtet, überrollend, erdrückend, bedrängend, unterhaltsam, im Mittelpunkt, vermehrte Geldausgaben</p>	<p>Stimmung erhoben, expansiv, gereizt, enthemmt, lustig, überzogen, positiv, angstfrei, gesellig, sorglos, optimistisch</p>	<p>erregt, hektisch, unter Strom, ohne Ermüdung, angespannt, ohne (wenig) Schlafbedürfnis, wenig Schlaf, kaum Appetit, Gewichtsverlust, beschwerdefrei, gesteigerte Libido, sexuell überaktiv</p>	<p>positive Einstellung gegen sich selbst, den eigenen Fähigkeiten und der Zukunft, unbändiger Optimismus, Gedankenrasen, Konzentrationprobleme, schlechte Problemlösefähigkeit, Größenideen, wahnhaftes Selbstüberschätzung, verantwortungslos, kann Risiken schlecht bzw. nicht einschätzen, grandiose Wahrnehmungsverzerrung</p>	<p>voll Energie, erfolgsorientiert, expansiv, konfrontativ, nicht vermeidend, übertriebenes Interesse, entschlossfreudig, unabhängig, egoistisch</p>
			<p>Quelle: Handbuch bipolare Störungen</p>	



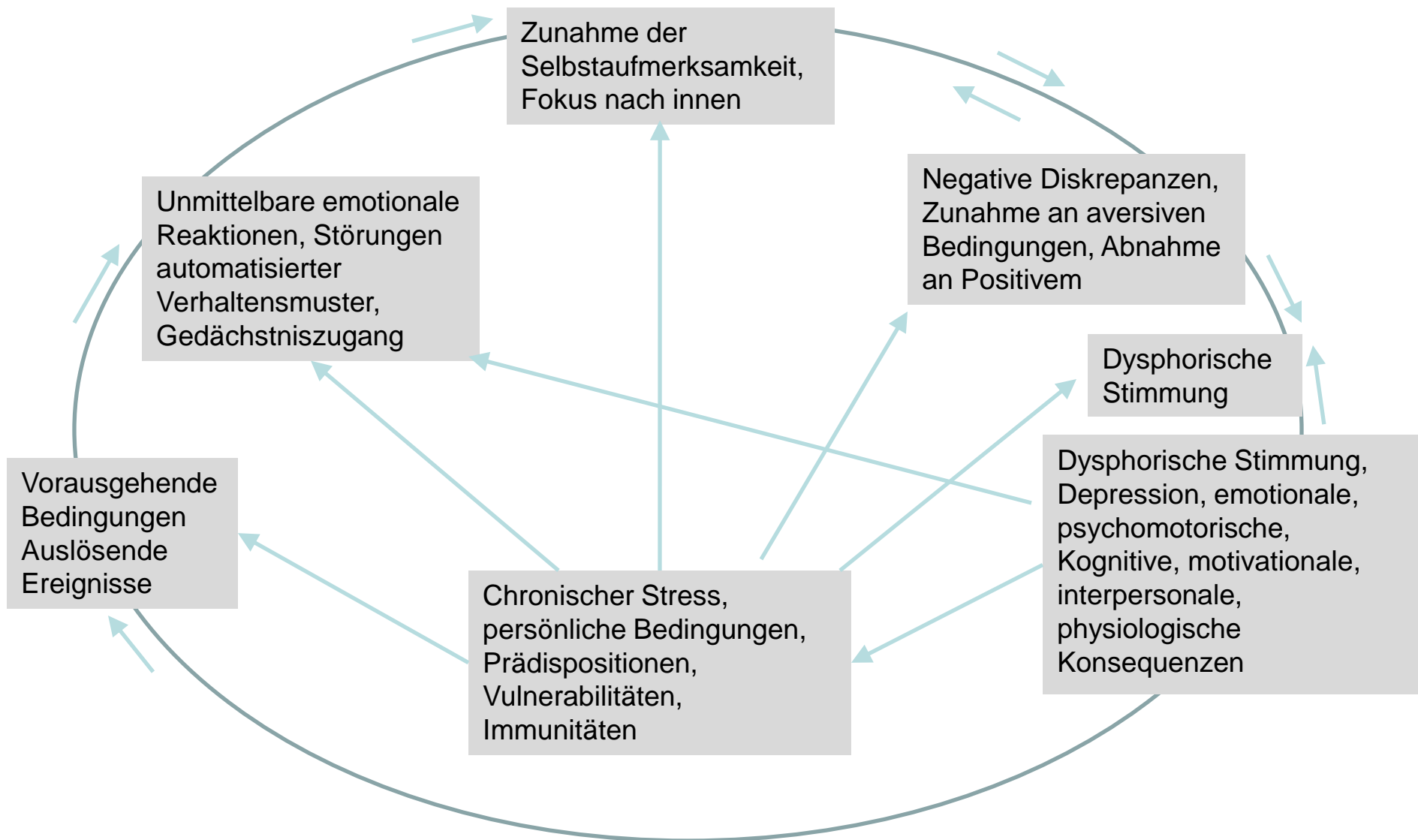
Signaltransduktion: Signalübertragung oder Signalübermittlung; Prozesse, mittels derer Zellen auf äußere Reize reagieren, diese umwandeln und in das Zellinnere weiterleiten

Plastizität: Eigenschaft von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen, sich in Abhängigkeit von der Verwendung in ihren Eigenschaften zu verändern.
Synaptische Plastizität: Begriff, der die aktivitätsabhängige Änderung der Stärke der synaptischen Übertragung beschreibt.



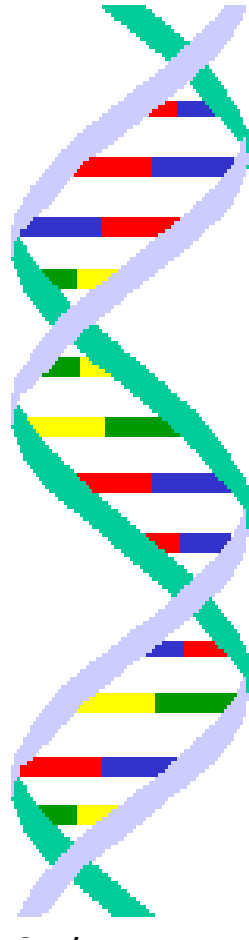
Konzeptuelles Ätiologiemodell der Depression

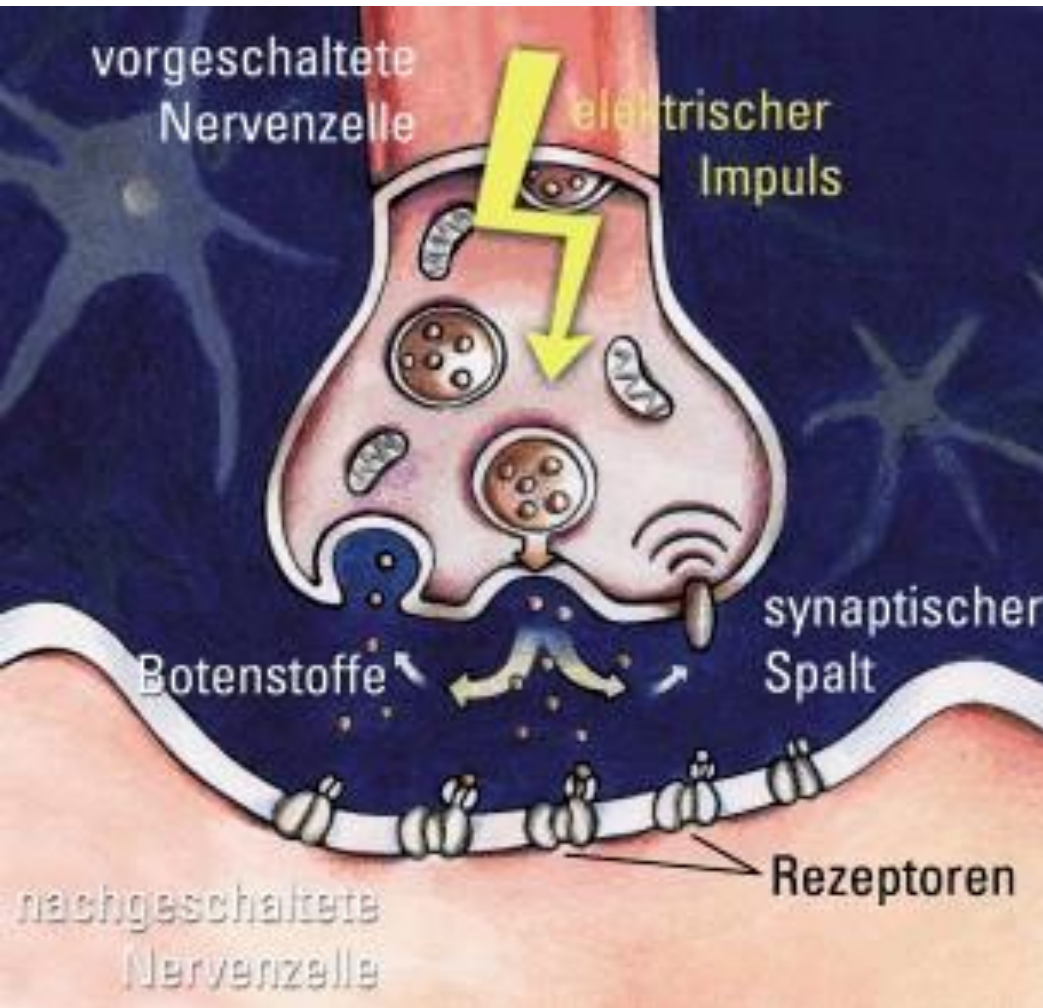
Quelle: Wittchen/Hoyer



Eine Frage der Gene ...

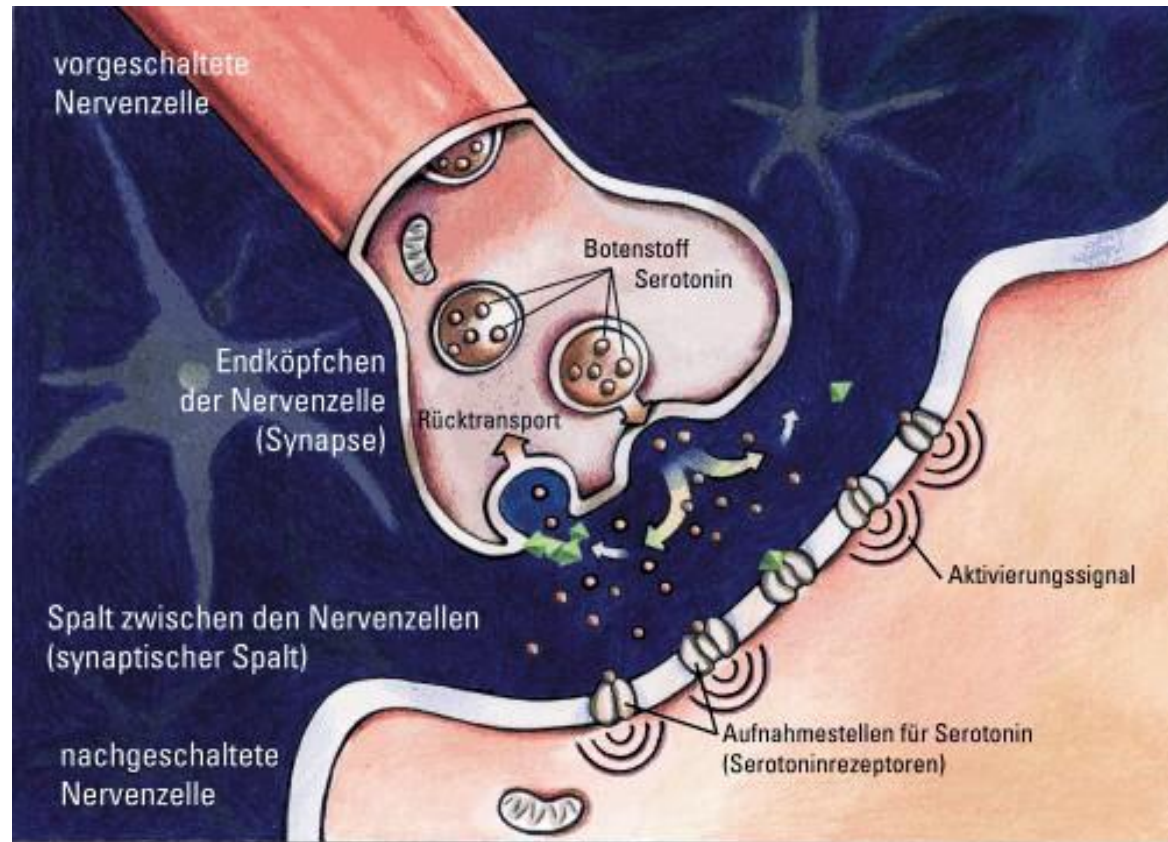
- **Bipolare Störungen sind bis zu einem gewissen Grad erblich vererblich.**
Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Verwandte ersten Grades von Menschen mit einer Bipolar-I-Störung ebenfalls daran erkranken, ist siebenfach erhöht.
- **Bipolare Erkrankungen sind keine klassischen, reinen Erbkrankheiten.**
Dennoch tragen Gene zum Erkrankungs-risiko bei (Veränderungen auf **Chromosomen 18, 4 und 21**). z. B.
 - **Gen, das auf Wirkungen von Stress auf das Nervensystem Einfluss ausübt.**
 - **genetische Codierungen für das episodenhafte Denken**
 - **Gen, das für Stoffe zur Ausbildung von Nervenscheiden verantwortlich ist**
 - **Gene für Monoaminoxidase (MAO), für Serotonin-Transport, für den Aufbau des Noradrenalin-Stoffwechsels sind ebenfalls betroffen**
- **Kommen viele solcherart wirkende Gene bei einer Person zusammen, so hat sie eine große Disposition, bei auslösenden Faktoren an der bipolaren Störung zu erkranken.**





- Die **Neurotransmitter** zeigen bei Bipolaren **mengenmäßige Abweichungen** von dem Zustand bei Nichtbetroffenen.
- Besonders die Überträgerstoffe **Serotonin, Dopamin und Noradrenalin** sind relevant.
- Eine **Depression** wird durch einen Mangel der Neurotransmitter **Noradrenalin und Serotonin** begünstigt.
- Außerdem ist bei Depressiven die **Empfindlichkeit und Dichte der Rezeptoren**, auf die die Neurotransmitter einwirken, verändert.
- Eine **Manie** wird von einer erhöhten Konzentration der Neurotransmitter **Dopamin und Noradrenalin** begünstigt.
- Auch der **Stresshormon-Gehalt** im Blut Erkrankter scheint erhöht zu sein (**Cortisol, Adrenalin, Noradrenalin**).

1. Nervenimpuls einer Nervenzelle kommt an der Verbindungsstelle an; Serotonin wird ausgeschüttet
2. Serotonin dockt an den Verbindungsstellen an
3. Aktive Rezeptoren schicken Regulationssignale an ihre Zelle
4. Rücktransporter pumpen Serotonin zurück in das Zellinnere



Angriffspunkt der SSRI:

- **Blockierung des Rücktransporters**
- **Mehr Serotonin steht zur Verfügung**

Erich Fromm (Haben und Sein)

Habenorientierung u.a.

- Gewinn- / Profitorientierung
- Macht
- Status
- Bedürfnis nach neuen Reizen
- Gier / Habsucht
- Illusion (von Unveränderlichkeit)
- „Ich bin das, was ich habe“
- „Es hat mich“ (Abhängigkeit)



- Vorherrschen der Besitzorientierung
- Pathologisch, wenn es dominierend bleibt



- Der ausschließlich mit Haben beschäftigte Mensch ist psychisch krank und neurotisch (anale Charakterstruktur)

Rüdiger Dahlke (Depression)

u.a.

- Globalisierung
- Konkurrenzkampf
- Wirtschaftliche Depression
- Materielle Übersättigung
- Konflikte im Beziehungsleben
- Individualismus statt Individuation
- „Ego-Tipp“
- Enttäuschungen und Sinnverlust
- Fehlende Auseinandersetzung
- Verdrängung von Sterben und Tod



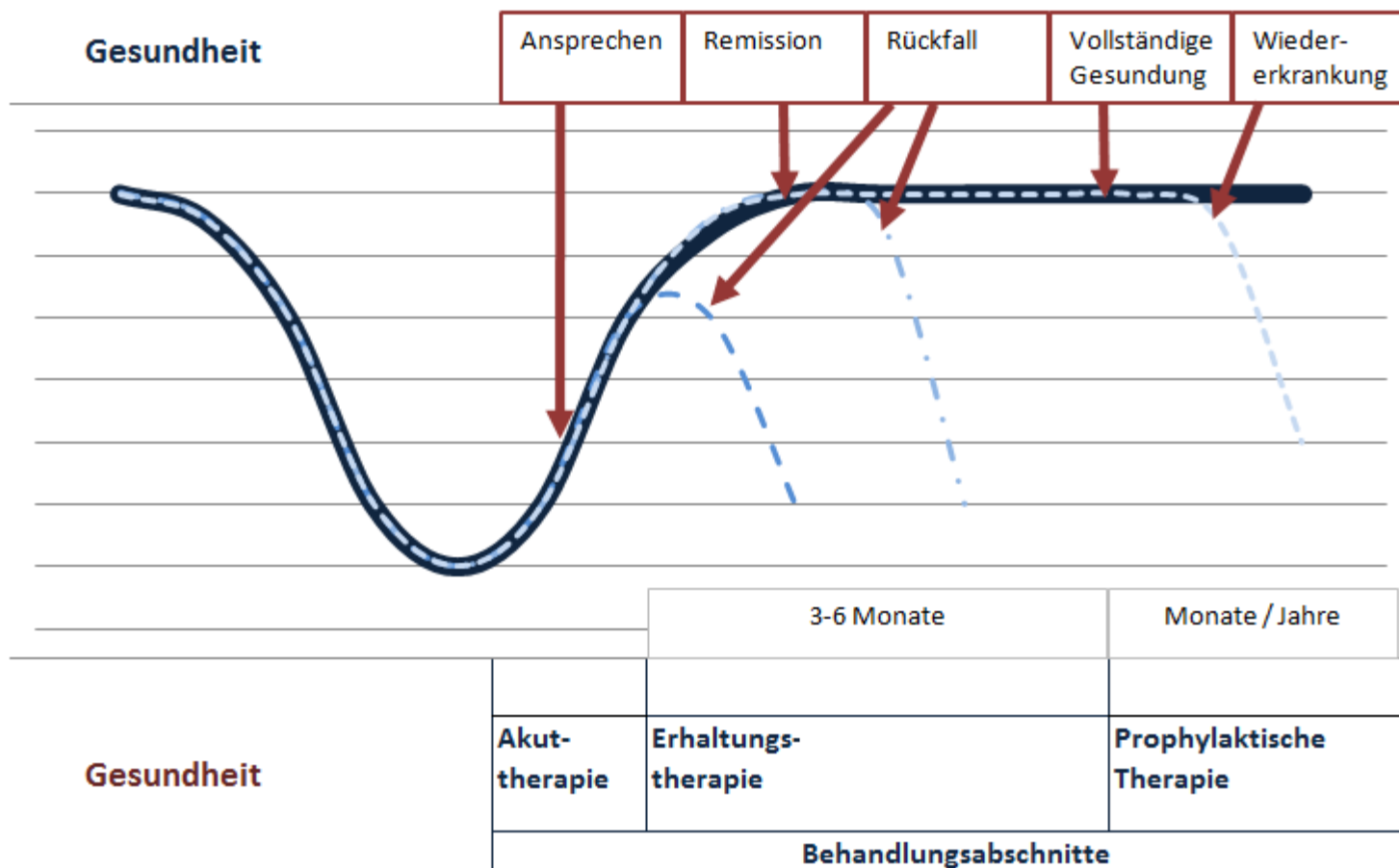
- Stress
- Traumata
- Verlust von Lebenssinn
- Fehlende Selbstverwirklichung
- Arbeitssucht
- Überlastung

Anselm Grün (Depression)

u.a.

- Sich selbst nicht ausstehen können
- Seelisch blockiert sein
- Trauer
- Sich selbst nicht genügen
- Zu sensibel für diese Welt sein
- Sich ekeln vor dem Leben
- Erfolgreich und depressiv
- Im negativen inneren Zwiegespräch
- In alten Mustern gefangen sein
- Im Leben nicht heimisch sein
- Unerfüllten Wünschen nachhängen
- Vom erlittenen Verlust gelähmt
- Keine Ruhe finden
- Sehnsucht nach Innerlichkeit und Tiefe

Phasen der Behandlung



Akuttherapie	Erhaltungstherapie	Rückfallvorbeugung
Pharmakotherapie	Pharmakotherapie (ggf. reduziert)	Pharmakotherapie (reduziert)
Wachtherapie		
Magnetsimulationstherapie		
Elektrokonvulsionstherapie		
	Psychotherapie	Psychotherapie

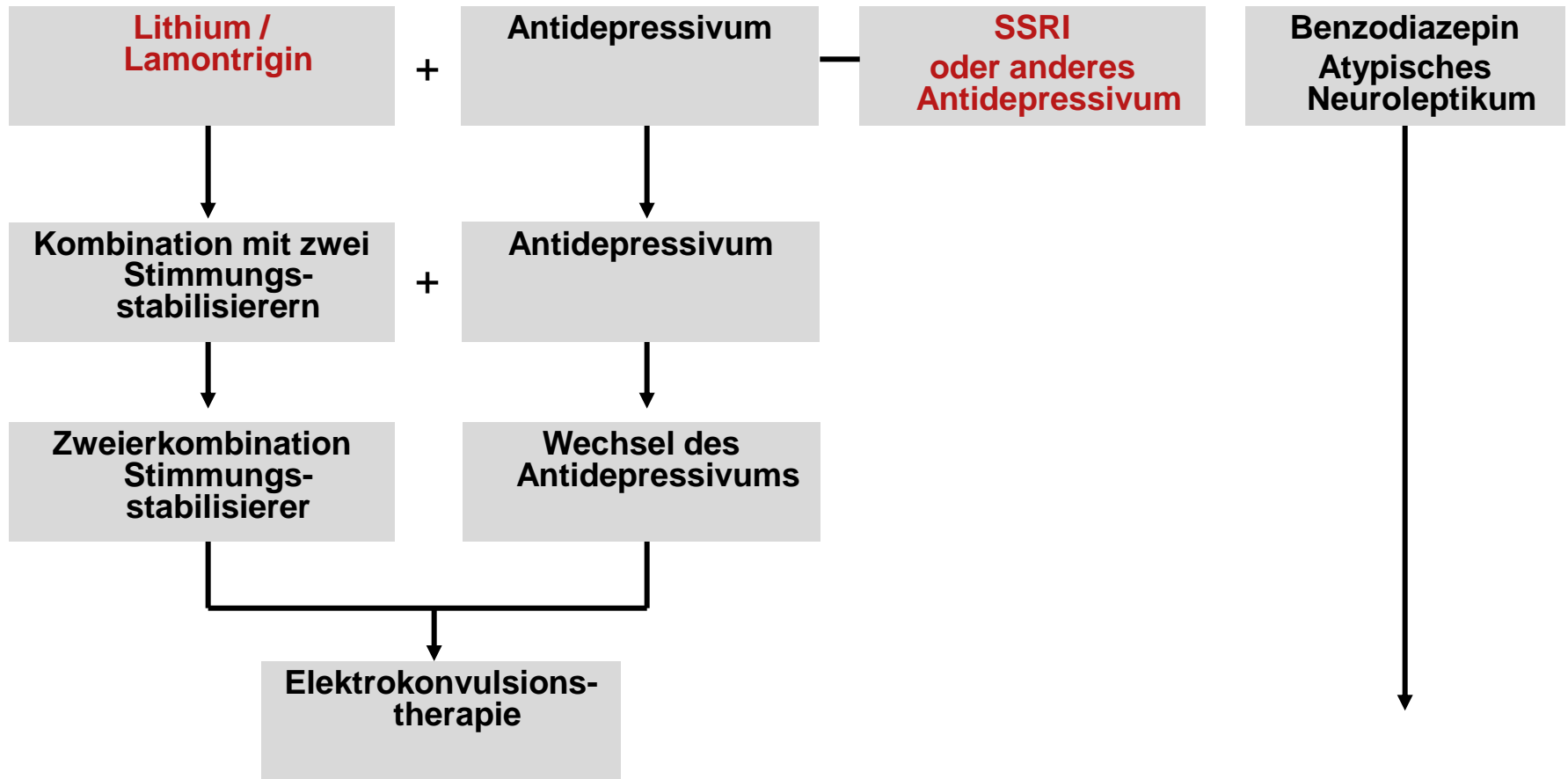
Psychotherapie

supportive Psychotherapie

Einzel- und Gruppentherapie

Ziel: mit der Krankheit umgehen; Warnzeichen erkennen

Algorithmus der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS)



Medikamente zur Behandlung depressiver Störungen		
Kategorien		Substanz
Ältere Antidepressiva		
TZA	Trizyklische Antidepressiva	Imipramin (z.B. Tofranil) Amitriptylin (z.B. Saroten)
MAOI	Monaminoxidasehemmer	Moclobemid (z.B. Aurorix)
Antidepressiva der zweiten Generation		
SSRI	Selektiver Serotonin-wiederaufnahmehemmer	Fluoxetin (z.B. Fluctin) Paroxetin (z.B. Seroxat)
SNRI	Selektiver Serotonin- und Noradrenalin-wiederaufnahmehemmer	Venlafaxin (z.B. Trevilor)
NaRI	Noradrenalin-wiederaufnahmehemmer	Reboxetin (z.B. Edronax)
NaSSA	Noradrenerg und spezifisch serotonerges Antidepressivum	Mirtazapin (z.B. Remergil)
Pflanzliche Antidepressiva		
Hypericum perforatum		Johanniskraut (z.B. Jarsin)



■ Wir sind, was wir denken.
 Alles, was wir sind, entsteht aus unseren Gedanken.
 Mit unseren Gedanken erschaffen wir unsere Welt.
 Buddha

■ „Die Menschen werden nicht durch die Ereignisse sondern durch ihre Sicht der Ereignisse beunruhigt“
 Epiktet, Philosoph (Stoa)



■ Achte auf deine Gedanken... sie formen deine Worte. Achte auf deine Worte... sie formen deine Handlungen. Achte auf deine Handlungen... sie werden zu Gewohnheiten. Achte auf deine Gewohnheiten... sie werden zu deinem Charakter. Achte auf deinen Charakter... er wird zu deinem Schicksal
 Talmud

■ „Die spirituelle Praxis des Buddhismus ... legt uns nahe, uns frei zu machen von den eigentlichen Ursachen des Leids, denen wir ...fast wie einer Droge verfallen sind. Letztlich hat all dies Leid seinen Ursprung in jener Verwirrung des Geistes, die unsere Klarheit und Urteilsfähigkeit trübt. Daher gibt es für uns bloß ein Mittel, dem Leid entgegenzuwirken – indem wir eine korrekte Wahrnehmung der Wirklichkeit entwickeln und einen geistigen Wandlungsprozess durchlaufen.“
 Matthieu Ricard („Meditation“)



Buddhismus

Taoismus

Talmud

Stoa

Thesen

- menschliche **Gefühle beruhen auf Vorstellungen**
- die Kontrolle selbst intensivster Gefühle kann durch Änderung der Vorstellungen bewirkt werden

Kognitive Therapie (Beck)

- Die Kognitionen des Patienten stellen eine Synthese innerer und äußerer Stimuli dar.
- **Kognitionen bilden den Bewußtseinsstrom des Menschen oder das phänomenale Feld, das die Auffassung des Menschen von sich selbst, seiner Welt, seiner Vergangenheit und Zukunft widerspiegelt.**
- Inhaltliche Veränderungen der grundlegenden kognitiver Struktur eines Menschen beeinflussen seinen Gefühlszustand und seine Verhaltensmuster.
- Im Verlauf einer psychologischen Therapie kann sich ein Patient seiner kognitiven Störungen bewusst werden.
- Die Korrektur dieser falschen, dysfunktionalen Konstrukte führt zu klinischer Besserung.

Die kognitive Therapie legt größten Wert auf die **Betrachtung von Gedanken, Gefühlen, Wünschen, Tagträumen und Einstellungen im „hier und jetzt“**

alleinige Anwendung kognitiver Therapie	Kognitive Therapie alleine nicht indiziert	Kombination von Medikamenten und kognitiver Therapie
Nichtansprechen auf zwei Antidepressiva	Vorhandensein einer Schizophrenie, organisches Psychosyndrom, geistige Retardierung, Alkohol- und Drogenabusus	Teilweise oder kein Ansprechen auf kognitive Therapie
Unzureichende Reaktion auf Antidepressiva	Medikamenteneinnahme, die Depression bedingt	Teilweise oder kein Anstreben auf adäquate Pharmakotherapie
Unzureichender Erfolg mit einer anderen Psychotherapie	Denk-, Gedächtnisstörungen oder Realitätsverkenngung	Schlechte Medikamenten-Compliance
Unipolare, nicht psychotische Depression	Manische Episoden	chronisches, intermittierend auftretendes depressives Verhalten
Depression als Reaktion auf Umweltereignisse bzw. negative kognitionen	Familäre Geschichte einer bipolaren, endogenen Depression	schwere somatische Symptome und deutliche kognitive Störungen
Leichtere somatische Störungen (Appetit, Schlaf, Gewicht, Libido)	Keine externen Ereignisse/Einflüsse feststellbar	Schlechte Gedächtnisleistung und Konzentration, psychomotorische Probleme
Beeinträchtigung von Konzentration und Gedächtnis (bei adäquatem Realitätsbezug)	Keine Hinweise auf kognitive Störungen	Starke Depression mit Suizidgefahr
Intoleranz bzw. Gefahr durch Medikation	Starke somatische Beschwerden	Verwandte ersten Grades waren manisch-depressiv

Grundmerkmale des Therapeutenverhaltens

u.a.

Empathie,

Interesse, Wärme, Direktivität,

Transparenz und Strukturiertheit,

Gesprächsverhalten,

Kooperation

Intertaktionsfähigkeit

Fachkompetenz

Problemorientierung

Benennung von Schlüsselproblemen

Einsatz von Rückmeldungen

Behandlungselemente

(1) Aufbau positiver
Aktivitäten

(2) Veränderung
von Kognitionen

(3) Verbesserung
sozialer
Fertigkeiten

(4) Erhaltung des
Therapieerfolges

- „Es sind nicht so sehr die Dinge selbst, auf die der Mensch reagiert, sondern seine spezifische Wahrnehmungen und Interpretationen, mit denen er Objekte mit spezifischen Bedeutungen versieht und dann gefühlsmäßig darauf reagiert.“



■ Persönliche Domäne

- Bild, das ein Mensch von sich selbst,
- von seiner Persönlichkeit,
- von seinem Aussehen,
- von seinen Wertvorstellungen,
- Zielen u.s.w. hat

■ Bewertung der Dinge danach, ob sie eine

- Einschränkung,
- Gefährdung oder
- Verletzung der Domäne darstellen

■ Kognitive Trias

- negatives Selbstbild
- negative Bewertung der Vergangenheit
- negative Sicht auf die Zukunft



Kognitive Muster, die den Patienten veranlassen, sich selbst, seine Zukunft und seine Erfahrungen in idiosynkratischer Weise zu betrachten



1. Negatives Selbstbild

Der Patient beurteilt sich als fehlerhaft, unzulänglich, krank oder benachteiligt. Ihm fehlen seiner Meinung nach die Eigenschaften, die notwendig sind, Glück und Zufriedenheit zu erlangen.

2. Negatives Bild der Vergangenheit

Der Patient neigt dazu, seine Erfahrungen ständig negativ zu interpretieren

3. Negative Zukunftserwartungen

Der Patient nimmt an, dass seine derzeitigen Schwierigkeiten ewig weitergehen werden.

Er erwartet Mühsal, Frustration
Benachteiligung und Fehlschläge.

Automatische Gedanken

schnell ablaufende, reflexhaft auftretende Kognitionen, die zwischen einem Ereignis und einem emotionalen Erleben ablaufen

z.B.

„Das schaffe ich nie“

„ich bin halt ein Schlappschwanz“

„Ich setze mich immer zwischen alle Stühle“

...

Kognitive Grundannahmen

typische, grundlegende Überzeugungen, Regeln und Werthaltungen („Lebensphilosophie“)

z.B.

„Ich bin ein Versager“

„Mir darf kein Fehler unterlaufen“

„Mich sollen alle lieben“

„Jemanden um Hilfe zu bitten, ist ein Zeichen von Schwäche“


„Ich bin wertlos“

„Das Leben ist ein Jammertal“

...

Quelle: Hautzinger

Schema

- Schema: Stabiles kognitives Verarbeitungsmuster
- Grundlage für die Umwandlung von erlebten Tatsachen in Kognitionen Vorstellung mit verbalem und bildhaftem Inhalt
- Reiz  Konzept der Situation
Muster
- Die Art der verwendeten Schemata bestimmt, wie die verschiedenen Erfahrungen strukturiert werden
- Ein Schema kann inaktiv sein, aber durch bestimmte Umwelteinflüsse reaktiviert werden
- In der Depression werden die Konzeptbildungen verzerrt, damit sie zu den dysfunktionalen Schemata passen
- Der Patient kann immer weniger wahrnehmen, dass seine Interpretationen irrig sind
- **In der schweren Depression ist der Patient von idiosynkratischen Vorstellungen bestimmt; er ist gesteuert von sich wiederholenden und negativen Denken**
- Ggf. Ist die idiosynkratische Organisation autonom, d.h. unabhängig von äußeren Anreizen

Dysfunktionale Grundannahmen und kognitive Interventionen

Grundannahme	Beispiel	Interventionen
Übergeneralisierung	"Wenn es in einem Fall stimmt, dann trifft es in jedem ähnlichen Fall zu"	Aufdecken der mangelhaften Logik, Definition von Kriterien, welche Fälle "ähnlich" sind
Selektive Abstraktion	"Die einzigen Ereignisse, die zählen, sind Misserfolge ... Man sollte sich an Irrtümern und Schwächen messen"	Buchführung, um bisher unbeachtete Erfolge zu identifizieren
Übertriebenes Verantwortungsgefühl	"Ich bin verantwortlich für jedes Misslingen, Versagen usw."	Reattribution, alternative Erklärungen
Annehmen einer zeitlichen Kausalität	"Wenn es in der Vergangenheit zutraf, wird es immer zutreffen"	Aufdecken der mangelhaften Logik, Benennen von Faktoren, die das Ergebnis beeinflussen können
Bezugnahme auf die eigene Person	"Ich stehe im Mittelpunkt der allgemeinen Aufmerksamkeit"	Benennen von Kriterien, wann und unter welchen Bedingungen der Patient im Mittelpunkt steht
Katastrophieren	"Denke immer an das Schlimmste. Es wird dir sicher zustoßen."	Kalkulieren realistischer Wahrscheinlichkeiten, Konzentration auf Ereignisse, bei denen nicht das Schlimmste eintraf
Dichotomes Denken	"Es gibt nur zwei Beurteilungsmöglichkeiten (schwarz/weiß, gut/schlecht)"	Demonstrieren, dass Ereignisse anhand eines Kontinuums beurteilt werden

aus Hautzinger 2000

Beobachten

- sich selbst beobachten („flow of consciousness“)
- automatisch aufkommende Gedanken notieren

Identifizieren

- Selbstgespräche werden auf ihre selbstzerstörerische Tendenz hin analysiert

Hypotheseüberprüfung

- Überprüfung der eigenen Hypothesen auf Wahrheitsgehalt

Training

- Entwicklung und Erprobung alternativer Strukturierungen



Maßnahmen bei der therapeutischen Behandlung (Auszug)

- Hilfe bei der Krisenbewältigung
- Diagnostik, Anamnese
- Analyse der Lebenssituation
- Anleitung zur Selbstbeobachtung
- Erarbeiten einer Erklärung für die Erkrankung
- Identifikation von Problembereichen
- Festlegung von Therapiezielen
- Benennung von Wegen zu Zielerreichung
- Erkennen des Zusammenhangs von Handeln und Fühlen
- Sammeln von positiven Aktivitäten
- Protokollführung
- Abbau belastender Tätigkeiten und Erfahrungen
- Maßnahmen zur Aktivierung und Strukturierung
- Erproben der neuen Strategien
- Erkennen von Hemmungen und Verhaltenslücken
- Aufbau von Fertigkeiten (Rollenspiele)



- Arbeiten am Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen
- Erkennen negativ verzerrter Denkmuster
- Erarbeitung von alternativen Denk- und Handlungsmustern
- Einüben dieser neuen Sichtweise
- Erkennen von sozialen Konflikten, Enttäuschungen und Verlusten
- Bearbeiten dieser Problembereiche, Erarbeiten von Lösungen
- Einbezug des Lebenspartners/der Familie
- Umgang mit Krisen und Schwierigkeiten

Aus: Wittchen/Hoyer

„Ein Hund hatte sich eines Tages beim Herumstreunen in einer Höhle mit vielen Gängen verirrt und befand sich plötzlich in einem großen Saal mit tausend Spiegeln. Wo er auch hinschaut, überall sieht er nur Hunde, nichts als Hunde. Erschrocken und voller Misstrauen sträubt er das Fell und weicht einige Schritte zurück. Da dies alle anderen Hunde in den tausend Spiegeln auch tun, beginnt er zu knurren, zieht die Lippen hoch und zeigt wütend seine Zähne.

Als er sich nun aber zu seinem Entsetzen dieser riesigen Zahl von wütenden , zähnefleischenden Hunden gegenüber sieht , gerät er in heillose Verwirrung. Er beginnt sich zornig im Kreise zu drehen, was die Hunde in den Spiegeln natürlich ebenfalls tun. Und so dreht er sich immer schneller, bis er plötzlich tot umfällt.

Es stellt sich hier nun die Frage, Was wäre wohl geschehen wenn dieser Hund auch nur ein einziges Mal mit dem Schwanz gewedelt hätte?“

aus: 100 Juwelen der Weisheit (Zensho W. Kopp)

Selbsthilfeorganisationen

u.a.

**Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen
e.V.**

www.dgbs.de

Horizonte e.V.

Verein zur Förderung affektiv Erkrankter

www.verein-horizonte.de

Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)

www.nmda.org

www.dbsalliance.org



Links

u.a.

www.change-of-moods.de

www.manic-depressive.de

www.bipolar-forum.de

www.lucidinterval.org

www.bipolar-info.de

www.bipolar.com

www.kompetenznetz-depression.de

Quelle: Handbuch bipolare Störungen



- Beck: Kognitive Therapie der Depression
- Hautzinger: Kognitive Verhaltenstherapie der Depression
- Assion/Vollmöller: Handbuch bipolare Störungen

- Piet C. Kuiper: Seelenfinsternis
- Solomon: Im Schatten des Saturn