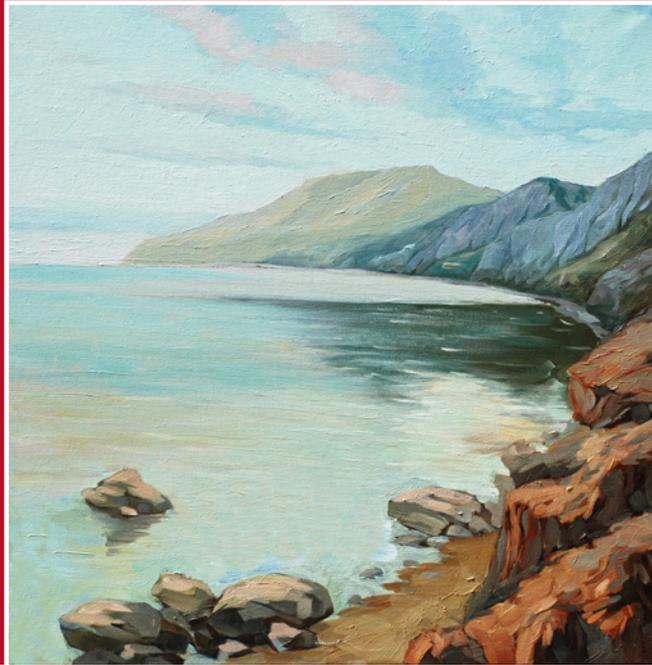


Thomas Fuchs ■ Mathias Berger



Affektive Störungen

Klinik – Therapie – Perspektiven

Thomas Fuchs
Mathias Berger

Affektive Störungen

Mit Beiträgen von

Matthias Backenstraß
Mathias Berger
Anique von Bock
Eva-Lotta Brakemeier
Romuald Brunner
Liesa Büche
Martin Bürgy
Carlos L.M. Cornaglia
Peter Fiedler
Thomas Fuchs
Nana Christina
Gentner

Johann Haffner
Andrés Heerlein
Wolfgang Herzog
Judith Heyne
Stefan Kaiser
Alfred Kraus
Hans-Ludwig Kröber
Klaus-Thomas
Kronmüller
Heidrun Lamparter
Hermann Lang
Michael Linden

Nicole Lossnitzer
Andreas Marneros
Christoph Mundt
Peter Parzer
Corinna Reck
Franz Resch
Sara Rückl
Peter Schönknecht
Elisabeth Schramm
Johannes Schröder
Helmut Vedder
Otto Dörr Zegers

Thomas Fuchs
Mathias Berger

Affektive Störungen

Klinik – Therapie – Perspektiven

Mit 17 Abbildungen und 11 Tabellen

 **Schattauer**

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.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2013 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Projektleitung und Lektorat: Dr. Sandra Schmidt

Umschlagabbildung: morning on the sea, painting by oil on a canvas © Mikhail Zahranichny – Fotolia.com

Umschlaggestaltung: Medienfabrik GmbH, Stuttgart, www.medienfabrik-gmbh.com

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

ISBN 978-3-7945-2770-0

Anschriften der Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs

Professor für Philosophie und Psychiatrie
Leiter der Sektion „Phänomenologische
Psychopathologie und Psychotherapie“
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Psychiatrische Universitätsklinik
Voßstr. 4, D-69115 Heidelberg
E-Mail: thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Matthias Berger

Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychosomatik
Abteilung für Psychiatrie und Psycho-
therapie
Hauptstr. 5, D-79104 Freiburg
E-Mail:
mathias_berger@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Backenstraß

Klinikum Stuttgart – Bürgerhospital
Institut für Klinische Psychologie
Tunzhofer Straße 14–16, 70191 Stuttgart
E-Mail: m.backenstrass@klinikum-stuttgart.de

Prof. Dr. med. Romuald Brunner

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg
E-Mail:
romuald.brunner@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Anique von Bock

Psychosoziale Hilfe e.V.
Rohrbacher Str. 72, 69115 Heidelberg –
Weststadt
E-Mail: anique.vonbock@gmx.de

Dipl.-Psych. Liesa Büche

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Psychiatrische Universitätsklinik
Voßstr. 4, D-69115 Heidelberg
E-Mail: liesa.bueche@med.uni-heidelberg.de

Dr. rer. nat. Eva-Lotta Brakemeier

Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychosomatik
Abteilung für Psychiatrie und Psycho-
therapie
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg
E-Mail:
eva-lotta.brakemeier@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. Dr. Martin Bürgy, M.Sc.

Ärztlicher Direktor und Zentrumsleiter
Klinik für Spezielle Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Sellische Gesundheit
Klinikum Stuttgart, Krankenhaus
Bad Cannstatt
Priefnitzweg 24, 70374 Stuttgart
E-Mail: m.buergy@klinikum-stuttgart.de

Prof. Dr. Carlos L.M. Cornaglia

Univ. Nac. de Cordoba
Director Academico del Instituto Inter-
nacional de Postgrade en Psicoterapia
Psiquiatria y Salud Mental
Las Vertientes s/n. Villa Warcalde
5149 Cordoba, Argentina
E-Mail: sicarloscornaglia@yahoo.com.ar

Prof. Dr. phil. Peter Fiedler

Psychologisches Institut
Hauptstraße 47–51, 69117 Heidelberg
E-Mail:
peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Nana Christina Gentner

Zentrum für Psychosoziale Medizin
der Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg
E-Mail:
nana-christina.gentner@med.uni-heidelberg.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Johann Haffner

Zentrum für Psychosoziale Medizin
der Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg
E-Mail:
johann.haffner@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Andrés Heerlein

Depto. De Psiquiatria,
Fac. de Medicina Univ. De Chile,
Av. La Paz 1003,
Santiago de Chile, Chile
E-Mail: aheerlein@vtr.net

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

Ärztlicher Direktor
Zentrum für Psychosoziale Medizin der
Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin
und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410,
69120 Heidelberg
E-Mail: wolfgang.herzog@med.uni-heidel-
berg.de

Dipl.-Psych. Judith Heyne

Zentrum für Psychosoziale Medizin der
Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voß-Straße 4, 69115 Heidelberg
E-Mail: judith.heyne@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Stefan Kaiser

Oberarzt
Psychiatrisches Universitätsklinikum
Zürich
Klinik für Soziale Psychiatrie und
Allgemeinpsychiatrie ZH West
Lenggstraße 31, CH 8032 Zürich
E-Mail: stefan.kaiser@puk.zh.ch

Prof. em. Dr. med. Alfred Kraus

Zentrum für Psychosoziale Medizin der
Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voss-Straße 4, 69115 Heidelberg
E-Mail: alfred.kraus@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber

Direktor des Instituts für Forensische
Psychiatrie der Charité – Universitäts-
medizin Berlin,
Oranienburger Str. 285, 13437 Berlin
E-Mail: hans-ludwig.kroeber@charite.de

Anschrift der Autoren

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Klaus-Thomas Kronmüller**
Ärztlicher Direktor
LWL-Klinikum Gütersloh
Buxel-Str. 50, 33334 Gütersloh
E-Mail: S.Hribar-Nordmann@wkp-lwl.org

Dipl.-Psych. Heidrun Lamparter
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voss-Str. 4, 69115 Heidelberg
E-Mail:
heidrun.lamparter@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Lang
Institut für Psychotherapie und
medizinische Psychologie
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg
E-Mail:
psychotherapie@mail.uni-wuerzburg.de

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Michael Linden**
Reha-Zentrum Seehof
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/
Berlin
E-Mail: michael.linden@charite.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Nicole Lossnitzer
Zentrum für Psychosoziale Medizin der
Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin
und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410,
69120 Heidelberg
E-Mail:
nicole.lossnitzer@med.uni-heidelberg.de

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Andreas Marneros**
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Martin-Luther-Universität Halle-
Wittenberg
Bereich Medizin
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Julius-Kühn-Str. 7, 06112 Halle (Saale)
E-Mail:
andreas.marneros@medizin.uni-halle.de

Prof. em. Dr. med. Christoph Mundt
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Psychiatrische Universitätsklinik
Voßstr. 4, D-69115 Heidelberg
E-Mail:
christoph.mundt@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Peter Parzer
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg
E-Mail: peter.parzer@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Corinna Reck
Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 2, 69115 Heidelberg
E-Mail: corinna_reck@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Franz Resch
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg
E-Mail: franz.resch@med.uni-heidelberg.de

Sara Rückl
Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg
E-Mail: sarah.rueckl@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Peter Schönknecht

Geschäftsführender Oberarzt
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Universitätsklinikum Leipzig
Johannisallee 20, 04317 Leipzig
E-Mail:
Peter.Schoenknecht@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Universitätsklinikum Freiburg
Uni-Klinik f. Psychiatrie u. Psycho-
somatik
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg i. Br.
E-Mail:
elisabeth.schramm@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med. Johannes Schröder

Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg
E-Mail:
johannes.schroeder@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Helmut Vedder

Chefarzt, Klinik für Allgemein-
psychiatrie, Psychotherapie und Psycho-
somatik II
Psychiatrisches Zentrum Nordbaden,
Wiesloch
Heidelberger Str. 1A, 69168 Wiesloch
E-Mail: helmut.vedder@pzn-wiesloch.de

Prof. Dr. med. Otto Dörr Zegers

Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Dapt. de Psiquiatria Campus Oriente
Av. La Paz 841
Santiago de Chile, Chile
E-Mail: odoerrz@gmail.com

Vorwort

Depressionen und Manien stellen gegenwärtig die häufigsten psychischen Erkrankungen dar und nehmen nach jüngsten epidemiologischen Daten in den westlichen Gesellschaften noch zu. Sie manifestieren sich nicht nur in Veränderungen von Stimmung und Affekt, Motivation und Antrieb, Denken und Wahrnehmung. Über diese Symptome hinaus ist auch die gesamte Lebenssituation und -orientierung der Patienten betroffen. Die adäquate Diagnose und Behandlung der Erkrankungen erfordert daher in besonderem Maß ein Wissen von den Wechselwirkungen biologischer, psychischer und soziokultureller Prozesse. Affektive Störungen lassen sich nicht auf Veränderungen des Hirnstoffwechsels reduzieren, sondern in ihnen erkrankt immer die Person als psychophysische Einheit, in Reaktion auf ihre Lebenssituation und ihre sozialen Beziehungen.

Der vorliegende Band spannt einen Bogen von der Psychopathologie über epidemiologische, biologische, klinische und therapeutische Aspekte bis zur kulturellen Dimension dieser Erkrankungen. Er versammelt die aktualisierten Beiträge eines Heidelberger Kongresses im Jahr 2010 zu den vielfältigen Perspektiven der Psychiatrie auf affektive Störungen. Anlass zu dem Kongress gab die Emeritierung des Lehrstuhlinhabers und langjährigen Leiters der Heidelberger Psychiatrischen Universitätsklinik, Prof. Dr. Christoph Mundt, dem wir diesen Band widmen. Er hat sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit besonders den affektiven Störungen zugewandt und um die Erforschung der Psychopathologie etwa des Typus Melancholicus oder der Interaktionsformen depressiver Patienten ebenso wie um die Psychotherapie der Erkrankungen bleibend verdient gemacht. Der Band würdigt damit auch das Lebenswerk eines Vertreters der großen Heidelberger Tradition der Psychopathologie, der diese Tradition mit empirischen und psychotherapeutischen Ansätzen verbunden und damit in zukunftsweisender Form weitergeführt hat.

Im ersten Teil des Bandes kommen klassische psychopathologische Ansätze zur Sprache. Hermann Lang verbindet den Rückblick auf Heidelberger Konzepte der Melancholie mit der Würdigung von Christoph Mundts Person und Werk. Weitere Ansätze werden vertreten von Alfred Kraus mit einer Untersuchung der Echtheit in der schweren, melancholischen Depression, von Martin Bürgy mit einer Analyse der Hermeneutik depressiver Verzweiflung und von Klaus Kronmüller, der die Dimensionen des Wahnerlebens empirisch untersucht.

Der zweite Teil widmet sich klinischen Aspekten der affektiven Störungen. Peter Fiedler gibt einen Überblick zum Verhältnis von Persönlichkeit und Depression, die in Überlegungen zur differenziellen Indikation und Behandlung münden. Andreas Marneros stellt die Bipolare Störung in ihren verschiedenen klinischen und subklinischen Erscheinungsformen vor. Forensischen Aspekten affektiver Störungen wendet sich der Beitrag von Hans-Ludwig Kröber über den Mangel an bipolaren Straftätern zu. Michael Linden stellt das besonders von ihm

erforschte Syndrom der Posttraumatischen Verbitterungsstörung vor. Den für die Diagnose und Therapie im klinischen Kontext bedeutsamen körperlichen Symptomen bei affektiven Störungen gelten die Beiträge von Wolfgang Herzog und Nicole Lossnitzer ebenso wie von Carlos Cornaglia. Helmut Vedder untersucht unter biologischem Aspekt die Neuroprotektion bei affektiven Störungen. Mathias Berger gibt schließlich einen Überblick zur Psychotherapie der Depression besonders unter stationären Bedingungen.

Der dritte Teil behandelt lebensphasische Aspekte der Depression. Corinna Reck stellt Forschungen zur postpartalen Depression und ihren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung vor. Franz Resch und Mitarbeiter gehen dem Zusammenhang von Depressivität und Selbstverletzung im Jugendalter nach. Peter Schönknecht und Kollegen schließlich untersuchen die Prävalenz der majoren Depression über die Lebensspanne hinweg.

Im vierten Teil treten kulturwissenschaftliche Aspekte der affektiven Störungen in den Blick. Andrés Heerlein untersucht aus südamerikanischer Perspektive transkulturelle Aspekte der Depression. Thomas Fuchs betrachtet Depression und Manie als Zeitkrankheiten, sowohl im Sinne der veränderten Zeitlichkeit des Erlebens als auch im Hinblick auf depressionsfördernde Tendenzen der gegenwärtigen Gesellschaft. Otto Dörr schließlich widmet sich dem Leben und Werk Rainer Maria Rilkes, das er als einen Weg zur Überwindung der Melancholie interpretiert.

Abschließend möchten wir allen danken, die zu diesem Band beigetragen haben, zunächst den Autoren selbst, dann aber vor allem Frau Rixta Fambach und Frau Johanna Dunkl für die geduldige und umsichtige Vorbereitung des Manuskripts. Herrn Wulf Bertram und Frau Sandra Schmidt vom Schattauer-Verlag danken wir für die gelungene Kooperation und die große Sorgfalt bei der Drucklegung des Bandes. Wir hoffen nun, dass er dazu beiträgt, die Tradition interdisziplinären Denkens, Forschens und Handelns lebendig zu halten und fortzuführen, die die Heidelberger Psychiatrie geprägt hat, und die gerade in einer Zeit zunehmender Spezialisierung für das Fach von immer größerer Bedeutung sein wird.

Heidelberg/Freiburg im Januar 2013

Thomas Fuchs
Mathias Berger

Inhalt

A Psychopathologie

1	Heidelberger Melancholiekonzepte – Ein persönlicher Rückblick	3
	Hermann Lang	
2	Die melancholische Echtheit	9
	Alfred Kraus	
2.1	»Melancholische Echtheit« in der prämelancholischen Verfassung	10
2.2	»Melancholische Echtheit« in der melancholischen Phase	12
2.3	Gibt es ein Melancholiegefühl?	15
3	Zur Hermeneutik depressiver Verzweiflung	19
	Martin Bürgy	
3.1	Zur Methode	19
3.2	Die Formalanzeige	20
3.3	Anwendung auf die Depression.	21
3.4	Ergebnis	23
3.5	Zusammenfassung und therapeutische Implikationen	24
4	Dimensionen des Wahns	27
	Klaus Thomas Kronmüller, Matthias Backenstraß, Stefan Kaiser, Anique von Bock, Liesa Büche, Nana Christina Gentner, Judith Heyne, Sara Rückl, Christoph Mundt	
4.1	Einleitung	27
4.2	Wahndiagnostik	28
4.3	Dimensionen des Wahns	29

4.4	Klassifikation des Wahns	29
4.5	Kognitive Modelle der Wahnentstehung	30
4.6	Psychotherapie des Wahns	31

B Klinische Aspekte

5 Persönlichkeit und Depression – Überlegungen zur differenziellen Indikation und Behandlung 37

Peter Fiedler

5.1	Symptomhypothese: Persönlichkeit variiert mit Depression	38
5.2	Überlappungshypothese: Dysthymie oder depressive Persönlichkeit?	38
5.3	Heterogenitätshypothese: zwei getrennte Störungen	39
5.4	Dispositionshypothese: Persönlichkeit bedingt Depression	40
5.5	Koeffekthypothese: eine Ursache, zwei »komorbide« Störungen	41
5.6	Risikohypothese: Typus melancholicus	42
5.7	Prognosehypothese: Persönlichkeit und Behandlungserfolg	43
5.8	Allgemeine Überlegungen zur Depressionsbehandlung	44

6 Die vielen Gesichter der Bipolarität. 48

Andreas Marneros

6.1	Einleitung	48
6.2	Bipolar-II-Störung	50
6.3	Gemischt-bipolare Störungen.	51
6.4	Rapid Cycling	52
6.5	Bipolar-schizoaffektive Störungen	53
6.6	Zyklothymia.	54
6.7	Zusammenfassung	55

7	Über den Mangel an bipolaren Straftätern	58
	Hans-Ludwig Kröber	
8	Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung	67
	Michael Linden	
8.1	Emotionale Reaktionen auf Belastungen	67
8.2	Die Qualität von Verbitterung.	67
8.3	Posttraumatische Verbitterungsstörung	69
8.4	Bedingungsfaktoren von Verbitterung	71
8.5	Verbitterung und Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung	74
8.6	Neurobiologie der Kränkung und Verbitterung	75
8.7	Schlussfolgerung	76
9	Depression und chronische körperliche Krankheit	79
	Wolfgang Herzog, Nicole Lossnitzer	
9.1	Chronische Krankheit als Belastungsfaktor	79
9.2	Epidemiologie depressiver Störungen bei körperlichen Krankheiten.	79
9.3	Folgen depressiver Störungen bei körperlichen Krankheiten	80
9.4	Ätiologische Überlegungen	80
9.5	Diagnostik von komorbiden depressiven Störungen im klinischen Alltag	82
9.6	Ziele und Wirksamkeit von Therapien	82
9.7	Fazit	83

10	Körperliche Symptome bei affektiven Störungen . . .	85
	Carlos Cornaglia	
10.1	Thesen zu körperlichen Symptomen bei affektiven Störungen	85
10.2	Erkennungsmodi für körperliche Symptome affektiver Störungen . . .	86
10.3	Ergebnisse früher Anamnesen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in von affektiven Erkrankungen betroffenen Familien.	88
10.4	Zusammenfassung	93
11	Neuroprotektion und affektive Störungen.	95
	Helmut Vedder	
11.1	Neuroprotektion bei affektiven Erkrankungen – ein Thema?	95
11.2	Affektive Störungen: Funktionsstörung oder strukturelle Störung? . .	96
11.3	Oxidativer Stress bei affektiven Erkrankungen	98
11.4	Hormone, oxidative Homöostase und affektive Erkrankungen.	99
11.5	Neuroprotektive Wirkungen von Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren	100
11.6	Zusammenfassung und Ausblick	101
12	Therapiestudien zu chronisch verlaufenden Depressionen	105
	Mathias Berger, Eva-Lotta Brakemeier, Elisabeth Schramm	
12.1	Was kennzeichnet chronische Depressionen?	105
12.2	Die psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression . .	108
12.3	Zusammenfassung	116

C Depression in den Lebensphasen

13	Zur Bedeutung der postpartalen Depression für die kindliche Entwicklung und die Mutter-Kind-Beziehung	121
	Corinna Reck	
13.1	Einleitung	121
13.2	Interaktionelle Kompetenzen in den ersten Lebensmonaten	121
13.3	Affektregulation in der Interaktion	122
13.4	Prävalenz und Risikofaktoren postpartaler psychischer Erkrankungen	124
13.5	Interaktionelle Verhaltensmuster depressiver Mütter und ihrer Säuglinge	125
13.6	Fazit zur Interaktion bei depressiven Müttern und ihren Säuglingen	126
14	Depressivität und selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter	129
	Franz Resch, Peter Parzer, Johann Haffner, Romuald Brunner	
14.1	Einleitung	129
14.2	Definition	129
14.3	Epidemiologie	130
14.4	Zusammenhänge mit anderen Risikofaktoren	131
14.5	Klinik	132
14.6	Pathogenetische Bausteine	134
14.7	Therapie	135
14.8	Fazit	136

15	Die Prävalenz der majoren Depression über die Lebensspanne	137
	Peter Schönknecht, Heidrun Lamparter, Johannes Schröder	
15.1	Einleitung	137
15.2	Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)	138
15.3	Stichprobenbeschreibung und Ergebnisse	139
15.4	Diskussion.	140

D Kulturelle Aspekte

16	Transkulturelle Aspekte der Depression.	151
	Andrés Heerlein	
16.1	Diagnostische und taxonomische Probleme	152
16.2	Vergleichende Epidemiologie der Depressionen	154
16.3	Gibt es unterschiedliche Erscheinungsformen der Depression?	155
16.4	Prämorbide Persönlichkeit aus transkultureller Sicht.	156
16.5	Transkulturelle Aspekte der Behandlung depressiver Störungen.	158
17	Sozialverhalten Depressiver: Symptom oder Kitt der Gesellschaft? – Rückblick und Ausblick der Heidelberger Depressionsforschung	162
	Christoph Mundt	
17.1	Die individualpsychologische Perspektive	163
17.2	Der Beitrag der sozialen Systeme	164
17.3	Zwischenbilanz	165

Inhalt

17.4	Evolutionenbiologische Erklärungsmodelle depressiven Sozialverhaltens	165
17.5	Schlussbetrachtungen	167
18	Depression und Manie als Zeitkrankheiten	171
	Thomas Fuchs	
18.1	Depression und Manie als Störungen des Zeiterlebens	173
18.2	Depression und Manie als Zeitdiagnosen	178
18.3	Schluss: Die anthropologische Proportion	183
19	Das Überstehen: Rilkes Weg zur Überwindung der Melancholie	187
	Otto Dörr Zegers	
19.1	Die Melancholie der Genialen.	187
19.2	Rilke und die Melancholie	188
19.3	Das Überstehen: Rilkes Weg zur Überwindung der Melancholie	192
	Sachverzeichnis	200

This page intentionally left blank

A Psychopathologie

This page intentionally left blank

1 Heidelberger Melancholiekonzepte – Ein persönlicher Rückblick

Hermann Lang

»Креп'лѣ« – verstehen Sie das? Nach dem Physikum verbrachte ich das Wintersemester 1964/65 in Paris. Neben dem Besuch der Seminare Lacans war das Eindrucksvollste dieses Aufenthalts die Absolvierung eines »stage« (Praktikum) in der psychiatrischen Universitätsklinik St. Anne. Wenige Jahre zuvor hatten dort Delay und Deniker Chlorpromazin entwickelt – in ihren Chefvisiten imponierten sie zweifellos als Götter in Weiß, wobei das Weiß durch einen elegant überworfenen azurblauen Dior-Mantel veredelt wurde, und immer wieder fiel dabei das Wort »Креп'лѣ« – bis ich endlich begriff, dass es sich hier um einen Homo Heidelbergensis handelte: um Emil Kraepelin nämlich und seine 1896 getroffene, epochemachende Unterscheidung zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein, das im Gegensatz zum ersten Formenkreis folgenlos abheilen kann. Später hat Kraepelin auch die Involutionmelancholie in der manisch-depressiven Erkrankung aufgehen lassen.

Heidelberger Melancholiekonzepte – wir können diese hier nur andeuten, weil wir dann ausführlich auf den bislang letzten Nachfolger Kraepelins näher eingehen wollen. Neues hat zu dieser Thematik Kurt Schneider mit dem Begriff der »Vitalstörung« beigesteuert, als dem leiblichen Aspekt der Depression, der nun besonders von Neuheidelbergern in den Fokus gerückt wurde, so von Otto Dörr in seinen Untersuchungen zur Phänomenologie depressiver Leiblichkeit und von Thomas Fuchs, der im Lichte des Begriffes der Zwischenleiblichkeit defiziente Modi depressiven Daseins herausarbeitet, wie den Verlust der sympathetisch-partizipierenden Weltbeziehung, die Verdinglichung des Leibes zum Körper-Objekt und eine misslingende Einstimmung (»Verstimmung«) in den gemeinsamen atmosphärischen Raum der Zwischenleiblichkeit. Das Leib-Seele-Problem betreffen auch die empirischen Forschungen Andrés Heerleins, insofern er nachweisen konnte, dass nicht nur, wie bislang angenommen, psychosomatisch Kranke, sondern auch Depressive Alexithymie-Merkmale zeigen.

Und dann natürlich Tellenbachs »Typus Melancholicus«, eine präorbide Persönlichkeitscharakteristik mit übertriebener Ordentlichkeit, perfektionistischer Genauigkeit, ausgeprägter Leistungsorientiertheit und Neigung zu symbiotischen Abhängigkeitsbeziehungen. Gewissermaßen in dieser Strukturierung eingeschlossen (»Inkludenz«), sind diese Menschen besonderen Risiken, depressiv zu erkranken, ausgesetzt – etwa, wenn sie vor sich selbst und vor anderen in Schuld geraten, hinter ihren hohen Ansprüchen zurückbleiben (»Remanenz«). Die besondere Affinität des melancholisch Depressiven zum Schulterleben unterstreicht dann Janzarik, wenn er betont, dass Depressive ständig ihr Werte-

system aktiv halten müssen. Bleibe das Gefühl der Aktivierung und Bestätigung aus, zum Beispiel durch körperliche Krankheit, Erschöpfung oder Umzug mit Wechseln der nachbarschaftlichen Beziehungen – klassische Auslösesituationen –, komme es zu einer affektdynamischen Restriktion des Wertgefüges. Wie Tellenbach selbst in seinem Melancholiebuch referiert, hat Janzarik, nur unter anderer Begrifflichkeit, eine dem Typus Melancholicus ähnliche Konzeption herausgearbeitet. W. Janzarik formuliert – ›Struktur‹ nennend, was wir ›Typus‹ heißen – ganz sinnlich, wenn er sagt: ›Strukturen sind verfestigte Antworten erblicher Dispositionen auf prägende situative Kräfte‹. So ergibt sich bei Tellenbach wie auch bei Janzarik ein sozial-psychiatrischer Ansatz, wenn Janzarik schreibt: »Ein vermehrtes Auftreten nicht der autochthonen, aber der strukturabhängigen depressiven Entgleisungen wäre bei einer bindungslösenden Umgestaltung des sozialen Feldes im Gefolge geschichtlicher Wandlungen denkbar«.

An diesem entscheidenden Punkt der sogenannten »pathogenen Situation« (Tellenbach) oder, wie wir heute eher sagen würden, Auslösesituation, arbeitet Janzarik heraus, dass durch bereits abgelaufene depressive Phasen eine »Bahnung« und damit eine Erniedrigung der Entgleisungsschwelle erfolgen kann. Während bei ersten Phasen noch eine konkrete Auslösesituation auszumachen war, können sich jetzt die pathogenen Situationen so sehr in einen »imaginativen Raum« zurückziehen, dass die Melancholie als autochthones Geschehen imponiert. Das traumatisierende Ereignis braucht als solches noch nicht eingetroffen zu sein, es wirkt traumatisch bereits in der Antizipation.

Unter Verwendung des soziologischen Rollen- und Identitätskonzepts hat Alfred Kraus diesen Ansatz weiterentwickelt. Der Verhaltensstil depressiver Menschen ist hypernomisch, d. h. in der Erfüllung sozialer Normen wirken sie übergenau, gewinnen ihre Identität aus einer Überidentifikation mit der sozialen Rolle. Infolgedessen finden wir dann einen charakteristischen »Mangel an Autonomie, Überanpassungsbereitschaft und hohe Abhängigkeiten von Anderen« sowie kognitive und emotionale Ambiguitätsintoleranz. Auf diesem Hintergrund mangelnder autonomer Ich-Identität hat Kraus dann das Konzept einer Identitätstherapie entwickelt.

Und nun kommen wir zu einem wahren Universalisten der Heidelberger Klinik. Wie kein anderer vermochte nämlich Christoph Mundt mit einer bewundernswerten integrativen Kraft die verschiedenen, oft gespaltenen Ansätze zum Depressionsverständnis produktiv zusammen zu bringen – als da sind: der traditionelle psychopathologische der Heidelberger Klinik, der nicht minder mit dieser Klinik verbundene phänomenologisch-anthropologische, dann der psychoanalytische, der behaviorale, der empirisch-statistische, der sozialpsychiatrisch-sozialpsychologische und schließlich der neurokognitive Ansatz.

In seiner schulenübergreifenden Sichtweise differenziert Mundt zunächst die Persönlichkeit von Depressiven weiter, nämlich, dem psychoanalytischen Konzept folgend, durch Einbeziehung einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur, die in Abhebung zum klassischen Typus Melancholicus als eher anspruchlich,