Freud Institut Zürich

Herbst 2021

*Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie*

Dr. med. Charles Mendes de Leon

**Übungen zu „Depression“ (alle Formen). Kursabend vom 06.12.2021**

Alle Fragen auf diesem Blatt beziehen sich auf Artikel 2.

Artikel 2: *Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis (*A.Gumz et al., 2018, Beltz): Kapitel 37 „Therapie der Depression“ (S.453-464)

1. Es gibt in der psychodynamischen Tradition und Gegenwart viele Konzepte und Interventionsstrategien zur Psychotherapie depressiver Entwicklungen. Wodurch ist diese Vielfalt bedingt? (S.453)
2. In Deutschland gilt die „nationale Versorgungsleitlinie“ als Orientierungshilfe für die Psychotherapie der Depression (S.453). Gibt es in der „liberaleren“ Schweiz auch einschlägige Richtlinien? Wo würden Sie sich erkundigen, wenn Sie diesbezüglich einen ausführlichen Bericht für die Krankenkasse schreiben müssen? (S.453)
3. Ist die psychodynamische Psychotherapie eine evidenzbasierte Behandlung bei depressiven Störungen (S.453)?
4. Welche konkrete Intervention hat der Psychoanalytiker Winnicott vorgeschlagen, um „zeitlichen Aufschub“ bei Suizidalität zu gewinnen (S.454)?
5. Wie würden Sie technisch (konkret) vorgehen bei der Einrichtung einer 10-stündigen Psychotherapie (S.455)? Was ist unbedingt zu vermeiden?
6. Warum verlassen nicht selten die Patientinnen nach wenigen Stunden das Behandlungssetting (S.455)? Bedeutet ein solches Ende notwendig, dass sie mit Ihrem Angebot nicht zufrieden war?
7. Welche Faktoren sprechen beim von mir selbst am 29.11. vorgestellten Patienten für eine psychoanalytische *Langzeittherapie*, also gegen eine Kurztherapie?
8. Ein bekannter, schwer depressiver und suizidaler Schriftsteller in der zweiten Lebenshälfte erhält einen Hausbesuch durch die Equipe des Home-Treatment. Die Psychologin verordnete als „antidepressive Strategie“ regelmässigen und intensiven Sport und riet dem Mann, nicht so lange an der Schreibtastatur zu sitzen. Wie beurteilen Sie diese Empfehlung?
9. Welche antidepressiven Strategien kennen Sie (abgesehen von der Pharmakotherapie) aus Ihrer persönlichen oder therapeutischen Erfahrung? (S.455) Geben Sie Ihren Patientinnen entsprechende Empfehlungen? (vgl. Frage 1)
10. Wie gehen Sie vor, wenn Begleitmedikation sinnvoll ist und regelmässige Laborkontrollen notwendig sind – Sie diese Aufgabe aber nicht selbst übernehmen wollen oder können? (S.456)
11. Welche Rolle spielt die Selbstentwertung bei Depression? Wie verhalten Sie sich „technisch“, d.h. konkret bei so einer Problematik? Wie intervenieren Sie?
12. Auf S.458 bringt der Autor die „konkordante und komplementäre Gegenübertragung“ ins Spiel. Versuchen Sie aus Ihrer eigenen Erfahrung, sich an Beispiele zu erinnern. (Wink: es ist nicht immer so klar, was Übertragung und Gegenübertragung ist; nachträglich schwankt die Erinnerung der Therapeutin.)
13. Welche Rolle spielen Wut und Neid in der Psychotherapie depressiver Menschen?
14. Wie kann man die verächtliche Entwertung von depressiven Patientinnen durch ihre Therapeuten manchmal verstehen? (Beispiel: „Totaler Somatisierer“, „typische Borderlinerin“) S.460
15. Was ist die mögliche, sehr negative Konsequenz der häufig gehörten therapeutischen Aufforderung, „die eigenen Ansprüche mal zu reduzieren“? (S.460, s. auch Frage 8)
16. Warum ist die vorschnelle Intervention „da müssen Sie wütend gewesen sein“ meistens nicht sinnvoll? (S.462)
17. Ist alleinige Psychotherapie als initiales Therapieangebot bei ausgeprägter Depressivität sinnvoll? Oder muss frau/man *immer* mit Pharmakotherapie kombinieren? (S.461)
18. Hohes Mass an Agressivität und Entwertung sind prognostisch sehr ungünstig (S.461, s. auch Frage 13). Was folgt daraus?
19. Gibt es für depressive Störungen eine verlässliche, schulübergreifende differentielle Indikation – z.B. psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch – die von der subjektiven „Passung“ zwischen Therapeutin und Patientin unabhängig ist? (S.463)

CMdL, Oktober 2021