

Depression und Glaube

Prof. Dr. med. Markus Steffens

Chefarzt und stellvertr. Ärztlicher Direktor

Allgemeine Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Suchtmedizin und Psychotherapie,

Klinik Hohe Mark Oberursel/Frankfurt

Katholische Hochschule Mainz

Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung (ISRV)



Der Panther (R.M. Rilke)

*Sein Blick ist vom Vorübergehn der Stäbe
so müd geworden, daß er nichts mehr hält.
Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe
und hinter tausend Stäben keine Welt.*

*Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte,
der sich im allerkleinsten Kreise dreht,
ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte,
in der betäubt ein großer Wille steht.*

*Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille
sich lautlos auf. Dann geht ein Bild hinein,
geht durch der Glieder angespannte Stille –
und hört im Herzen auf zu sein.*



Depression und Glaube

- Depression verstehen
- Überblick über Therapieformen und Ansätze
- zur Rolle einer Bindungsbeziehung
- Welche Rolle spielt Glaube bzw. Religiosität?



ICD-10 Kriterien: depressiven Episode

mindestens 2 (für eine schwere Depression 3) der folgenden Symptome:

- depressive Stimmung (meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, unbeeinflusst von den Umständen, mindestens 2 Wochen anhaltend)
- Interessen- oder Freudenverlust
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

folgende Symptome zusätzlich (Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 – 8):

- Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles
- unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
- wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten
- Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
- psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
- Schlafstörungen jeder Art
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung



große Bedeutung der Depression

- hoher Leidensdruck, Erkrankung zielt ins Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität
- schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung (Suizidgefahr)
- beeinflusst den Verlauf vieler anderer Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus oder den Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall äußerst negativ



große Bedeutung der Depression

AU-Tage nach Einzeldiagnosen

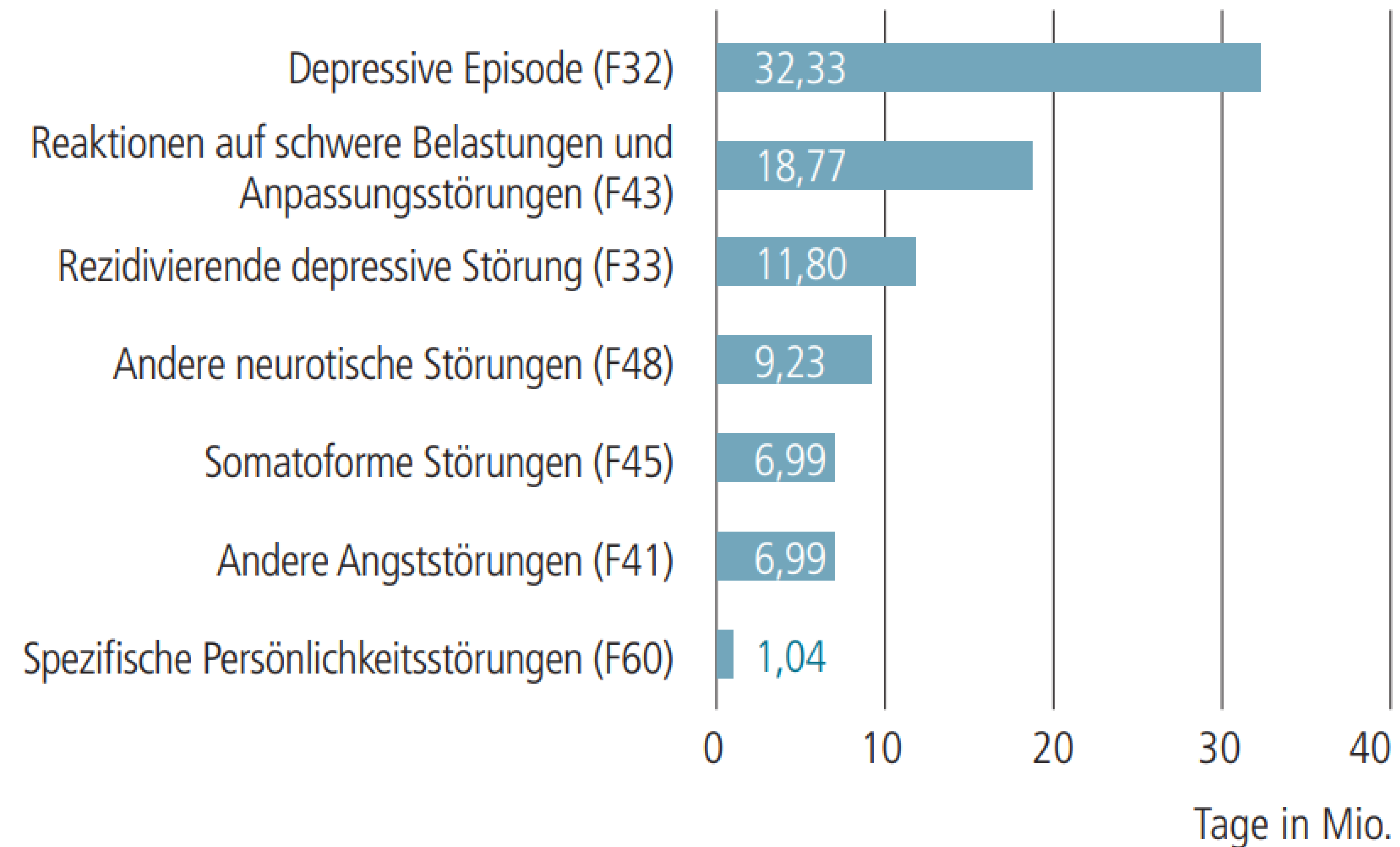


Abbildung 29: Die 7 wichtigsten Einzeldiagnosen für AU-Tage im Jahr 2017 für alle pflicht- und freiwillig GKV-Versicherten, Anzahl der Tage in Mio. Eigene Berechnung. Quelle: BMG (2020).

große Bedeutung der Depression

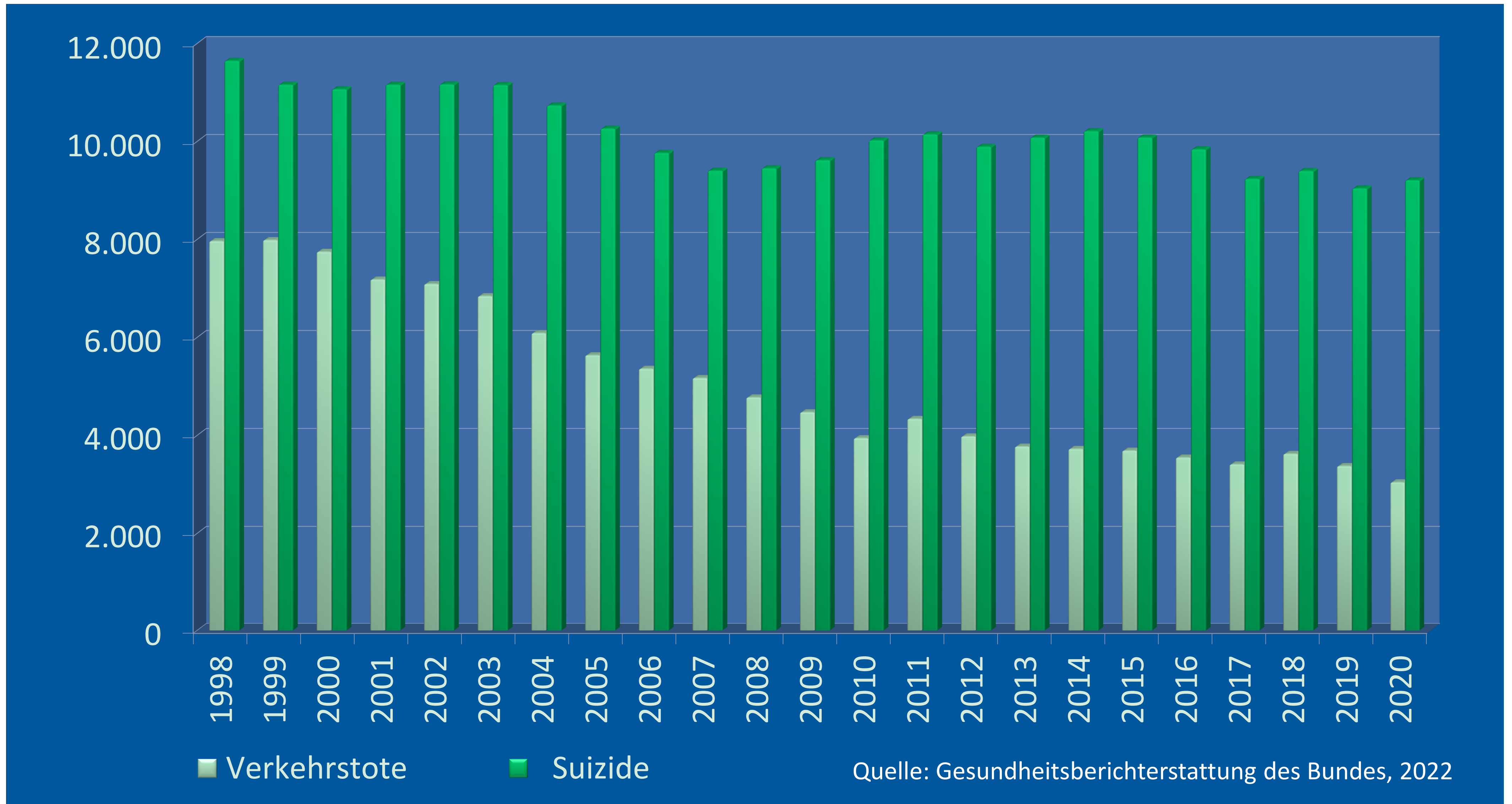
- hoher Leidensdruck, Erkrankung zielt ins Zentrum des Wohlbefindens und der Lebensqualität
- schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung (Suizidgefahr)
- beeinflusst den Verlauf vieler anderer Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus oder den Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall äußerst negativ
- **Erwerbstätigkeit:**
 - im Jahr 2008 gingen in Deutschland allein aufgrund depressiver Störungen 210.000 Erwerbstätigkeitsjahre verloren
 - im Jahr 2013 erhielten neu 21.500 Frauen allein aufgrund einer affektiven Störungen eine Rente wegen gesundheitsbedingter verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI (insgesamt 86.616 Frauen)
- **Elternschaft**
 - ca. 3 Millionen Kinder in D: ein Elternteil mit einer psychischen Störung im Verlaufe eines Jahres (höchste Elternschaftsrate bei affektiv Erkrankten)
 - ca. 500 000 Kinder in D
 - depressives Risiko des Kindes: 6-fach erhöht, anders affektiv zu erkranken: 2- bis 3-fach erhöht (Quelle: Steffens, Bassler 2015)

große Bedeutung der Depression bei älteren Menschen

- häufigste psychische Störung im höheren Lebensalter
- hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen, diese werden durch depressive Störungen deutlich negativ beeinflusst
- älteren Menschen über 75 Jahren: 17,1 % depressive Symptomatik
- noch höher:
 - Patienten beim Hausarzt: bis zu 37 %
 - Bewohnern von Pflegeheimen: bis zu 50 %
- Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung
- städtische Umgebung

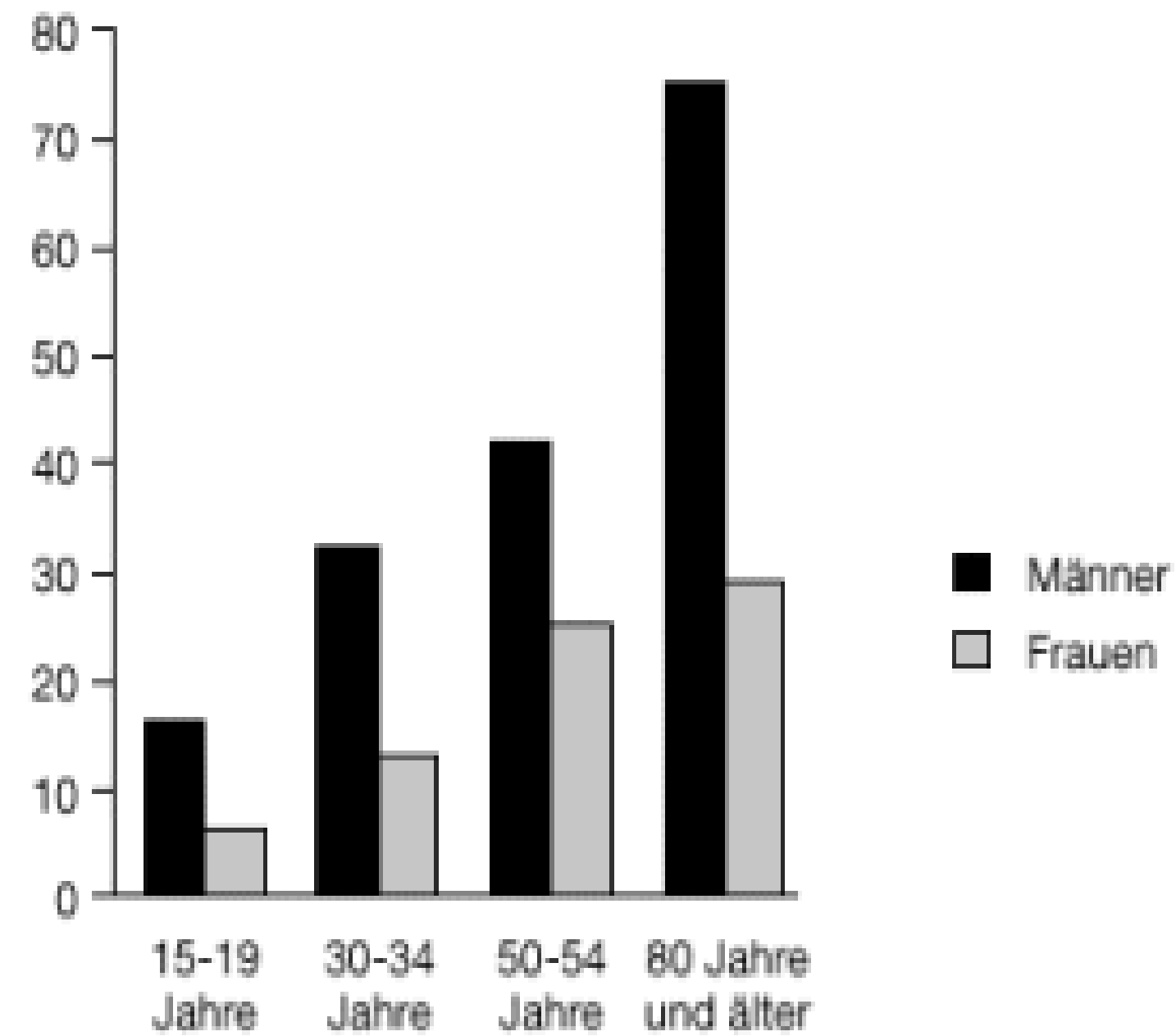


Vergleich Suizide – Verkehrstote (D)

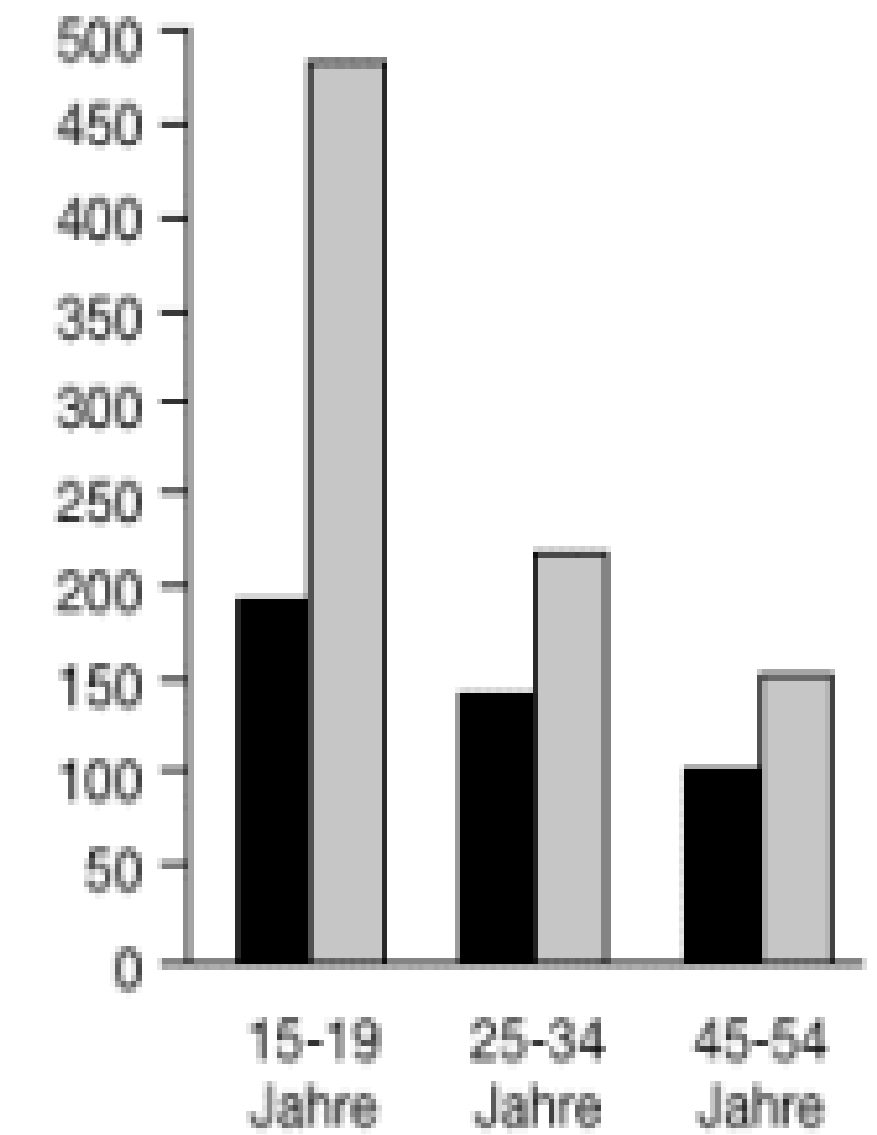


Suizidgefahr

Suizide je 100.000 Einwohner



Suizidversuche je 100.000 Einwohner



Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels evidenzbasierter Maßnahmen

Christiane Schlang¹, Juliana J. Petersen², Inga Beig³, Manuela See³, Markus Steffens⁴, Michael Grube⁵, Christoph Fehr⁶, Christine M. Freitag⁷, Christine Reif-Leonhard¹, Marcel A. Verhoff⁸ und Andreas Reif¹



¹Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt

²Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

³Stadt Frankfurt am Main, Der Magistrat, Gesundheitsamt

⁴Klinik Hohe Mark, Oberursel (Taunus)

⁵Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Psychosomatik, Klinikum Frankfurt Höchst

⁶Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt

⁷Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Frankfurt

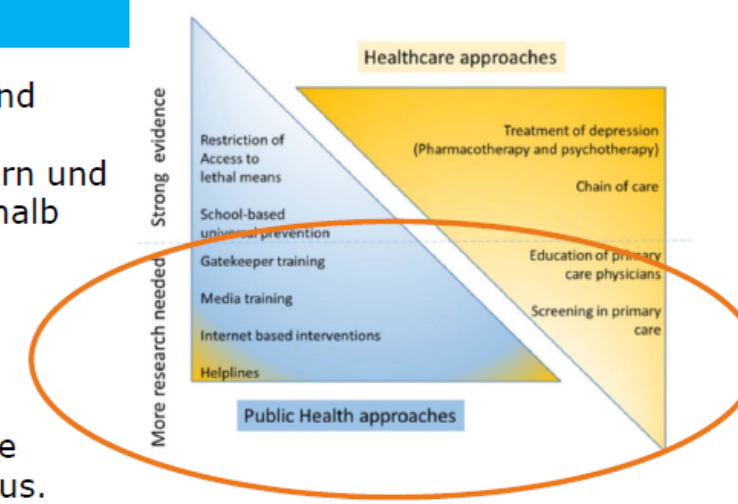
⁸Institut für Rechtsmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main



Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen

HINTERGRUND

Suizidale Handlungen sind ein relevanter Grund für Morbidität und Mortalität. In Frankfurt am Main, einer Stadt mit aktuell 740.000 Einwohnern und vielen Pendlern, kommt es zu ca. 90 vollendeten Suiziden innerhalb des Stadtgebietes pro Jahr. Die Häufigkeit von Suizidversuchen wird auf ca. 1800/Jahr (ca. 150/Monat) geschätzt. Leider wurden deutschlandweit bisher aber nur vergleichsweise wenige koordinierte Maßnahmen ergriffen, um die Zahl der Suizidversuche und Suizide systematisch zu reduzieren. Auch die Evaluierung koordinierter Programme steht überwiegend noch aus.



Evidenzbasierte Suizidprävention¹

PROJEKTZIELE

Das hier vorgestellte, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt (FKZ: ZMVI1 – 2517FSB136) evaluiert ein auf evidenzbasierten Methoden aufbauendes Programm zur Suizidprävention. Untersucht wird die Effektivität des Maßnahmenpakets bezüglich einer Reduktion suizidalen Verhaltens.

- Primäres Ziel ist die Senkung der absoluten Zahl der Suizide um ein Drittel (10% pro Jahr).
- Als sekundäres Ziel wird die Senkung der absoluten Zahl der Suizidversuche angestrebt.

Menschen mit Depression bei ihrem Hausarzt

(große internationale Studie, über 1000 PatientInnen; Simon et al 1999)

- 69 % gaben nur körperliche Symptome an
- 50 % wiesen mehrere ungeklärte somatische Symptome auf
- 11 % verneinten jegliche psychische Symptomatik



Klinik Hohe Mark

häufige Fehlannahmen

- werden im Gegensatz zu körperlich Kranken weniger ernst genommen
- glauben, dass die durch die Depression ausgelöste Leistungsunfähigkeit ihr Fehler sei
- können ihre Situation nur schwer als Krankheit akzeptieren
- Angehörige können nicht verstehen, wenn die Kranke auf liebevolle Zuwendung kaum oder gar nicht reagiert
- 80 % befürchten negative Folgen für ihr Privatleben nach Bekanntwerden

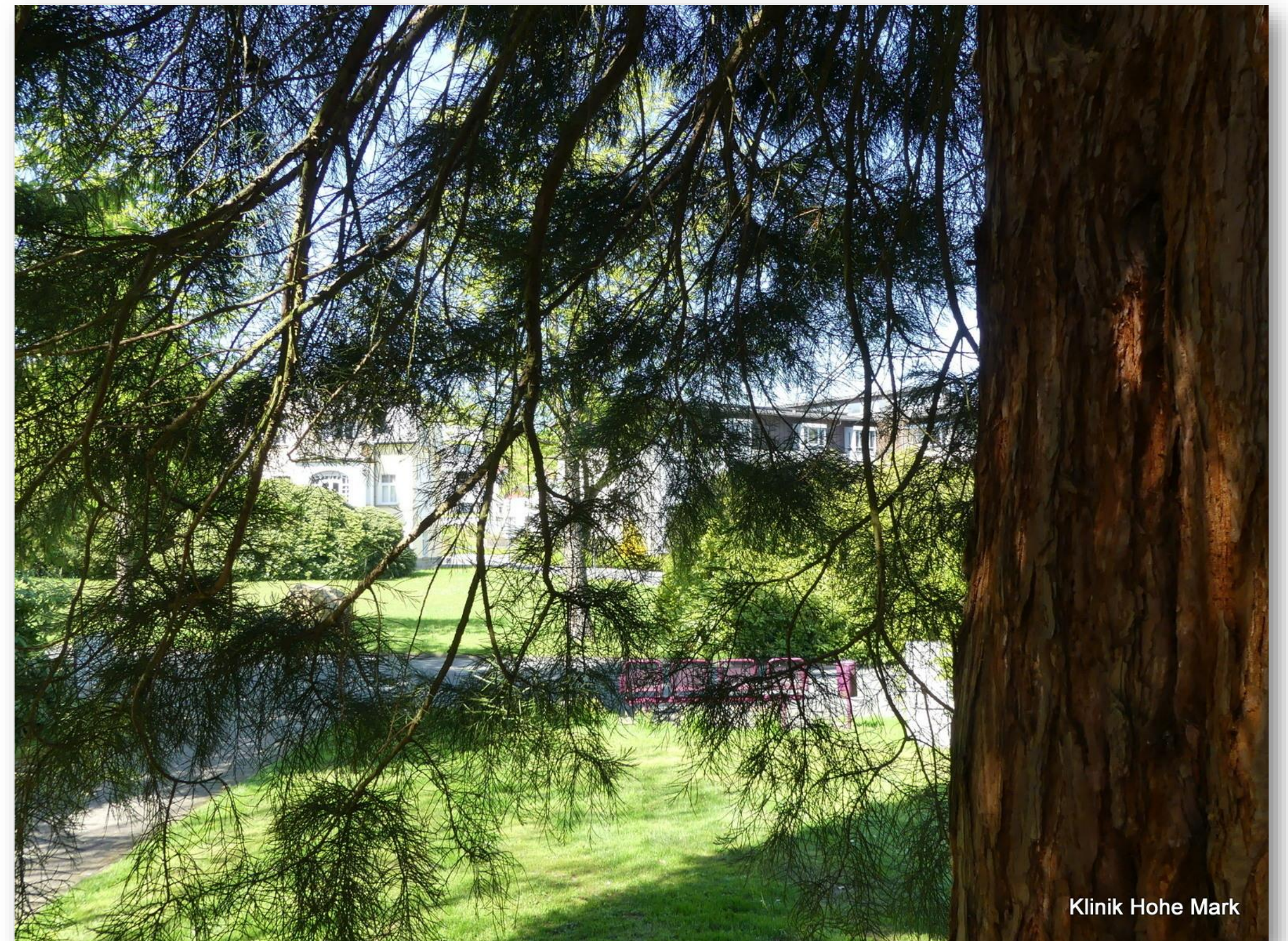


Unterschied zum „Normalzustand“

Unfähigkeit zu reagieren (nicht mehr richtig froh und nicht mehr richtig traurig sein können)

Menschen, die eine schwere Depression überstanden haben, zeichnen sich häufig aus durch

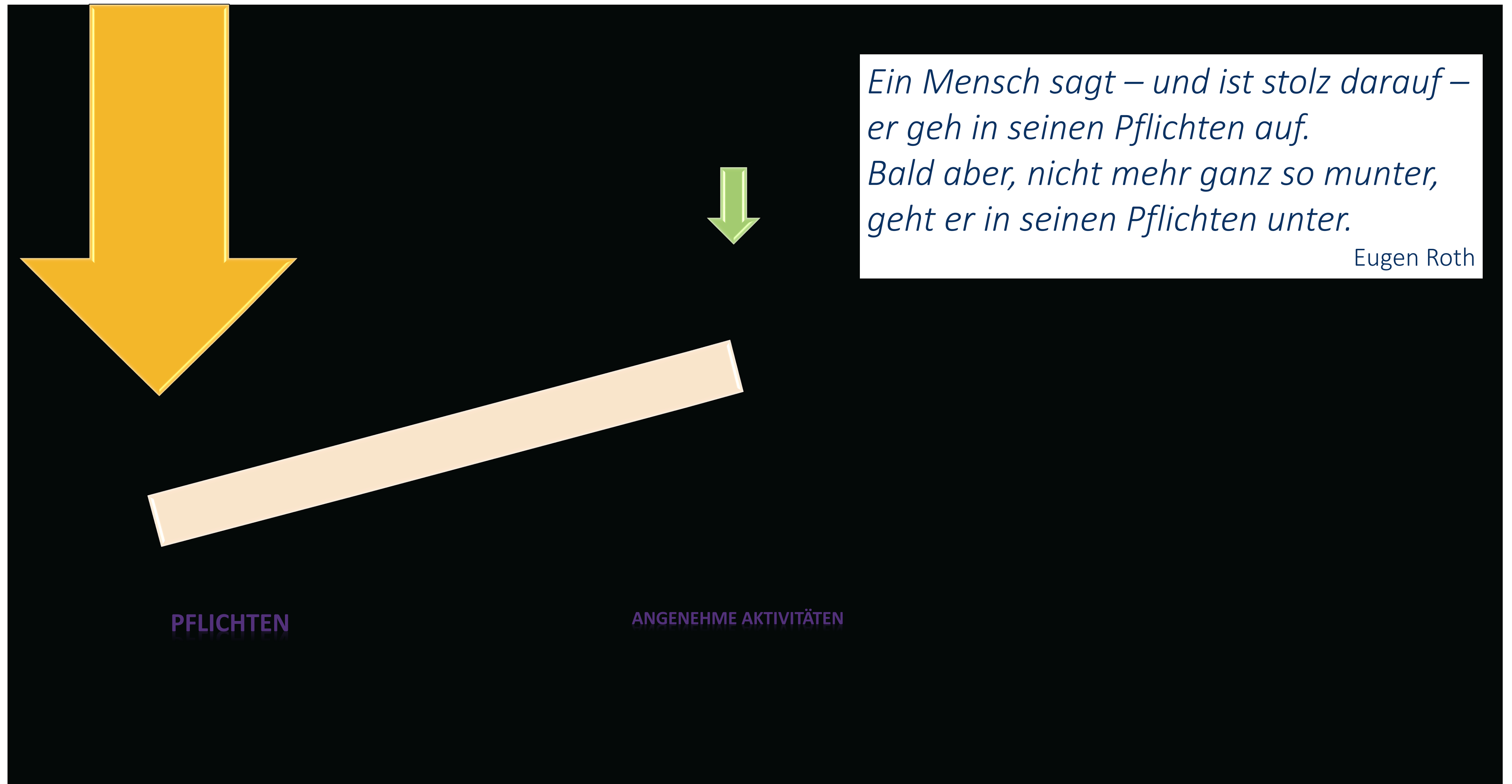
- tiefe Ernsthaftigkeit
- ebenso tiefen Humor
- sehr geringe Gefahr, sich selbst etwas vorzumachen
- tiefe Wahrnehmung, was andere oberflächlich ausblenden



Ausbruch einer Depression

- **Vulnerabilitätsfaktoren:**
 - genetische Veranlagung
 - Klima in der Primärfamilie
 - Persönlichkeitsfaktoren
 - körperliche Erkrankungen, z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen oder Durchblutungsstörungen
- **Stressniveau (längerdauernde Belastungen)**
 - chronische Überlastungssituation in Familie, Arbeit
 - Armut
 - Vereinsamung
 - langdauernde belastende Erkrankung

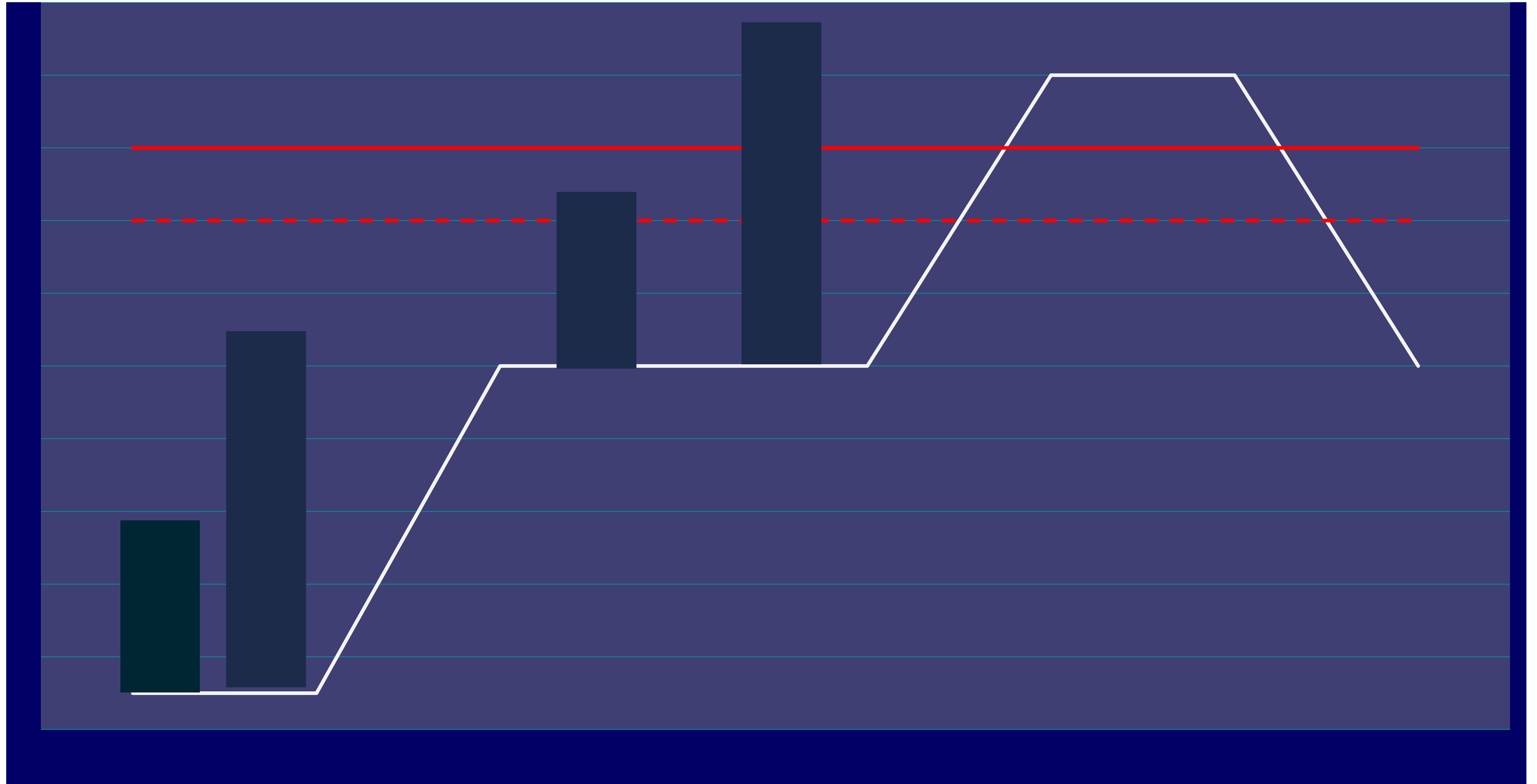
Stressniveau (längerdauernde Belastungen)



Ausbruch einer Depression

- **Vulnerabilitätsfaktoren:**
 - genetische Veranlagung
 - Klima in der Primärfamilie
 - Persönlichkeitsfaktoren
 - körperliche Erkrankungen (besonders vaskulärer Art): bei älteren Menschen häufig
- **Stressniveau (längerdauernde Belastungen)**
 - chronische Überlastungssituation in Familie, Arbeit
 - Armut
 - Vereinsamung
 - langdauernde belastende Erkrankung
- **Stressoren (aktuelle belastende Ereignisse)**
 - Beziehungskrisen, Verlust oder Tod einer wichtigen Bezugsperson, Verwitwung
(depressive Störung bei getrennt lebenden, geschiedenen und verwitweten Männern doppelt so häufig wie bei verheirateten Männern)
 - Arbeitsverlust, Berentung, gesellschaftlicher Statusverlust
 - Änderung des Wohnorts und Wohnform
 - plötzliche Erkrankung

Ausbruch einer Depression



Depression und Resilienz?



Schutzfaktor Bindung



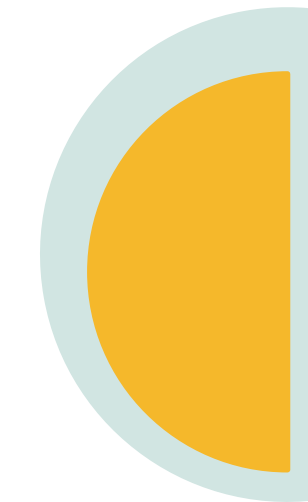
personal

- Temperament
- zumindest durchschnittliche Intelligenz
- besondere Begabungen
- positive Lebenseinstellung
- Religiosität
- Selbstwirksamkeitserwartung
- soziale Kompetenz



familiär

- sichere Bindung**
- familiäre Stabilität
- Qualität der Beziehung der Eltern untereinander
- Positive Geschwisterbeziehungen



sozial

- soziale Unterstützung
- Erwachsene als Rollenmodell, gute Beziehung zu einem Erwachsenen
- Kontakte zu Gleichaltrigen
- Qualität der Bildungsinstitutionen
- Einbindung in prosoziale Gruppen

Bindung

- Teil des komplexen Systems der Beziehung zwischen Mutter/Bindungsperson und Kind
- entsteht in den ersten Lebensmonaten
- Kontinuum, welches sich durch emotionale Erfahrungen neuer Beziehungen mit der Zeit auch ändern kann
- unterteilt in sichere, unsicher-vermeidende, unsicher ambivalente oder desorganisierte Bindungen
- für die Entstehung einer sicheren Bindung sind feinfühligere Mutter-Kind-Aktionen wichtig
- je feinfühlicher die Mutter oder eine andere Bindungsperson ist, umso bindungsfördernder ist die Situation für das Kind
- Auswirkungen auf Salutogenese (Kohärenzsinn, Vorhersehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit)

Feinfühligkeit (Responsivität)

- zentraler Wirkfaktor für Entwicklungs- und Bildungsprozesse bei Kindern bis drei Jahren (Forschungsergebnisse im familiären Bereich, Pädagogik und Therapie)
- Bezugsperson (häufig Mutter) kann:
 - die Signale des Kindes richtig erkennen
 - angemessen interpretieren
 - prompt und feinfühlig beantworten (hohes Maß an Wärme, Humor und Freundlichkeit. Eingehen, „Dabei-Sein“, Umgang mit Stimmungen/Emotionen, Wertschätzung/Loben, Stimulation, Spiegeln, Fragen)

auch im Erwachsenenalter: Bindungsbeziehung

- Nutzung des Anderen für das Aufrechterhalten von Nähe
- Nutzung des Anderen als sicheren Hafen (schützende Zuflucht in Zeiten von Belastung)
- Nutzung des Anderen als sichere Basis (für die Exploration der Umwelt)
- Protest/Stress bei Trennung und Verlust des Anderen



Schutzfaktor gelebter Glaube



personal

- Temperament
- zumindest durchschnittliche Intelligenz
- besondere Begabungen
- positive Lebenseinstellung
- Religiosität**
- Selbstwirksamkeitserwartung
- soziale Kompetenz



familiär

- sichere Bindung
- familiäre Stabilität
- Qualität der Beziehung der Eltern untereinander
- Positive Geschwisterbeziehungen



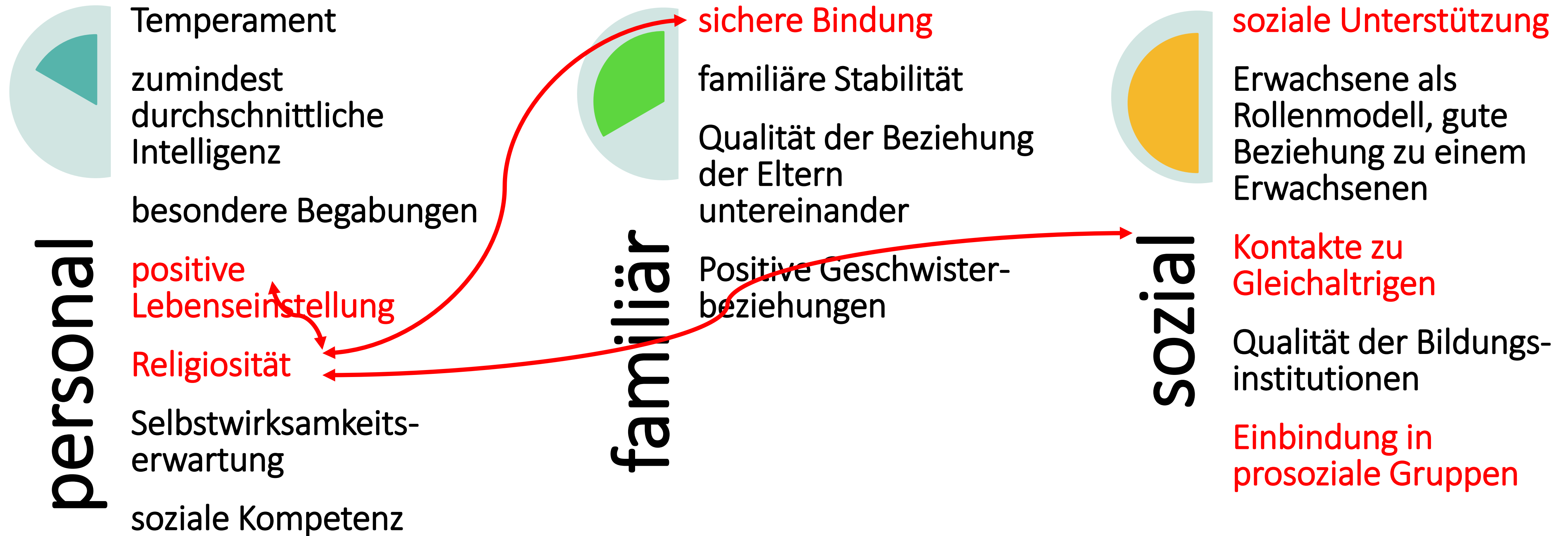
sozial

- soziale Unterstützung
- Erwachsene als Rollenmodell, gute Beziehung zu einem Erwachsenen
- Kontakte zu Gleichaltrigen
- Qualität der Bildungsinstitutionen
- Einbindung in prosoziale Gruppen

Religiosität und positives religiöses Coping

- Einbindung in religiöse Gemeinschaft als Schutzfaktor
- Religiosität und Optimismus können in engem Zusammenhang stehen
- Religiosität kann Hoffnung vermitteln
- Optimismus, positives Selbstbild und positive Erwartungen werden positiv beeinflusst durch gute Familienbeziehungen und Religiosität
- Zusammenhang mit Kohärenzsinn (Salutogenese: Sinnhaftigkeit)
- 74% der Studien weisen positive Korrelation zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit nach
- Moderation (Risiko- oder Schutzfaktor) durch Ausprägung des Gottesbildes, der religiösen Motivation (intrinsisch/extrinsisch), der Zentralität, ...

Schutzfaktoren



Reparative Funktion von Bindungsbeziehungen

- Bindungsbeziehung von Professionellen und PatientIn
 - sichere Partnerbeziehung
 - wahrgenommene Bindungsbeziehung zu Gott
-
- „erworbene“ Sicherheit trotz unsicherer Bindungsgeschichte
 - alternative Bindungsbeziehungen, stabil und über längere Zeit verfügbar
 - ermöglichen neue sensitive Bindungserfahrungen



Therapie der Depression

- Psychotherapie
- Antidepressiva
- unterstützende Therapieformen
- neuere biologische Therapieformen

zwei Seiten einer Medaille

Psychische Seite

- psychosoziale Belastungen
- Persönlichkeit

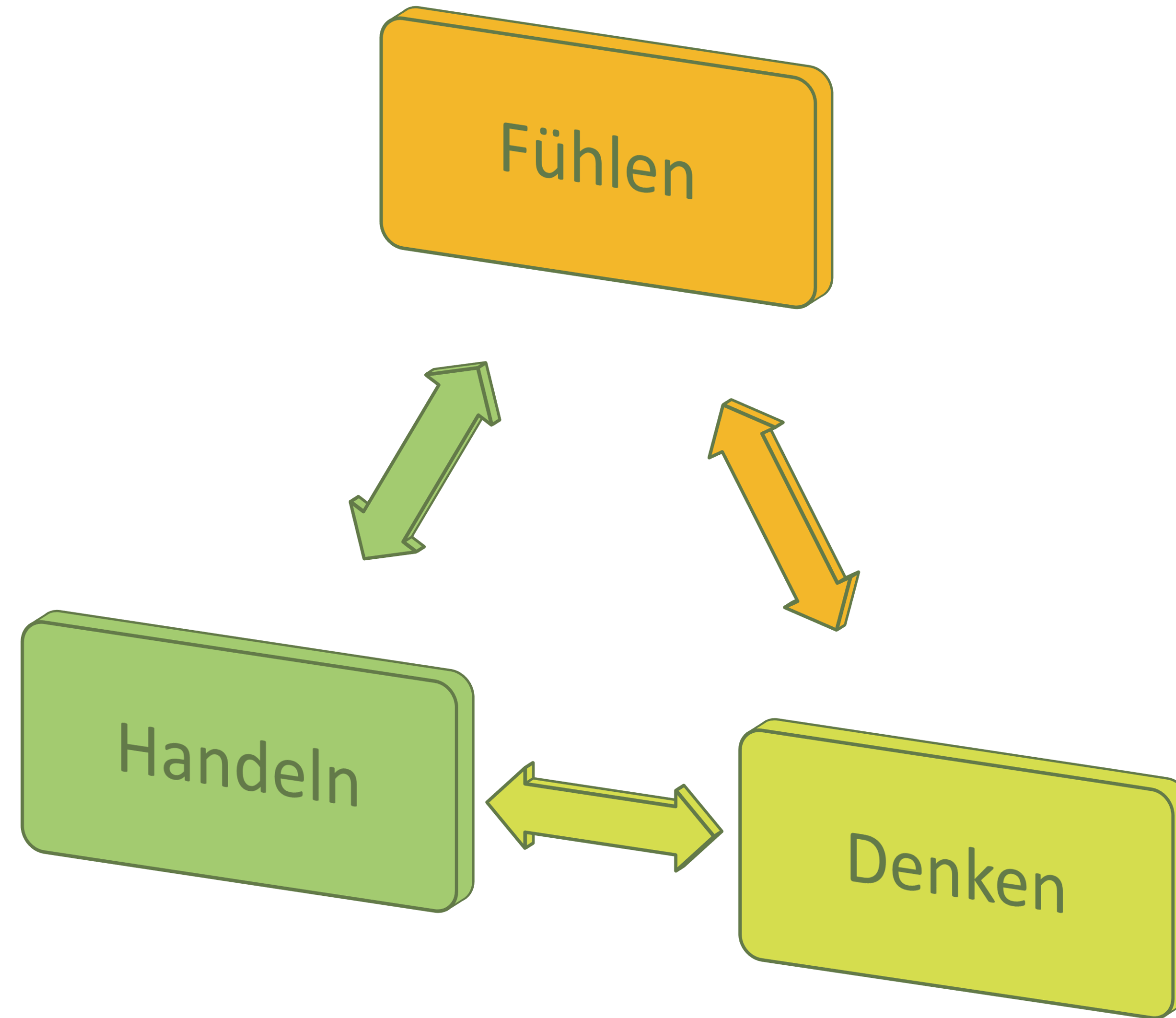
➤ Psychotherapie

Körperliche Seite

- Genetische Empfindlichkeit
- Hirntätigkeit
- Körperliche Erkrankungen

➤ Pharmakotherapie

Dreieckmodell



Zusammenhang von depressiver Stimmung und Aktivitäten

Sie fühlen sich niedergeschlagen, haben keine richtige Lust etwas zu tun

Sie haben im Alltag kaum noch positive Erlebnisse

Ihre Stimmung wird schlechter, Sie tun nur noch das Nötigste

Sie haben nichts mehr, an dem Sie sich freuen können

Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt, Ihnen ist alles zu viel

positive Stimmungsspirale

Ihre Stimmung wird besser, Sie planen weitere Unternehmungen, die Ihnen Freude machen

Sie tun außer den Pflichten noch bewusst etwas, was Ihnen Spaß macht

Sie freuen sich über Ihren Erfolg, Ihre Laune wird besser

Sie raffen sich auf und machen etwas, was Sie schon lange tun wollten

Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt, Ihnen ist alles zu viel

Gedankenstopp

typische krankheitsbedingte negative, selbstabwertende Wahrnehmungs- und Denkmechanismen:

- „Ich bin unzulänglich und nutzlos“
- „Ich bin nichts wert“
- „ich bin nicht krank, ich lasse mich nur hängen“
- „ich belaste meine Angehörigen, Freunde, Bekannte“
- „es gibt nur noch Negatives um mich herum“

→ verstärken die depressive Stimmung

→ verringert die Aktivität



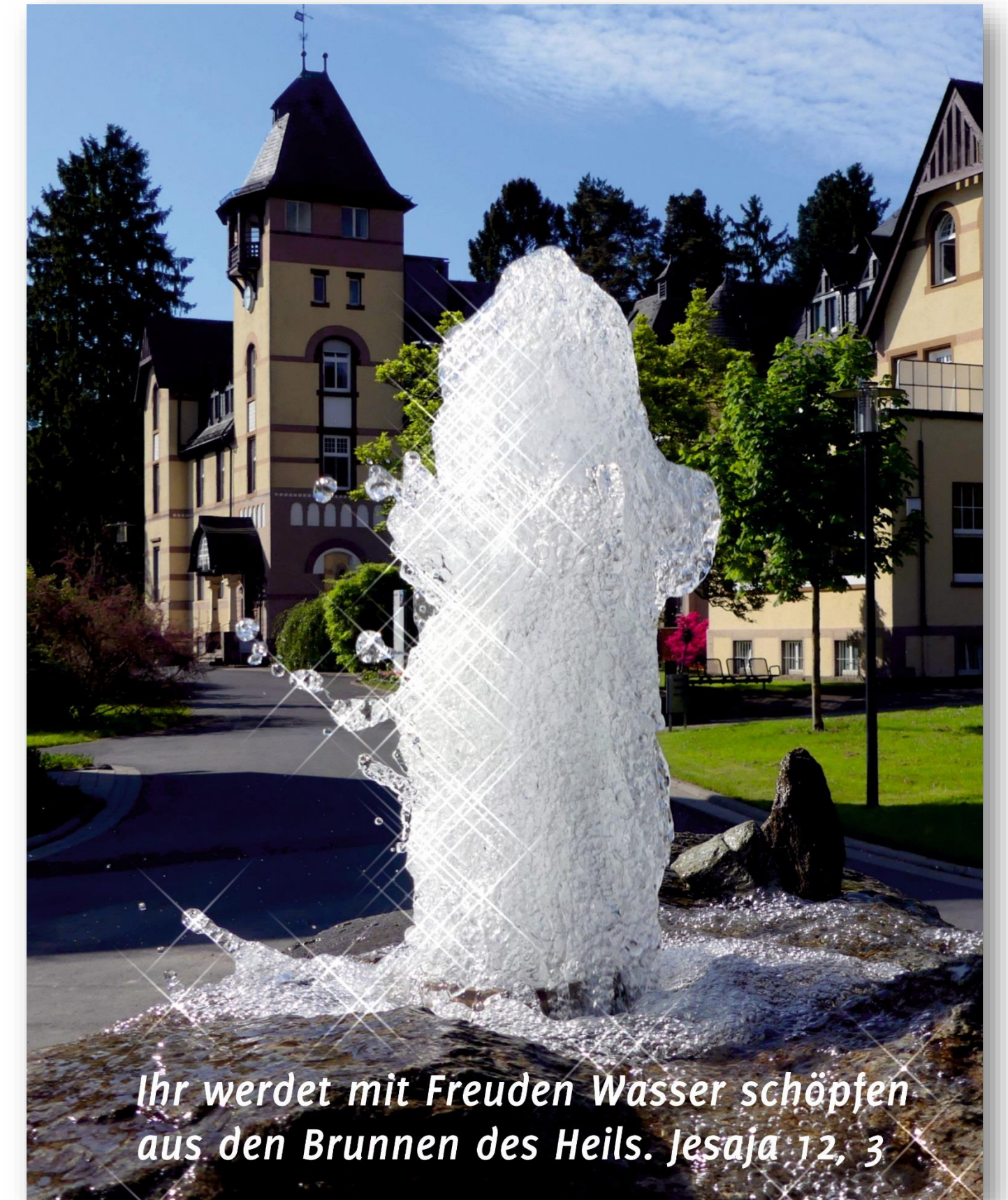
wichtige Prinzipien

- Geduld mit und „für“ Betroffene(n) oberstes Gebot, „stellvertretende Geduld“
- Betroffene(r) findet Modell, wie sie/er selbst gelassener und entspannter mit der Krankheit und sich selbst umgehen kann
- Kardinalfehler: expliziter oder impliziter Vorwurf, anders zu sein als die anderen: anstrengender, weniger dankbar, ...
- Kardinalfehler: wertende Vergleiche mit anderen („nimm Dir doch ein Beispiel an XY...“)



wichtige Prinzipien

- Vermittlung stellvertretender Hoffnung
- Gefühl entwickeln, durch Behandlung besser dazustehen als ohne: positive Folgen zumindest gleich stark wie die negativen Folgen der Inaktivität
- Gefühl wieder aktiv/beteiligt zu sein, statt nur erdulden, entlastet von Schuldgefühlen
- Prinzip des „Trotzdem Tun“: Tun ist Voraussetzung mögliche Besserungen zu erzielen, nicht Folge
- Prinzip der „kleinen Schritte“: in kleinen überschaubaren Schritten einem Leben mit größerer Lebensqualität immer näher kommen



R.M. Rilke

*Da neigt sich die Stunde und rührt mich an
mit klarem, metallischem Schlag:
mir zittern die Sinne. Ich fühle: ich kann –
und ich fasse den plastischen Tag.
Nichts war noch vollendet, eh ich es erschaut,
ein jedes Werden stand still.
Meine Blicke sind reif, und wie eine Braut
kommt jedem das Ding, das er will.
Nichts ist mir zu klein und ich lieb es trotzdem
und mal es auf Goldgrund und groß
und halte es hoch, und ich weiß nicht wem
löst es die Seele los ...*



Ainsworth, M. D. (1978/2008) Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. New York: Erlbaum, Hillsdale

Bassler, M., Steffens, M. (Hrsg.) (2015) Depression – Familie und Arbeit. Gesellschaftliche und individuelle Auslöser und Auswirkungen einer der häufigsten psychischen Erkrankungen. Unter Mitarbeit von Borbe C, Jendricke V, Probst J und Urbanek J. Frankfurt a. M.: Referenz

Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009) Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (35). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bengel, J., Lyssenko, L. (2012) Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit und Erwachsenenalter. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (43). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Berger, M. (2019): Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie, 6. vollst. neu bearb. Aufl., München u.a.: Urban & Fischer

Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., & Maier, W. (2012) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Nervenarzt. 2012; 4, 537 – 43

Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013) Prävalenz von depressiven Symptomen und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56 (5 – 6), 733 – 739

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage, Version 4. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_Unipolare_Depression_2016-11.pdf (download vom 19.04.2017)

Egle, U.T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., Cierpka, M. (2016) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59 (19), 1247–1254

Hahlweg, K., Baucom, D.H. (2008) Partnerschaft und psychische Störung, Göttingen u.a.: Hogrefe

Lenz, A. (2015) Depressiv erkrankte Eltern und deren Kinder. In: Bassler, M., Steffens, M. (Hrsg.) Depression – Familie und Arbeit. Gesellschaftliche und individuelle Auslöser und Auswirkungen einer der häufigsten psychischen Erkrankungen. Frankfurt a. M.: Referenz

Schauenburg, H. (2018) Depression und Bindung. Therapeutische Strategien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Stangl, E.D. (2017) Resilienz durch Glauben? Die Entwicklung psychischer Widerstandskraft bei Erwachsenen. 2. akt. Aufl. Ostfildern: Matthias Grünewald

Steffens, M., Borbe, C., Jendricke, V. (Hrsg.) (2016) Familie und psychische Gesundheit - Anspruch und Wirklichkeit. Ambivalenzen zwischen Stärkung und Entkräftigung. Unter Mitarbeit von Probst J und Urbanek J. Frankfurt a. M.: Referenz

Steffens, M., Neddens A.K. (2022) Religiosität und psychische Gesundheit. Risiko- oder Schutzfaktor? Nervenheilkunde 41: 135 - 141

Uexküll, T (Hrsg: Köhle, K. et al) (2017) Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8. Aufl., München: Urban & Fischer

Depression und Glaube

VIELEN DANK

