

Stavros Mentzos

Depression und Manie

Psychodynamik und Therapie
affektiver Störungen

Vandenhoeck & Ruprecht



Stavros Mentzos

Depression und Manie

Psychodynamik und Therapie
affektiver Störungen

Mit 5 Abbildungen
und 3 Tabellen

5. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht
in Göttingen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-525-45775-7

ISBN 978-3-647-45775-8 (E-Book)

© 2011, 1995, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Oakville, CT, U.S.A.

www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Das gilt auch bei der entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Gesamtherstellung: Hubert & Co., Göttingen.

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	13

I. Psychodynamik der Depression

Die psychoanalytischen Depressionstheorien	19
Depression und narzißtisches Gleichgewicht	32
Herabsetzung des Selbstwertgefühls oder Objektverlust?	32
Die zwei intrapsychischen »Bankkonten«	36
Das Dreisäulenmodell	38
Differentialpsychodynamik depressiver Zustände	43
Depressiver Affekt, intrapsychischer Stillstand und drei Circuli vitiosi	50
Der depressive Affekt	50
Drei psychische Circuli vitiosi	53
Somatische Circuli vitiosi	56
Depressiver Konflikt und die Problematik der Aggressionshemmungs-Hypothese	59
Konflikt und Depression	59
Aggressionshemmung und Depression	62
Der sogenannte Masochismus	65
Die Theorie des primären Masochismus	66

Das klinische Bild des sogenannten »moralischen Masochismus«	67
Der erogene Masochismus	73
Der sogenannte Masochismus als »Strategie« und Schutzmechanismus	74
Masochismus und Depression	78
Psychodynamik der Manie	82

II. Therapie

Drei Behandlungsberichte	91
Ziele und therapeutische Technik einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie psychotischer Depressionen und Manien – der Stellenwert der Psychopharmaka	120
Veränderte therapeutische Technik	121
Drei Behandlungs-Settings	123
Komplikationen	125
Auszug aus der Behandlung von Frieda P.	127
Ist »Einsicht« der therapeutisch hauptsächlich wirksame Faktor?	131
Zur Psychotherapie der Manie	133
Antriebsarme »leere« Depression	135
Die Anwendung von Antidepressiva sowie Psychopharmaka im allgemeinen	138
Kurzer Vergleich mit anderen psychotherapeutischen Verfahren bei affektiven Psychosen	141
Zusätzliche Bemerkungen zur therapeutischen Technik	146

III. Klassifikatorische und ätiologische Aspekte

Versuch einer psychodynamischen Klassifikation	
psychischer Störungen	153
Die Polarität zwischen Selbst- und	
Objektbezogenheit	154
Konflikt, Modus der Verarbeitung und der	
sogenannte Defekt	158
Ich und sekundärer Prozeß versus Es und primärer	
Prozeß	161
Konflikt und Bipolarität der Modi	163
Psychotische, neurotische, reaktive Depressionen und	
das somatische Äquivalent – Narzißtische Krisen	169
Psychodynamische Präzisierung einer traditionellen	
Klassifikation	169
Narzißtische Krisen und Depression	175
Somato- und Psychogenese – »Endogene« Psychosen	
als somato-psychosomatische Erkrankungen	
(Psychosomatosen des Gehirns)	177
Das Problem und die Notwendigkeit einer	
Integration	177
Das psychosomatische Paradigma	180
Ein vom psychosomatischen Paradigma	
inspiriertes Modell	184
Theoretische und praktische Vorteile des Modells	189
 Zusammenfassung	 194
 Literatur	 198
 Sachregister	 202

Vorwort

Die große Fülle von empirischen Befunden, die eindeutig für eine Somatogenese – für die körperliche Verursachung – der psychotischen Depression und Manien sprechen, ebenso wie der unbestreitbare (wenn auch relative) therapeutische oder sogar prophylaktische Erfolg der antidepressiv wirkenden Psychopharmaka, könnten den Untertitel dieses Buches, wenn nicht absurd, so doch reichlich überzogen erscheinen lassen. Kann man überhaupt in sinnvoller Weise von Psychodynamik, geschweige denn von Psychogenese und Psychotherapie bei Störungen sprechen, deren Auftreten von chronobiologischen und erbgenetischen Faktoren mitbedingt, deren erneutes Auftreten in einem großen Prozentsatz durch Lithium verhindert oder gemildert, deren manifeste Symptomatik mit Hilfe der Antidepressiva oft erfolgreich bekämpft wird und die schließlich auch ohne jegliche Therapie nach einigen Wochen oder Monaten spontan abklingen und in das sogenannte »freie Intervall« übergehen?

Bemerkenswerterweise werden heute auch von Vertretern der biologischen Psychiatrie diese Fragen selten gestellt. Man liest im Gegenteil in vielen wissenschaftlichen Abhandlungen von der Notwendigkeit einer auch psychotherapeutischen Begleitung des depressiven Patienten, und es werden viele Therapieprogramme für Patienten in psychiatrischen Kliniken vorgestellt, die vom Bewältigungstraining über die kognitive Verhaltenstherapie bis hin zu der interpersonellen Therapie

reichen. Ich meine nicht, daß es sich dabei nur um bloße Lippenbekenntnisse und eine (im Hinblick auf den neuen Facharzt für Psychiatrie *und Psychotherapie*) berufspolitisch motivierte Anpassung handelt. Ich kenne viele klinische Psychiater, die mit großem Engagement um eine auch psychotherapeutische Begleitung ihrer depressiven Patienten bemüht sind. Darunter gibt es einige, die nicht nur psychodynamische Konzepte in der Behandlung psychotisch affektiver Störungen anwenden (wie zum Beispiel KRÖBER 1992), sondern die auch theoretisch übergreifend eine Integration der biologischen, der soziologischen und der psychologischen Dimensionen anstreben. Dazu gehört beispielsweise DANIEL HELL, der sich in seinem integrativen Ansatz fragt, welchen Sinn die Depression »mache« (1992).

Diese Tendenz, dieser »Wille« zur Integration scheint im Hinblick auf die gleichermaßen relevanten biologischen, psychosozialen und psychodynamischen Gegebenheiten ständig zu wachsen. Dennoch reicht der »Wille« allein noch nicht aus! Denn wir stehen zwar (hoffentlich) vor keinem unlösbaren Problem, aber doch immerhin vor einem großen Rätsel:

Wie kommt es, daß solche persönlichen, komplizierten, auch existentiell hoch signifikanten, psychischen Prozesse wie *Sinnentleerung*, *Lebensüberdruß* oder *Versündigungswahn* durch chemische Substanzen günstig beeinflusst werden können? Und wie ist es auf der anderen Seite möglich, daß intensive körpernahe Symptome und Syndrome wie *depressiver Stupor*, *Niedergeschlagenheit* oder *manische Erregung* auch *psychotherapeutisch* beeinflussbar sind? Wie kommt es, daß der gleiche Prozeß sowohl deterministisch erklärbar und manchmal sogar – etwa beim Absetzen bestimmter Medikamente – *voraussagbar* ist und daß er auf der anderen Seite auch finalistisch, vom funktionalen Ziel der Abwehr, der defensiven Verarbeitung eines Konfliktes oder der sinnvollen Kompensation eines Mangels her genauso gut verstehbar ist? Ist Depression eine Krankheit, deren Verursachung es aufzudecken und zu beheben gilt? Oder stellt sie eine Lebenskri-

se dar, die erst durch das Verständnis der dahinter liegenden Sinnzusammenhänge zu überwinden ist?

Von der herrschenden Tendenz und dem steigenden »Willen zur Integration« stark motiviert, würde ich selbst spontan antworten: Beides!

Eine solche Behauptung ist jedoch leichter gesagt, als im *Detail* glaubwürdig gemacht, geschweige denn bewiesen.

Das vorliegende Buch ist ein Beitrag zu diesem Versuch, die gewünschte und von den therapeutischen Zielsetzungen geforderte Integration im Detail voranzutreiben und zwar mit Hilfe eines zwar psychoanalytisch inspirierten, aber ebenso intensiv an der psychiatrisch-klinischen Erfahrung orientierten Modells und auch aufgrund von Erfahrungen bei langfristigen psychotherapeutischen Behandlungen von Patienten mit affektiven Psychosen unter verschiedenen Settings.

Meinen Dank möchte ich auch diesmal an erster Stelle an Frau Dr. med. EVELIN SIEBECKE-GIESE für ihre große Hilfe aussprechen, nicht nur für ihre zahlreichen sprachlichen Korrekturen, sondern auch für ihr heilsames, ständiges Hinterfragen meiner Thesen und Formulierungen.

Bei Frau ISABELLA FREUND, Frau ANNELIESE KELLERS und Frau JUTTA LOVÀSZ bedanke ich mich für die mühevollen Schreibarbeiten sowie bei Frau GRUDRUN VÖLKER für die wiederholten Korrekturen.

STAVROS MENTZOS

Einleitung

Die Termini »Depression« und »depressiv« werden sehr oft zur Bezeichnung von recht unterschiedlichen psychischen Zuständen verwendet. Die entstandene begriffliche Unsicherheit und Verwirrung beruht jedoch nicht so sehr auf diesem fast inflationären Gebrauch (und Mißbrauch) der Termini als vielmehr auf der Tatsache, daß einige grundsätzliche Fragen, welche die Depression betreffen, bis heute nicht klar beantwortet wurden. Ich erwähne zunächst nur drei der hier relevanten Fragenkomplexe:

a. Man muß sich zunächst einmal fragen, warum der Terminus Depression dazu benutzt wird, um so unterschiedliche psychische Befindlichkeiten und Zustände wie folgende zu benennen:

- Schuldbeladene Zurückgezogenheit und Deprimiertheit voller Selbstvorwürfe und Selbsterniedrigung, »Schulddepression« also.
- Deprimiertheit, die von Agitiertheit und nach außen gerichtetem Vorwurf sowie von einer hartnäckig verlangenden und kritisierenden Haltung begleitet wird, »agitierte und fordernde Depression« also.
- Resignative Hoffnungs- und Hilflosigkeit mit extremer Anhänglichkeit – eine »anaklitische Depression«.
- Massive, direkte oder »verfeinerte«, indirekte Autodestruktivität, also eine selbstzerstörerische Depression.

- Innere »Leere« mit dem »Gefühl der Gefühllosigkeit«, das heißt mit der Blockade aller Affekte oder mit der Unfähigkeit zu jeglicher Gefühlsregung, eine »leere Depression« also.

b. Vom Gesichtspunkt der Ätiologie, von der Verursachung her betrachtet, muß man zweitens fragen, wie es kommt, daß Depression auf so unterschiedliche Umstände und kausale Bedingungen zurückgeführt wird, wie es in den vielfältigen, im klinischen Alltag üblichen diagnostischen Etikettierungen deutlich wird: Dort spricht man nämlich von puberalen, klimakterischen, postklimakterischen, postpartalen, involutiven Depressionen oder man diagnostiziert somatogene (durch Gehirntumor, Cortison oder andere Hormongaben, Alterungsprozesse etc. hervorgerufene) versus psychogene (reaktive, neurotische) oder endogen-psychotische Depressionen.

c. Ein dritter Fragenkomplex schließlich bezieht sich auf die bei der Depression doch ungeklärten psychosomatischen und somatopsychischen Zusammenhänge: Ist das depressive Erleben ein somatopsychisches Phänomen? Ist es also die Folge eines primär körperlichen Vorganges? Und sind in diesem Fall die depressiven »Inhalte«, wie zum Beispiel die Selbstvorwürfe und die Versündigungsideen, bloße sekundäre Inhaltsbesetzungen unter dem Einfluß der herrschenden depressiven Stimmungs- und Antriebslage?

Oder sind es umgekehrt bestimmte negative Erlebnisse, bestimmte aus ungelösten Konflikten hervorgehende intrapsychische Spannungen und Bedrückungen, welche den Betroffenen depressiv machen? In diesem Fall entstünde also der depressive Affekt als verständliche Reaktion auf maßgebende Verluste, Trennungen, Kränkungen, Enttäuschungen und Erniedrigungen sowie andere konflikthafte Konstellationen, um sich dann zu einer generalisierten depressiven Stimmung auszubreiten und schließlich zu den regelrechten depressiven Syndromen zu führen.

Diese immer noch offene Frage erweist sich in den letzten 15 bis 20 Jahren noch komplexer und schwieriger zu beantworten als früher, weil die Mehrheit der »Somatogenetiker«, also jener klinischen Psychiater, welche die erste Auffassung vertraten (die *biologisch* bedingte Stimmungslage erzeuge *sekundär* die depressiven psychischen *Inhalte*), gleichzeitig bereit waren und sind, auch die kognitive Therapie der Depression zu favorisieren. Letztere aber geht doch gerade davon aus, daß es bestimmte psychische kognitive Grundkonzepte (basic concepts) seien, welche die depressiven Patienten depressiv machen. Dies entspräche nicht einem biologisch, sondern einem psychogenetisch orientierten Depressionsmodell, wenn auch im Sinne einer anderen Psychogenität, als die Psychoanalyse meint.

Zu diesem letzten Problemkomplex gehört auch folgende Frage: Wenn die antidepressiv wirkenden Psychopharmaka »endogene« depressive Zustände dadurch günstig beeinflussen (und sie tun es bestimmt), daß sie die ihnen vermeintlich zugrundeliegenden Verschiebungen von Neurotransmittern etc. korrigieren, wie erklärt es sich dann, daß die gleichen Medikamente eine gewisse Wirkung auch bei anderen, nicht »endogenen«, sondern reaktiven oder neurotischen Depressionen haben? Das läßt sich zwar erklären, aber nur wenn man die Spezifität der Antidepressiva erheblich relativiert.

Das vorliegende Buch versucht eine Antwort auf solche und ähnliche Fragen zu geben und zwar mit Hilfe eines psychodynamischen Modells, das zwar die bisherigen analytischen Theorien der Depression teilweise berücksichtigt, aber auch neue Konzeptualisierungen zu ihrer Psychodynamik enthält. Dabei werde ich auch versuchen, die Ergebnisse der biologischen Psychiatrie einschließlich der Psychopharmakologie mit der psychodynamischen Sicht zu integrieren.

Einen weiteren Schwerpunkt des Buches stellen die *psychotherapeutischen Bemühungen* um depressive Patienten dar. Ich will am Beispiel einiger längerfristiger Behandlungen zeigen, auf welche Weise eine psychodynamisch orientierte

psychotherapeutische Behandlung auch bei den »endogenen« Depressionen und Manien von Nutzen sein kann.

Schließlich nehme ich diese systematische Beschäftigung mit psychotischen affektiven Störungen zum Anlaß, um mich erstens kritisch mit dem Konzept des sogenannten »*Masochismus*« ausführlicher auseinanderzusetzen und zweitens den Entwurf einer umfassenden *psychodynamischen Klassifikation psychotischer* (nicht nur depressiver) *Störungen* vorzustellen, der auch von klinischer Relevanz sein kann.

I

Psychodynamik der Depression

Die psychoanalytischen Depressionstheorien

Die hier zugrunde liegende Theorie der Psychodynamik und Therapie der manisch-depressiven Psychosen sowie auch anderer Depressionsformen stammt teilweise aus der Integration von schon vorhandenen psychoanalytischen Theorien und Konzepten. Daher ist ein kurzer historischer Überblick über die bisherigen Bemühungen der Psychoanalyse auf diesem Gebiet unerlässlich (ausführliche Darstellungen über die Entwicklungen der letzten 80 Jahre findet man bei MENDELSON 1982 und BEMPORAD 1983). – Die Tabelle 1 (s. S. 20f) enthält eine Zusammenfassung.

1. SIGMUND FREUD wies in seiner epochemachenden Arbeit über »Trauer und Melancholie« (1917) auf die Bedeutung des »Objektverlustes« hin, das heißt des Verlustes einer realen Bezugsperson oder der Trennung von einer wichtigen Person, Idee, Vorstellung, Utopie. Weiter machte er auf die Bedeutung der *Introjektion* (In-sich-Aufnehmen eines »Objekts«) bei der Depression aufmerksam, so wie darauf, daß trotz der vielen Ähnlichkeiten zwischen Trauer und Depression, wie schmerzliche Verstimmung, Aufhebung des Interesses für die Außenwelt, Verlust der Liebesfähigkeit, Hemmung etc., beide sich in einem Punkt grundsätzlich voneinander unterscheiden: Bei der Trauer gibt es keine *Störung des Selbstwertgefühls*.

Alle drei FREUDschen Befunde – Objektverlust, Introjektion, Selbstwertgefühlsminderung – haben auch innerhalb der heutigen Theorien ihre zentrale Bedeutung behalten, aller-

Tabelle 1:
Depressionstheorien – historischer Überblick

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. FREUD, S. (1917) | Objektverlust, Introjektion, Selbstgefühlsminderung |
| 2. ABRAHAM, K. (1911) | Aggressionshemmung, Wendung nach innen, Manie |
| 3. RADO, S. (1928) | Internalisierung der Sequenz: <i>Schuld, Buße</i> (durch ein Übermaß an Leistung), <i>Verzeihung</i> . Melancholie als Reparationsprozeß |
| 4. BIBRING, E. (1953) | Selbstwertgefühlsverlust nicht nur durch Frustration bzw. Objektverlust, sondern auch Enttäuschung narzißtischer Bedürfnisse (anale, phallische) |
| 5. SANDLER, J. und JOFFE, W.G. (1965) | Verlust der narzißtischen Integrität, des »well-being«. Fundamentale psychobiologische depressive Reaktion unterscheidet sich von der klinischen Depression. Depressive Reaktion kann sich auch als nützlich erweisen. |
| 6. GUT, E. (1989) | Produktive und unproduktive Depression |
| 7. JACOBSON, E. (1953/1971) | Selbstwertgefühlsverlust erklärt sich durch bestimmte Energieverteilungs- und insbesondere strukturelle Störungen |