

Jürgen Dümchen

Eine kurze Einführung in psychische Störungen mit dem Schwerpunkt „Depression“, „Angst“ und „Borderline“

Jürgen Dümchen ist lfd. Psychologe in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus

37. Jahrestagung der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
1.-3. Juni 2015 in Berlin
Workshop 3, Vortrag am 2.6.2015
www.dag-shg.de

Die Depressive Störung

**Gefühle von Traurigkeit,
Selbstzweifel,
Niedergeschlagenheit oder
Hoffnungslosigkeit hat fast jeder
schon einmal erlebt, zur Krankheit
werden sie erst dann wenn, sie eine
bestimmte Dauer sowie
Intensitätskriterien überschreiten**

Erstbeschreibung:

- klassisches Altertum (Ägypten, altes Testament)
- Hippokrates 400 v.Chr.: “Melancholie” (“schwarze Galle”)
- Gehäuft Beschreibungen in
Literatur und Kunst seit dem 16. Jahrhundert,
z.B. „Melencolia I“ von Albrecht Dürer (1514)

Unterschieden wird zwischen Depressionen, wo die Ursachen eher in der **Biografie** des Patienten zu finden sind – die „**neurotischen Störungen**“ – und solchen affektiven Erkrankungen, wo stärker ein **biologischer Faktor** eine Rolle beteiligt ist – die **Bipolare** oder auch **Manisch-Depressive** Erkrankung.

Emotionen

- Gefühle von Niedergeschlagenheit, Trauer
- Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit
- Schuld
- Angst und Sorgen
- Gefühl der Gefühllosigkeit

- Misserfolgsorientierung
- Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung
- Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit
- Interessenverlust, Antriebslosigkeit
- Gefühl des Überfordertseins
- Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen

- innere Unruhe, Erregung, Spannung
- Reizbarkeit
- Weinen, Ermüdung, Schwäche
- Schlafstörungen, tageszeitliche Schwankungen im Befinden
- Appetit- und Gewichtsverlust
- Libidoverlust
- allg. vegetative Beschwerden (u. a. Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen)

- Körperhaltung: kraftlos, gebeugt, spannungslos; Verlangsamung der Bewegungen; Agitiertheit, nervöse zappelige Unruhe, Händereiben o. ä.
- Gesichtsausdruck: traurig, weinerlich, besorgt; herabgezogene Mundwinkel, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrte, manchmal auch nervöse, wechselnd angespannte Mimik
- Sprache: leise, monoton, langsam

- Negative Einstellung gegenüber sich selbst und der Zukunft
- Pessimismus
- permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit,
- Einfallsarmut langsames, mühseliges Denken, Konzentrationsprobleme, Grübeln
- Wahnvorstellungen, z. B. Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen
- nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen

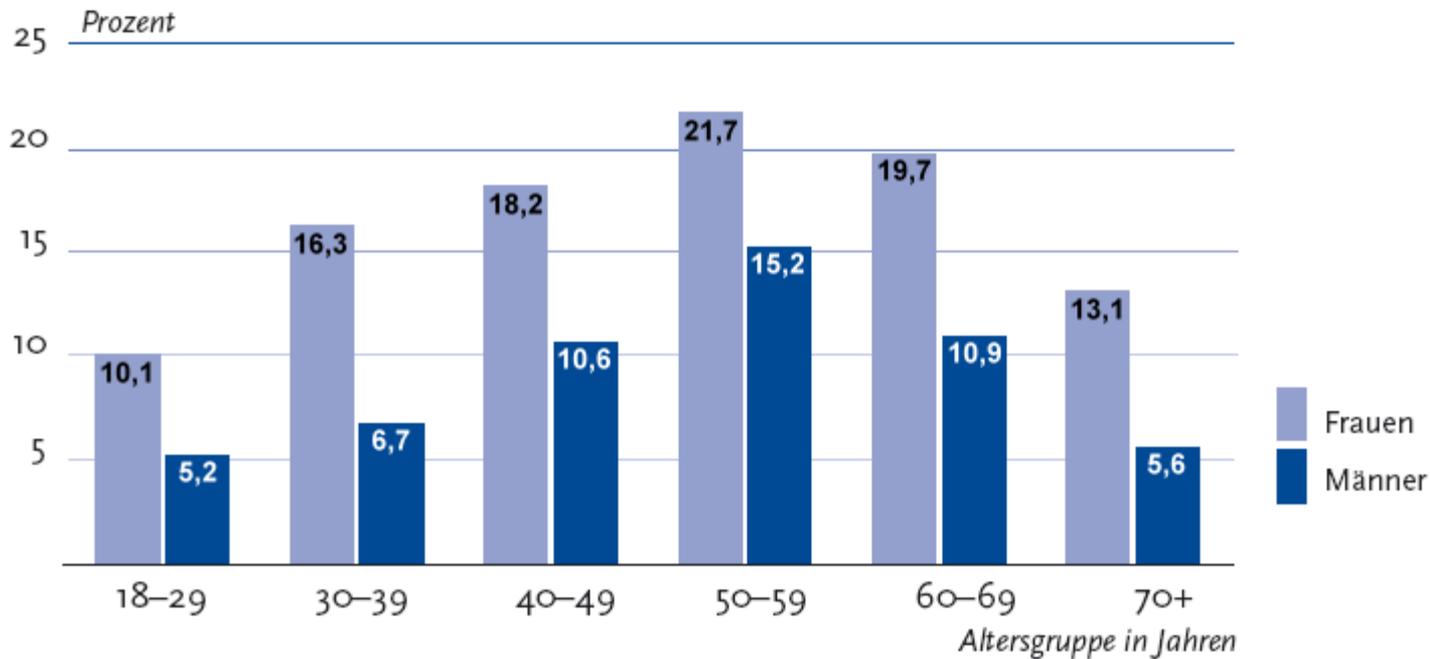
- Depressionen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen.
- Nach Angaben der WHO machen unipolare Depressionen weltweit etwa 36 Prozent und bipolare Depressionen 5 bis 10 Prozent dieser Störungen aus.
- Weiteren WHO-Schätzungen zufolge leiden weltweit zu jedem Zeitpunkt etwa 340 Millionen Menschen an Depressionen.

- Lebenszeitprävalenz: 5 – 17 %
Frauen zwei- bis dreimal häufiger als Männer
- 80% der depressiven Episoden sind rezidivierend (durchschnittlich 4 weitere Episoden) von ca. 3 – 5 Monaten Dauer
- Ca. 12% länger als 2 Jahre → chronisch
- In verschiedenen Kulturen sehr unterschiedliche Prävalenz

- Am höchsten ist die Erkrankungsrate für Männer und Frauen im Alter von 25 bis 45 Jahren.

- Jährlich erkranken in Deutschland etwa 4,4% der Männer bzw. 13,5% der Frauen an einer Depression.
- Das entspricht 7,8 Mio. Betroffenen (2,8 Mio. Männer und 5 Mio. Frauen).
- Ungefähr 1% der Bevölkerung erkranken an einer manisch-depressiven (oder bipolaren) Störung, das heißt insgesamt etwa 0,82 Mio. Bundesbürger.

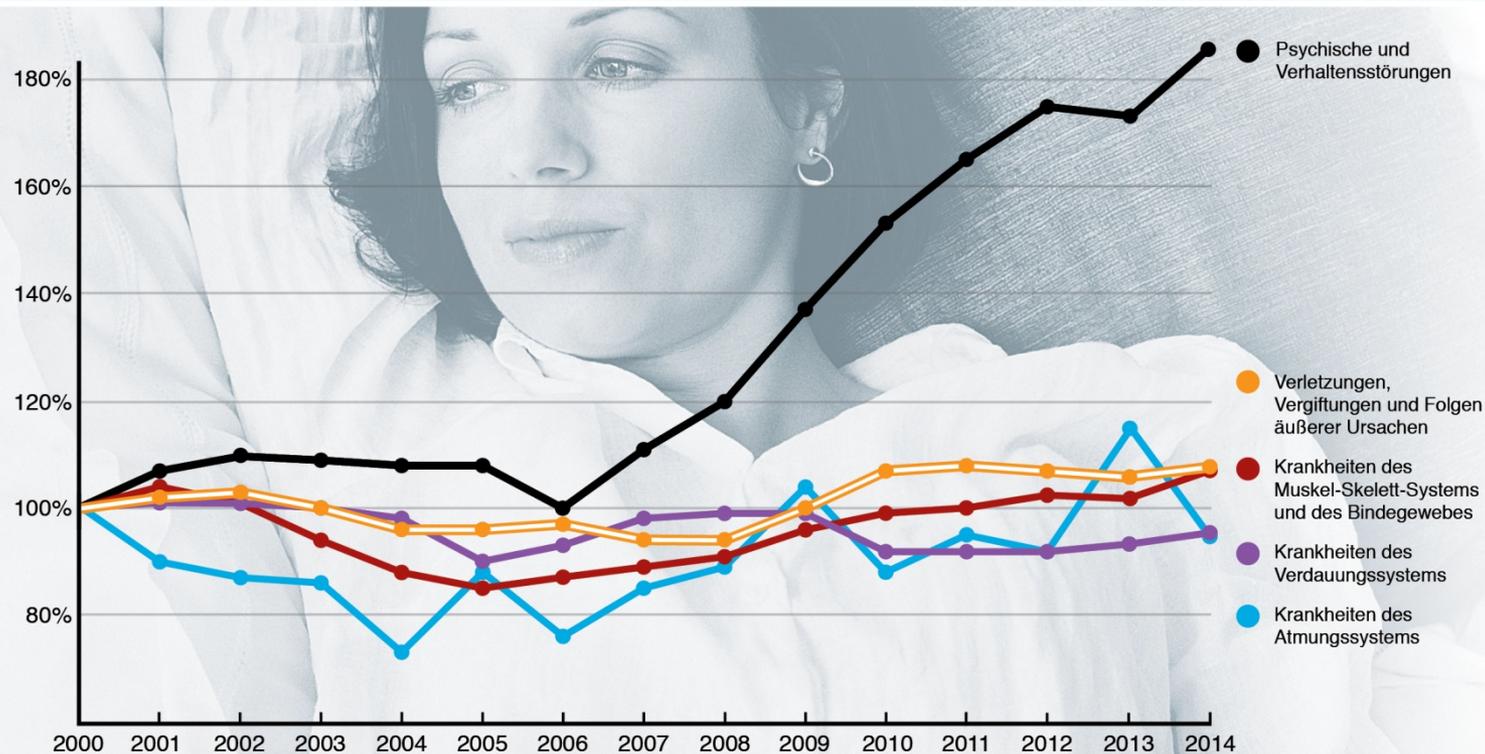
Anteil der jemals ärztlich oder therapeutisch festgestellten Depression in der ab 18-jährigen Bevölkerung Quelle: GEDA09



- Depressive Erkrankungen haben einen erheblichen Anteil an den Gründen für eine vorzeitige Berentung. Das mittlere Berentungsalter lag zwischen 50 und 54 Jahren
- Verschiebung des Erkrankungsbeginns in jüngere Altersgruppen
- Depressionen sind in vielen Ländern häufiger geworden; das durchschnittliche Ersterkrankungsalter ist im Laufe der letzten Dekaden gesunken. Bei jungen Leuten um 25 ist heute die Wahrscheinlichkeit, an Depressionen zu erkranken, drei- bis viermal höher als bei deren Großeltern.
- **Wirklich?**

Immer mehr Fehltage wegen psychischer Erkrankungen

Entwicklung der Fehlzeiten bei Berufstätigen (Fehltage im Jahr 2000 = 100%)



Grafik/Quelle: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2015

- Nach Ansicht vieler Wissenschaftler ist während einer **Depression der Stoffwechsel des Gehirns gestört: Botenstoffe, namentlich Serotonin und Noradrenalin**, sind aus der Balance geraten. Sie sind entweder in zu geringer Konzentration vorhanden oder aber die Übertragung funktioniert nicht richtig
- Man bezeichnet heute die Merkmale und Krankheiten als „genetisch komplex“, die mit einer gewissen Familiarität auftreten, sich aber nicht mit einem einfachen Erbgang nach Mendel erklären lassen.

- Affektive Störungen kommen deutlich familiär gehäuft vor.
- Risiko Familienangehöriger ersten Grades unipolar erkrankter Patienten: 10-15%
- Risiko Familienangehöriger ersten Grades bipolar erkrankter Patienten: 15-20%
- Wenn beide Elternteile erkrankt → Erkrankungsrisiko der Kinder 50-55%

Lebensereignisse und Depressionen

- **Zwei Drittel** der depressiven Patienten waren vor ihrer Erkrankung einem **belastenden Lebensereignis** ausgesetzt.
- **Massive Belastungen:** Der Tod eines geliebten Menschen, Partner-, Familienkonflikte, Zusammenbruch von Beziehungen, Arbeitslosigkeit, Berentung und in der Folge soziale Isolation und Einsamkeit.

Lebensereignisse und Depressionen

- Ein Arbeitsplatzverlust ist der anerkannte Prototyp eines belastenden Lebensereignisses: Beinahe ein Viertel der Arbeitslosen werden zwei bis sieben Monate nach der Entlassung depressiv.
- Andere Beispiele für Lebensereignisse, die mit Depressionen assoziiert sein können, sind anhaltender psychischer Druck, Verlust des Jobstatus oder Selbstwertgefühls, Berufsstress oder anhaltender finanzieller Druck, körperlicher Missbrauch, körperliche Krankheit und Alkoholabhängigkeit.
- Oft beginnt eine Depression auch in dem Moment, in dem ein lang ersehntes Ziel erreicht wird. Das kann eine Beförderung sein, sportlicher Erfolg und selbst eine Heirat.

- Nicht zuletzt hat sich der allgemeine **Stresspegel** in den vergangenen Jahren drastisch erhöht.
- Das Leben ist sehr viel **komplexer** und unübersichtlicher geworden, wir müssen uns häufiger und schneller **veränderten Situationen** anpassen, die Unsicherheiten in der beruflichen Lebensgestaltung haben stark zugenommen, die zu verarbeitende **Informationsflut** ist enorm gestiegen.

Das Burn-Out-Syndrom

Charakteristische Merkmale und Symptome:

- körperliche und emotionale Erschöpfung
- anhaltende physische und psychische Leistungs- und Antriebsschwäche
- Verlust der Fähigkeit sich zu erholen
- eine zynische, abweisende Grundstimmung gegenüber Kollegen, Klienten und der eigenen Arbeit.

Auffallende Merkmale der Anfangsphase sind zum Beispiel

- Man arbeitet nahezu pausenlos
- Fühlt sich unentbehrlich und vollkommen
- Der Beruf wird zum hauptsächlichen Lebensinhalt
- Hyperaktivität
- Nicht beachten eigener Bedürfnisse
- Verdrängen von Misserfolgen
- Partnervernachlässigung
- Chronische Müdigkeit / Erschöpfung
- Suche von Ablenkung und Trost in Suchtmitteln
- Konzentrationsschwäche
- Schlafstörungen
- Angstzustände

Besondere externe Gefährdungen sind zum Beispiel

- keine klare Abgrenzung des Aufgabengebietes
- Ziele und Aufgaben sind unklar formuliert: Was ist realistisch machbar?
- Rascher Wechsel von Vorgesetzten, Kollegen oder Träger
- objektive Arbeitsüberlastung
- „professionelle Mythen“

Besondere interne Gefährdungen sind:

- **Neurotizismus:** Eigenschaften wie Ängstlichkeit, mangelnde Selbstachtung, Neigung zu Irritationen, Sorgen und Depressionen, Neigung zu Zwanghaftigkeit und ein labiles Selbstwertgefühl sind bei Ausbrennern auffällig.
- **Perfektionsstreben:** Ausbrenner setzen sich oft zu hohe Ziele und haben Probleme, Kompromisse einzugehen. „Ich will Alles!“
- **Helfersyndrom:** Es wird versucht, Versagenserlebnisse und versagte Zuwendung in der Kindheit nun durch die eigene soziale Tätigkeit zu kompensieren. Der Helfer gibt die Zuwendung, die er empfangen möchte. Personen mit dem Helfersyndrom versuchen, ihr labiles Selbstwertgefühl durch die Aufopferung an eine große Aufgabe und die damit verbundene Dankbarkeit vieler Hilfsempfänger zu stabilisieren.

Und, ist es nun eine
neue Krankheit?

Therapie der Depression

Psychotherapie

- Klassische Verhaltenstherapie: Geht von einer gestörten Selbstwertregulierung der Patient/innen aus.
- Ziel ist der Aufbau antidepressiver Verhaltensweisen:
- in der Akut-Phase gezielte Tages- und Wochenplanung, langfristig Schulung von kommunikativen und sozialen Fertigkeiten.

- **Kognitive Verhaltenstherapie:**
Verbindet kognitiv-therapeutische und verhaltenstherapeutische Ansätze:
- **Kognitive Theorie:** Depressive Patient/innen verinnerlichen ein **negatives Selbstbild** mit **negativer Bewertung** der Umwelt und **negativen Zukunftserwartungen**.

Psychodynamische Theorien:

- Psychoanalyse: Depressive Erkrankungen sind durch einen Objektverlust in früher Kindheit verursacht.
- Dieser Verlust führt zu einer narzisstischen Krise mit Verlust des Selbstwertgefühls und einer gegen sich selbst gerichteten Aggression.
- Konflikte sind den Patient/innen nicht bewusst – unbewusst.

Schlafentzug (SE):

- Totaler Schlafentzug: beginnend am Morgen vor dem SE bis zum Abend danach
- Partieller Schlafentzug: beginnend ab 1 bis 2 Uhr bis zum folgenden Abend, (das heißt SE in der zweiten Hälfte der Nacht)
- Bereits kurze Schlafphasen bis zum Mittag des auf den SE folgenden Tag haben depressiogene Wirkung, heben die Wirkung des SE auf.

Lichttherapie:

- Bei Patient/innen mit saisonal gebundenen Depressionen

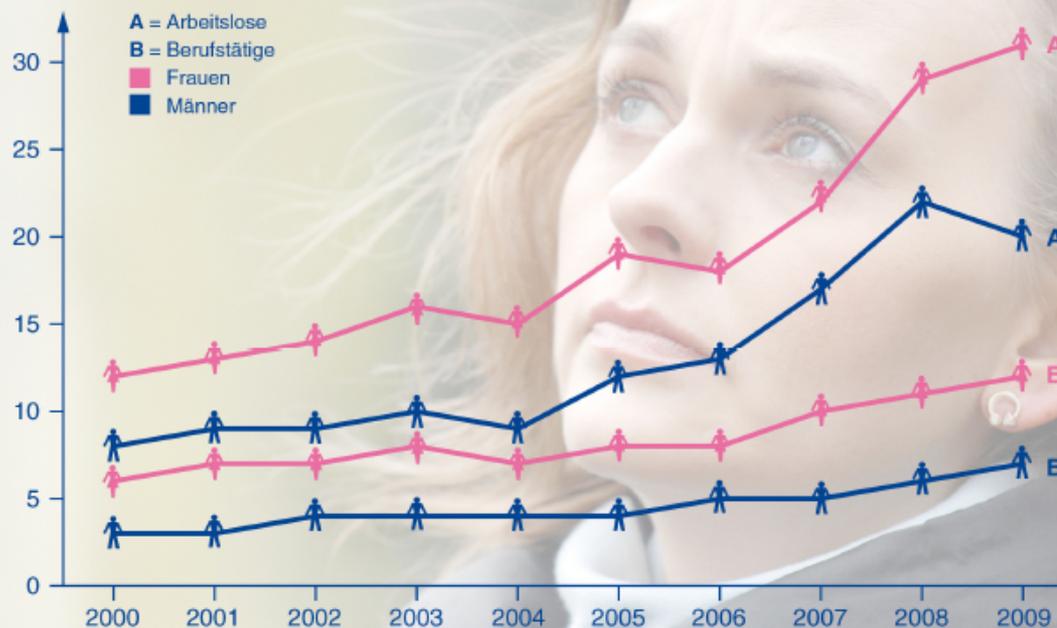
Elektrokrampftherapie:

- Vorgehen: Auslösen eines cerebralen Krampfanfalls von mindestens 25 Sekunden Dauer durch elektrische Stimulation des Gehirns in Narkose (Muskelrelaxation, Intubation, Beatmung)
- Indikationen: Schwere, zum Beispiel wahnhaftige Depressionen

Arbeitslose Frauen erhalten die meisten Antidepressiva

Verordnete Antidepressiva 2000 bis 2009 je Berufstätigen bzw. Arbeitslosen nach Geschlecht – Angaben in Tagesdosen*

* Tagesdosis: empfohlene Tageseinnahme eines Präparats



Quelle/Grafik: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2010

Quelle: Grafik Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2010

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung

- F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung - Borderline Typus
- Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen,
- deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
- deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
- Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
- Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;

- unbeständige und unberechenbare Stimmung.
- Weiter müssen mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorhanden sein:
- Störungen und **Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen"** (einschließlich sexueller);
- Neigung sich in **intensive aber instabile Beziehungen** einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
- übertriebene Bemühungen, das **Verlassen werden** zu vermeiden;
- wiederholt Drohungen oder Handlungen mit **Selbstbeschädigung**;
- anhaltende **Gefühle von Leere**.

Selbstverletzungen – parasuizidales Verhalten



Selbstverletzte Unterarme einer Borderline-Patientin
Foto: hanse press, Tel.: 0451/582 4373

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan (DBT)

Definition

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie ist eine verhaltenstherapeutisch-orientierte Therapieform, Sie bezieht jedoch auch andere Ansätze, v.a. aus dem Bereich der psychodynamischen Therapie, der biologischen Psychiatrie, der Zen-Philosophie, der deutschen Philosophie (Dialektik von Hegel), und körper- sowie bewegungstherapeutische Methoden mit ein.

- Frühe traumatische Erfahrungen, speziell sexueller Missbrauch
- Gesellschaftliche Ursachen
- Genetik?

- Die Grundidee ist jene der **Dialektik**: Es gibt kein **Richtig** oder **Falsch**, sondern verschiedene Positionen, die in Hinblick auf die Erreichung bestimmter Ziele beleuchtet werden. So pendelt der Therapeut beispielsweise zwischen den Polen von **Akzeptanz** und **Veränderung** mit dem Ziel eine **entwicklungsfördernde Atmosphäre** entstehen zu lassen. Andere Polaritäten sind **Vernunft** und **Gefühl**, oder **Tun** und **Sein**.



Pharmakotherapie?

Angst- und Panikstörungen

Was ist eigentlich „Angst“?

Psychologisch gesehen:

Angst ist ein bedrückender oder quälender Gemütszustand als Reaktion auf eine unbestimmte Lebensbedrohung. Sie steht oft in direktem Zusammenhang mit körperlichen Erscheinungen, insbesondere mit Veränderungen der Atmung und des Kreislaufs, und tritt in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen auf.

(Quelle: Meyers online)

Wir alle haben Angst – irgendwann, mehr oder weniger.
Angst ist also erst einmal etwas ganz normales.
Und sehr sinnvoll!

Angst entsteht in „fight or flight“-Situationen:

- hebt den Organismus auf eine höhere Aktivationssebene
- “freudige Erregung“
- Erhöhung der autonomen Erregung des sympathischen Nervensystems mit u.a. folgenden „Symptomen“:
 - Blässe
 - Körperhaare stehen zu Berge
 - Angstschweiß

- Angstreaktionen sind der Situation nicht angemessen und / oder unbegründet
- Angstreaktionen sind überdauernd
- keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung der Angst
- Angstzustände führen zu einer massiven Beeinträchtigung des Betroffenen

Alter bei Erstmanifestation

- spezifische Phobien: Kindheit
- soziale Phobien: frühe Jugend (Pubertät)
- Panikstörungen und Agoraphobien: zwischen 20. und 30. Lebensjahr
- generalisierte Angststörung: bimodale Verteilung mit Häufung in der Adoleszenz und um das 40. Lebensjahr

Erstmanifestation nach dem 45. Lebensjahr sehr selten

Geschlechterverteilung

- soziale Phobie: 1 : 1
- andere Angststörungen: mindestens 2 : 1

Soziale Risikofaktoren

- höhere Rate von getrennt lebenden, geschiedenen und verwitweten im Gegensatz zu verheirateten und ledigen Personen

Komorbidität

- depressive Störungen (20-40%)
- Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol und Tranquilizer (20-40%)
- andere Angststörungen (50-90%)
- Persönlichkeitsstörungen (20-60%)

Verlauf

- Spontanremission ca. 20%
- Mittlere Zeitdauer zwischen Manifestation und Diagnose 5-15 Jahre

Patienten mit Angststörungen 23,7%

Patienten mit Panikstörung 35,8%

Patienten mit Zwangsstörung 32,8%

Angst ist Teil fast jeder psychischen Störung,
abgesehen von der Manie und Drogen induzierten
euphorischen Rauschzuständen.



Pharmakotherapie?



Traumatisches – oder auch nicht?!

Es geht um das "menschliche Individuum, wenn es in seinen **elementaren Lebensbedürfnissen** bedroht und verletzt, in seiner **menschlichen Würde** und Freiheit missachtet wird."

(FISCHER / RIEDESSER 1999*, S. 18).

Psychische Traumatisierung lässt sich definieren als **unangenehmer Spannungszustand** zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den **individuellen Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit Gefühlen von **Hilflosigkeit** und **schutzloser Preisgabe** einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.*

[Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt-Verlag, München 1999, 2. Auflage; Anmerkung der Redaktion]

Auslöser sind belastende Lebensereignisse oder schwere körperliche Krankheit.

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver **Bedrängnis** und **emotionaler Beeinträchtigung**, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des **Anpassungsprozesses** nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten.

Die **Störungen** bestehen hauptsächlich in **Depressivität** und **Angst**, Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, **Unsicherheit** und **Unfähigkeit**, eingeschränkter **Lebenstüchtigkeit** im Alltag.



Danke!

Der Vortrag ist redaktionell bearbeitet. Einige Abbildungen wurden entfernt. DAG SHG, 2015