

münchener
bündnis
gegen

DEPRESSION



Depression in der Schule: Prävention und Früherkennung

eine existenzanalytischer Perspektive

Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- Sichtweise der Existenzanalyse
- Depression und ihre Symptome
- Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive
- Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie
- Angehörige und Depression

Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- Sichtweise der Existenzanalyse
- Depression und ihre Symptome
- Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive
- Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie
- Angehörige und Depression

Kinder und Jugendliche

Kinder: Abhängigkeit von Bezugspersonen
⇒ Krisen hinsichtlich der Schutzbedürftigkeit

Jugendliche: Autonomieentwicklung
⇒ Krisen hinsichtlich der Entwicklungsaufgaben

Wichtigkeit der Schulpsycholog:innen:

bei Kindern: wenn Eltern die nötige Fürsorge nicht geben können

bei Jugendlichen: weil Ansprechpartner:innen bei psychischen Krisen oftmals nicht Eltern, sondern Peergroup o.ä.

Limbisches System vs. präfrontale Areale

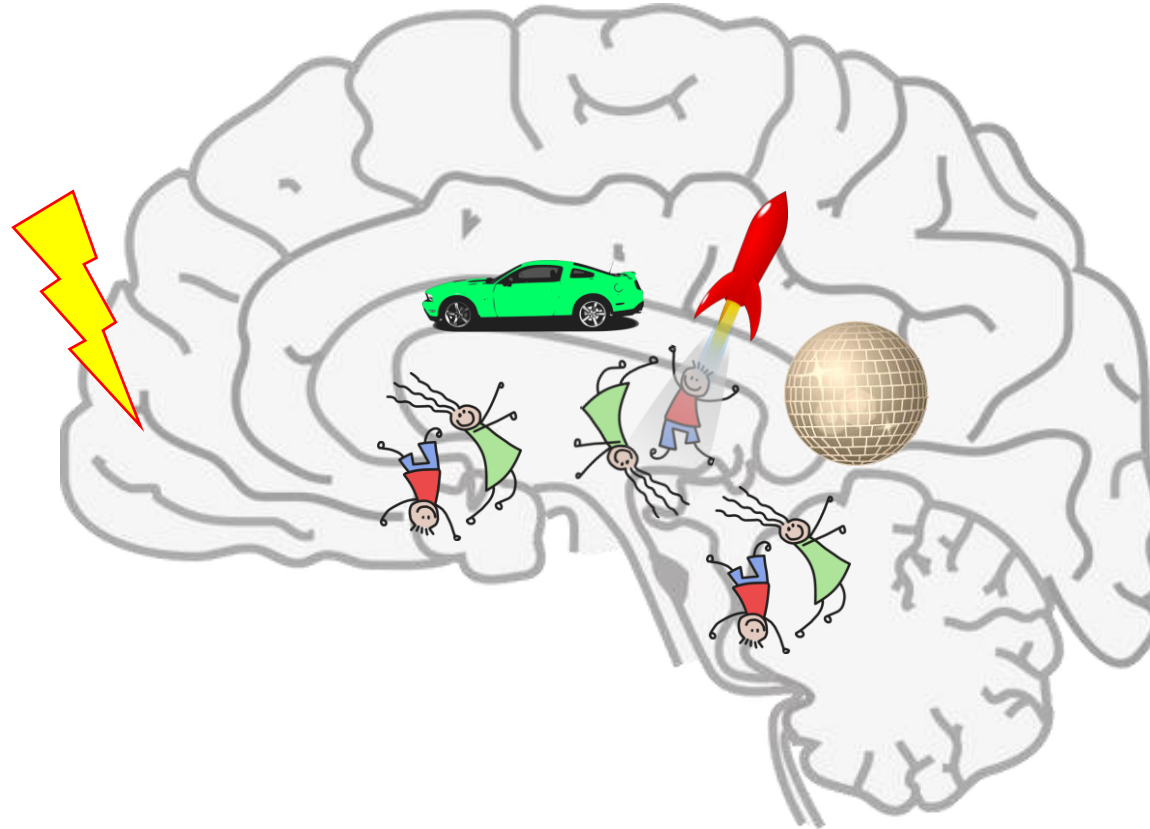
Emotionsregulation

Risikoabschätzung

Impulsregulation

Mittel- und
langfristige Ziele

Soziale Erfordernisse



Depression und Suizidalität bei Jugendliche in Deutschland

Prävalenz von Depression

Kinder im Grundschulalter: 2 %

Jugendliche: 3 - 10 %

Suizid als zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen

(häufigste Todesursache bei Jugendlichen: Unfälle)

Suizidalität: fast 20 % der Jugendlichen

Tatsächlicher Suizidversuch: 10 % der Jugendlichen

(Mädchen doppelt so häufig; aber Jungen mehr risikoreiches Verhalten)

Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- **Sichtweise der Existenzanalyse**
- Depression und ihre Symptome
- Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive
- Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie
- Angehörige und Depression

Existenzanalyse

„Unter Existenz wird in der Existenzanalyse ein **sinnvolles**, in **Freiheit** und **Verantwortung** **gestaltetes Leben** verstanden, das der Mensch als das seinige erlebt und worin er sich als Mitgestalter versteht.“ (Längle 2014: 18)

„Existenzanalyse ist die **Analyse der Bedingungen** für eine **erfüllte Existenz**.“
(Längle 2014: 20)

Vierfache Zustimmung, um eine erfüllten Existenz zu erlangen

1. Zustimmung zur **Welt**, ihrer Bedingungen und Möglichkeiten (Welt)
2. Zustimmung zum **eigenen Leben** und die erlebte Vitalität (Leben)
3. Zustimmung zur **eigenen Person**, ihrer Einzigartigkeit (Person)
4. Zustimmung in die **Zukunft** und die Aufforderung zum Handeln (Sinn)

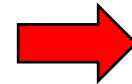
 4 Grundmotivationen des Individuums

Strukturmodell der Existenzanalyse: die 4 Grundmotivationen

1. Faktizität (Ich bin – kann ich sein?)

„Welche Bedingungen brauche ich, um sein zu können?“

2. Wert (Ich lebe – mag ich leben?)



Kernthema bei Depressionen

„Gibt es hier genug, was mein Leben wertvoll macht und dem ich mich emotional zuwenden kann?“

3. Identität (Ich bin ich – darf ich so sein?)

„Was brauche ich, um mich von anderen abgrenzen und mein Eigenes entwickeln zu können?“

4. Sinn (Ich bin da – wofür soll ich da sein?)

„In welchen größeren Zusammenhang stelle ich meinen Beitrag – wo bin ich gefragt, benötigt?“

Besonders relevante Grundmotivation „Wert“ (Sein mögen)

Grundwert (Gefühl und Haltung zum Leben):

„Ist es gut, dass es mich gibt?“ „Ist das Leben im Grunde gut?“

⇒ sich selbst und anderen **zuwenden** und sich **berühren** lassen (Emotionen)

Vorraussetzungen: **Beziehung, Zeit, Nähe**

Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- Sichtweise der Existenzanalyse
- **Depression und ihre Symptome**
- Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive
- Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie
- Angehörige und Depression

Existenzanalytische Definition der Depression

Leben ist Sich-in-Beziehung setzen: **Austausch, Veränderung, Vitalität**

Depression = Störung der Beziehung zum Leben, sodass der Wert des Lebens nicht mehr gefühlt werden kann

wenn Werte fehlen, verloren gehen, zerstört werden

- Lustlosigkeit („Ich mag nicht leben“)
- existenzieller Wertemangel („Es ist nicht gut, dass es mich gibt“)

Depression: Affektive Symptome

- Interessenslosigkeit
- Antriebslosigkeit/Kraftlosigkeit/große Ermüdbarkeit
 ⇒ schon beim Aufwachen: „Wie schaffe ich den Tag?“ (Längle 1993)
- depressive Stimmung (= Gefühl von Leere; ≠ Trauer)

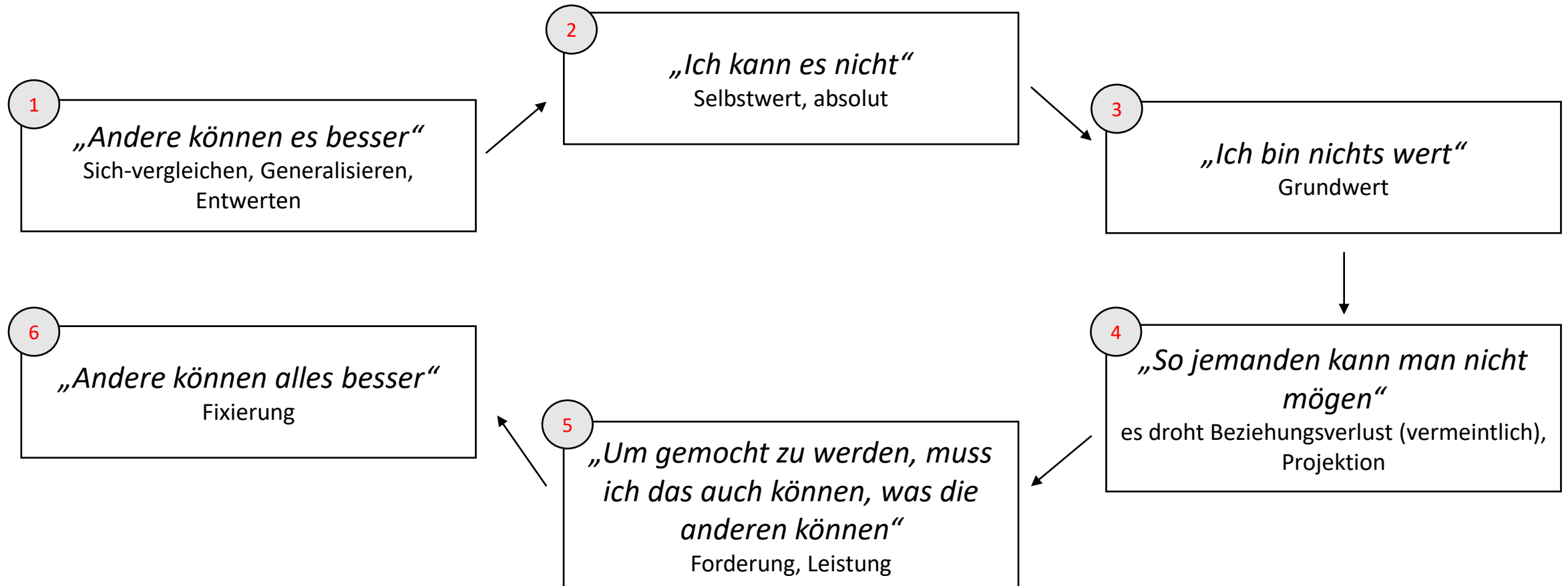
Zusatzsymptome

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Verminderung des Selbstwertgefühls/Selbstvertrauens
- Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
- Grübelzwang

Depression: Körperliche Symptome

- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- Impotenz/Libidoverlust
- Verdauungsbeschwerden
- Kopfschmerzen
- Atemstörungen
- Muskel/Gelenkschmerzen
- Herzrhythmusstörungen
- Verstopfung
- Kraft- und Energielosigkeit

Depressiver Denzkirkel

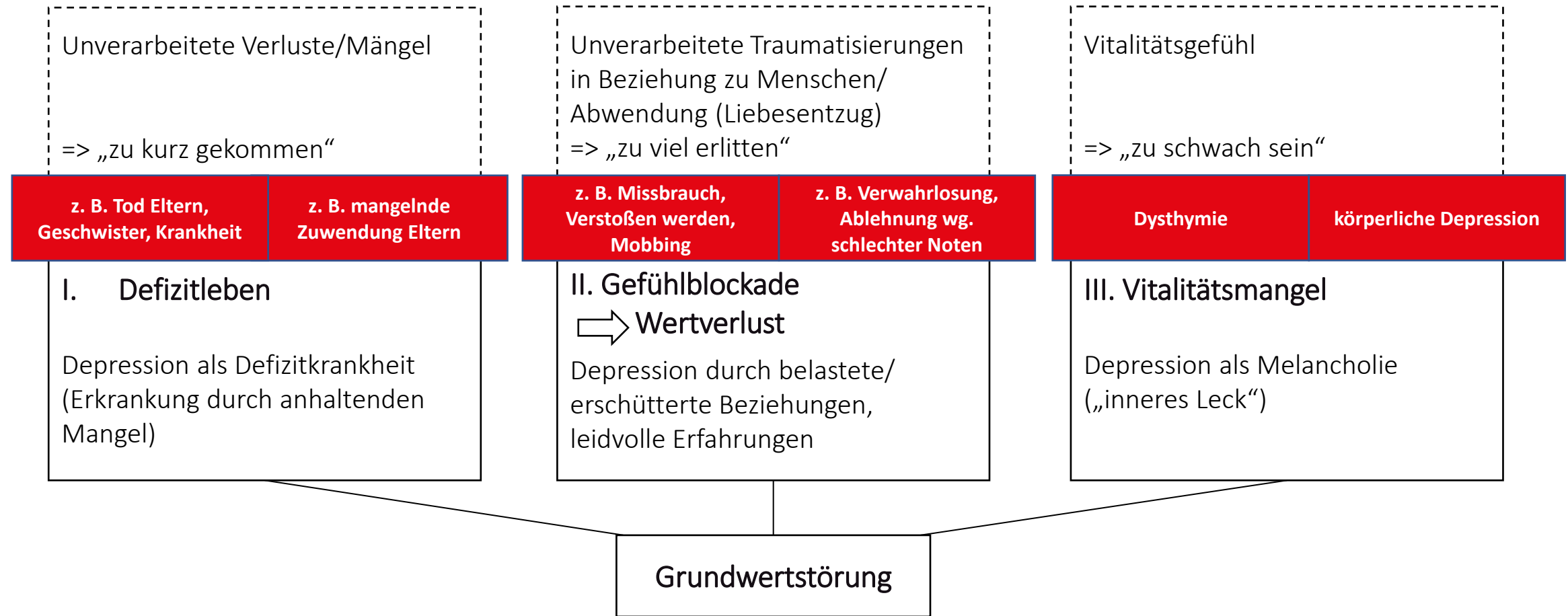


Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- Sichtweise der Existenzanalyse
- Depression und ihre Symptome
- **Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive**
- Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie
- Angehörige und Depression

Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive

bei
Schüler:
innen



Copingreaktionen – existenzanalytisches Verständnis

„*Copingreaktionen* sind **Schutzreaktionen**, automatisch ablaufende **Verhaltensweisen**, die der **unmittelbaren Bewältigung der Situation** dienen. Sie können angeboren oder erlernt sein. Kennzeichnend ist [...], dass sie **nicht entschiedenes Verhalten** darstellen und somit kein Handeln sind, sondern eine **Reaktionsweise**. Copingreaktionen dienen einzig dem **Erhalt des Lebens**, dem **Überstehen der Situation**, aber weder stellen Sie eine ursächliche Lösung des Problems dar, noch eröffnen sie die Welt, sie grenzen daher auch ein.“

(Längle/Bürgi 2014: 81)

Copingreaktionen – allgemeine Arten

1. Grundbewegung: Vermeidungsverhalten

Wenn Unsicherheit oder Angst aufkommt, sich durch Vermeidung oder Flucht in Sicherheit zu bringen

2. Paradoxe Bewegung: Aktivismus

Versuch durch Hyperaktivität eine Bedrohung oder Gefahr abzuwenden

3. Abwehrbewegung: Aggression

Versuch durch maximale Mobilisierung der Kräfte das Bedrohende zu vernichten und zu zerstören („entweder du oder ich“, es geht um „Sein oder Nicht-Sein“)

4. Totstellreflex: Lähmung, Verleugnung

Als letzter Ausweg wie gelähmt zu erstarren: Ohnmacht, Sprachlosigkeit und Überwältigung („...wo nichts mehr geht“)

Spezielle Copingreaktionen in der 2. Grundmotivation - wenn man nicht zu einem „Leben-Mögen“ kommt

1. Vermeidungsverhalten: Rückzug

Wenn man nicht mehr in die Welt gehen mag, sich lieber in der Innenwelt zurückziehen

⇒ Gleichgültigkeit

2. Aktivismus: Leistung

Leistung in der Hoffnung, wieder in Beziehung mit dem Leben/Werten zu kommen

⇒ Vergleich, Selbst-Entwertung

3. Aggression: Wut

Inneres „Aufwallen“ mit dem Ziel, Beziehung zum Leben wieder herzustellen

⇒ beziehungssuchende Wut

4. Totstellreflex: Resignation

Passivierung, Erkalten der Emotion

⇒ Erschöpfung

Depressive Verhaltensstrukturen: „Wertersatz“

Basis: gestörteste Wertempfinden + Blockade im Verhalten

- ⇒ *nicht gefühlte Werte können nicht als Handlungsanleitung dienen*
- ⇒ **Wertersatz.** Richten nach Normen, Pflichten, Nützlichkeit, Vorgaben usw.
„Ich muss das können.“ „Das muss so sein.“ „Das Mindeste“

Angst nicht geliebt zu werden; Angst vor Beziehungsverlust (nicht dazuzugehören)

Die Folge sind Druck, Belastung, Versagensgefühle (je höher der normative Anspruch bzw. Erwartungen gegenüber sich selbst).

**bei Schüler:innen: z. B. ähnlich gute Schulnoten erzielen,
Versagensangst Mithalten-Können bei Peergroup (als Norm)**

Depressive Verhaltensstrukturen: „Sich-Vergleichen“

Aktives Sich-Vergleichen bei Schüler:innen: z. B. sich vergleichen in sozialen Medien

ständiges Messen des Eigenwerts an anderen, aus der Not heraus, nicht wertvoll zu sein mit dem *Wunsch, gemocht zu werden, gut dazustehen*.

eigener Blick auf andere und eigenes Defizit gerichtet, aber nicht auf das, was einem die Situation geben könnte. \Rightarrow **fehlendes Wertempfinden; Gegenwart „geht leer aus“**

Passives Sich-Vergleichen bei Schüler:innen: z. B. toxische:r Freund:in

oftmals in Konstellation von einem, einer Depressive:n und einem, einer Narzisst:in
grandiose:r Narzisst:in vergleicht sich mit „schwachen“ Depressiven und fühlt sich dabei gut (Bewunderung); Depressive:r unterliegt im (Leistungs-)Vergleich mit Narzisst:in
 \Rightarrow zunehmend psychische Verarmung, Anpassung, Ausweichen, Rückzug

Depressive Verhaltensstrukturen: Rückzugsverhalten

Konfrontationsvermeidung

- Angst vor Konsequenzen eines Beziehungsverlustes
- kein Kämpfer für sich selbst (Mangel der eigenen Wertigkeit)
- Schwierigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern

⇒ Angst, dass eigene Schwächen sichtbar werden

⇒ Angst vor Forderungen und Ansprüchen (Versagensangst)

bei Schüler:innen: z. B. bei depressive Anpasstheit gegenüber Eltern/Bezugspersonen

Depressive Verhaltensstrukturen: Investition in Beziehungserhaltung und Beziehungersatz, verbunden mit Abgrenzungsschwierigkeiten

= Unfähigkeit zur Abgrenzung aus Angst vor Beziehungsverlust

⇒ Unersättlichkeit in Beziehungen, weil innere Beziehung unvollständig oder negativ ist

Symptome:

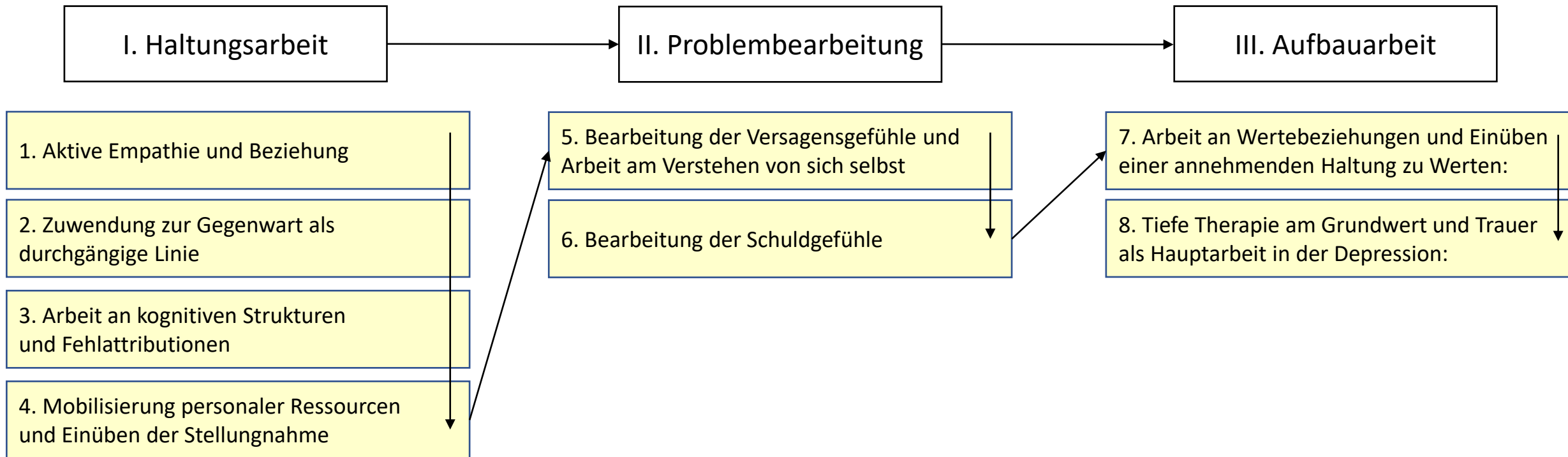
- Konfliktunfähigkeit
- nicht delegieren können (Delegieren als Ziehen von Grenzen)
- Schwierigkeiten, mit einer begonnenen Arbeit aufzuhören
- Aufschieben der Dinge

bei Schüler:innen: z. B. Schulaufgaben für „Freunde“ erledigen

Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- Sichtweise der Existenzanalyse
- Depression und ihre Symptome
- Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive
- **Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie**
- Angehörige und Depression

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – 8 Schritte



Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – I. Haltungsarbeit

1. Aktive Empathie und Beziehung

- aktive Zuwendung
- Schaffen von „warmer“ Atmosphäre
- **Zuwendung des Therapeuten**
 - ⇒ Zuwendung des, der Patient:in zu sich selbst gefördert
 - = Beziehungsaufnahme zum Leben durch den, die Therapeut:in

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – I. Haltungsarbeit

2. Zuwendung zur Gegenwart als durchgängige Linie

Fraktionierung der Aufgaben und Üben in Selbstbescheidenheit

- **Schaffen der realen Welt:** Konkrete Gestaltung und Strukturierung der aktuellen Lebenssituation (Ruhephasen, Tagesstruktur, Schlafverhalten) \Rightarrow evtl. Krankenstand
- **Konzentrieren auf erhalten gebliebene Fähigkeiten und kleine Aufgaben**
Verantwortung des, der Depressiven = sich entscheiden, das zu tun, was er/sie noch kann, und von anderem zu lassen

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – I. Haltungsarbeit

2. Zuwendung zur Gegenwart als durchgängige Linie:

Fraktionierung der Aufgaben und Üben in Selbstbescheidenheit

- **Klären der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit:**
nicht alles selbst machen, nicht alles heute machen wollen
- **Entlastung durch Reflektieren und Lernen aus der Biographie:**
„Was hat früher geholfen?“ Motivation durch das gemeinsame Besprechen,
Bewusstwerden des Konkreten, Realen
- **Zuwendung zur eigenen Leiblichkeit:** z. B. Sport

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – I. Haltungsarbeit

3. Arbeit an kognitiven Strukturen und Fehlattritionen

Depressiver Denzirkel, Erschöpfungszirkel erklären:

Stress, der durch Wunsch gut zu sein entsteht

⇒ Anstrengung ⇒ Versagen ⇒ noch mehr Anstrengung ⇒ Erschöpfung
⇒ Resignation

Überheblichkeit durch ständige Entwertung erklären

Arbeit an Einstellung zur Depression:

Freiheit gegenüber der Einstellung zur Depression

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – I. Haltungsarbeit

4. Mobilisierung personaler Ressourcen und Einüben der Stellungnahme

Selbstdistanzierung gegenüber Gefühlen

„Die Gefühle sind jetzt einseitig (negativ), aber ich lass mir von ihnen nichts diktieren“

Selbstdistanzierung gegenüber Erwartungen,

... dass sich bei dem, was man tut, Gefühle der Freude usw. einstellen müssen

Selbstannahme: sich zu dem stellen, was man tut, oder es lassen

= Entgentreten der *Entwertung des Vorhandenen* und der *Überbewertung der Vorstellungen* („inneres Vergleichen“) und dem was *andere* haben

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – I. Haltungsarbeit

4. Mobilisierung personaler Ressourcen und Einüben der Stellungnahme

Personale Positionsfindung: Einüben der Stellungnahme zum depressiven Geschehen

Ziel: Überleitung der depressiven primären Emotion in eine integrierte Emotion

PP1: Stimmt das auch? Woran erkenne ich das?

PP2: Wenn das so wäre, was würde mir verloren gehen? Dieses eine Mal verloren gehen?

PP3: Worum geht es mir in dieser Situation? Bin ich hier, um mir etwas zu beweisen oder etwas zu tun?

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – II. Problembearbeitung

5. Bearbeitung der Versagensgefühle und Arbeit am Verstehen von sich selbst:

= Wertfinden durch Kippen des Negativen ins Positive

„Wo liegt die Stärke in dem, was ich als Schwäche angesehen habe?“

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – II. Problembearbeitung

6. Bearbeitung der Schuldgefühle:

- **diffuse Verantwortungsgefühle** \Rightarrow Klären der realen Verantwortung (wo keine Verantwortung, da keine reale Schuld)
- Reduzieren überhöhter Wertvorstellungen
- Abgrenzung gegenüber Verantwortungsdefizite anderer

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – III. Aufbauarbeit

7. Arbeit an Wertebeziehungen und Einüben einer annehmenden Haltung zu Werten

- **Leitmotiv:** „sich selbst etwas Gutes tun“ „Erschöpfungsverbot“
(weil es eine Missachtung des Wertes des eigenen Lebens ist)
- Arbeit an Gefühlsblockaden, Wertwahrnehmungen und Traumatisierungen

Methodische Elemente und Schritte der Depressionstherapie – III. Aufbauarbeit

8. Tiefe Therapie am Grundwert und Trauer als Hauptarbeit in der Depression

Trauer, Wut über die Leidensgeschichte der Wert- und Liebesverluste, Defizite, Traumatisierungen, die Lebenswert verschüttet haben

Trauer = Zentrale in der Therapie der Depression

Trauer in Kombination mit therapeutischer Beziehung als stärkste Grundwertinduktion (Grundwert = Gefühl und Haltung zum Leben: „Es ist gut, dass es mich gibt“ „Das Leben ist im Grunde gut“)

Inhalte

- Depressionen bei Kindern und Jugendlichen
- Sichtweise der Existenzanalyse
- Depression und ihre Symptome
- Individuelle Ursachen für Depression aus existenzanalytischer Perspektive
- Methodische Elemente und Schritte der (existenzanalytischen) Depressionstherapie
- **Angehörige und Depression**

Angehörige von Depressiven

1. Aufklärung über Depression

- Prognose
- Grenzen des Machbaren deutlich machen!
- „Persönliche Engagement ist nicht ausreichend für Heilung“

2. Liebe tut gut, ist aber nicht das kausale Mittel zur Heilung

Angehörige von Depressiven

3. Klärung, ob Angehörige Beratung oder Therapie braucht

in der Regel reichen ein bis zwei Aufklärungsgespräche

Wenn depressive Person nicht in Behandlung geht:

- versuchen, Patient:in zu überzeugen, Behandlung aufzunehmen;
Angehörige eigene Not schildern lassen und dass sie Beratung waren
- Entscheidung bei betroffener Person lassen; Ausnahme schwere Depression, Minderjährige
- Angehörigen helfen, Grenzen zu ziehen

Wenn beide Seiten (Depressive:r und Angehöriger:r) zusammen oder allein es nicht schaffen ⇒ Fremdhilfe

Angehörige von Depressiven

4. Angehörige als Ansprechpartner:innen für Depressive:n erhalten, auch wenn sie sich abgrenzen, sich nicht verschließen, sondern zur Beziehung einladen

- Depressive:n immer wieder zum Gespräch auffordern
- Entlasten ohne Forderung

5. Verheimlichung der Depression vermeiden

Verheimlichung = verdeckte Ablehnung der Depression

6. Anspruch aufgeben

„Die Hilfe muss nicht durch mich und nicht sofort erfolgen.“ (sofern nicht suizidal)

⇒ Angehörige sind keine Therapeut:innen

Angehörige von Depressiven

7. Die anderen Angehörigen über die eigenen Grenzen als Angehörige aufklären:

Familien sollen Probleme offenlegen und die Grenzen des Familiensystems deutlich machen

⇒ Motivation der Familie, weitere Hilfe im Außen zu suchen und Entlastung zu akzeptieren

Sinn der Depression

Depression als Anstoß, „besser auf das gefühlte Leben zu achten“

Depression als ein **Schutz/Aufschub** vor **Überforderung**, **Wertverlust** mit hohen Kosten

⇒ „Energiesparmodus“

„**Personaler**“ Umgang:

Zuwenden **lebensrelevanter Bereiche** in **fühlender Nähe** und **Aufforderung**, dem **Leid nicht länger auszuweichen** ⇒ Trauern über Wertverlust als aktive Verarbeitung

münchener
bündnis
gegen

DEPRESSION

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Literaturverzeichnis

Bukovski, R. (2021): Klinischer Teil „Depression“. IBK 8A. GLE

Burisch, M. (2006): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer

Frey, M. (2021): Psychische Krisen bei Kindern und Jugendlichen. Nervenheilkunde. 40(09): 691-698

Frey, M. (2021, 09.10.2021): „Symposium für Alle: Alles Krise, oder was?!“ - "Krisen bei Kindern und Jugendlichen". YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=4eunZLfiFQ&t=7545s>

Holtmann, M. (2021; 17.10): Depression im Kindes- und Jugendalter. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter>

Längle, A. (2016): Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas.

Längle, A. (2014): Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. 2. Auflage. Wien: Facultas.wuv.

Längle, A. (2003): Lernskriptum "Klinischer Teil" GLE

Längle, A.; Bürgi, D. (2014): Existentielles Coaching. Theoretische Orientierung, Grundlagen und Praxis für Coaching, Organisationsberatung und Supervision. 1. Auflage. Wien: Facultas.wuv.

Längle, A.; Künz, I. (2016): Leben in der Arbeit? Existentielle Zugänge zu Burnout-Prävention und Gesundheitsförderung. Wien: Facultas.

Laux, G. (2017): Depressive Störungen, in: Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P. (2017): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage. Berlin: Springer