



**Symposium**

**Die Welt zwischen Wille und Erschöpfung**

**Privatklinik Wyss / Zentrum Paul Klee Bern**

**20. Januar 2011**

**Ich kann nicht wollen –**

**Willensstörungen und ihre Behandlung beim Depressiven**

**J.Modestin**

**Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich**





## Patientenaussagen:

**„Alles wird mühsam, die kleinsten Aufgaben scheinen nicht mehr lösbar. Ich liege in meinem Bett, und in meinem Kopf sagt es ‚Steh auf, steh auf‘, aber es steht nicht auf. Pure Erschöpfung, grundlose Schwäche, Ohnmacht, die äusserlich nicht sichtbar ist, die aus dem eigenen Körper kommt.**

**Es fehlt mir jeglicher Antrieb etwas zu tun, die kleinste Sache kostet mich eine Riesenanstrengung. Beim Anblick meiner unerledigten Pflichten bin ich wie gelähmt.**






**Depression bedeutet Schwäche, Lähmung. Sie ist schwer wie Blei und lässt meine Beine, meine Arme, meinen Kopf regungslos auf dem Bett faulen. Die Schwäche nimmt auch die Motivation und die Willenskraft ein, ich kann mich nicht wehren.**

**Die Erschöpfung schlägt den Willen aus der Hand, man klebt fest. Willensverlust wird täglich intensiver. Man will, aber man kann nicht mehr“**

**[Aus Brigitte Woggon: Ich kann nicht wollen!  
Berichte depressiver Patienten. Huber, Bern 1998]**





**Wille = das Vermögen des Menschen, bewusst und mit Absicht Ziele zu setzen und zu verfolgen, d.h. nach selbst gesetzten Zielen zu handeln. Wille manifestiert sich in Handlung (Ulfig, 1997)**

**„Ich kann nicht wollen“ - Störung des Willens**

**Abulie = Willenlosigkeit, „absence of will power“;  
= Störung der Willenskraft das auszuführen, was man im Sinn hat, also Unvermögen, entscheidungsgemäss zu handeln (Ribot 1904)**

**Zielvorstellung ist meist vorhanden, es fehlt an der psychischen Energie, sie zu verwirklichen**





## **Manifestationen der Abulie (Vijayaraghavan u.a. 2002):**

- **reduzierte Psychomotorik und Sprache**
- **verlängerte Reaktionszeiten**
- **Passivität**
- **reduzierte emotionale Ansprechbarkeit und Spontaneität**
- **reduzierte soziale Interaktionen**
- **Desinteresse an Freizeitaktivitäten**





**„Es fehlt mir jeglicher Antrieb etwas zu tun...“**

**Antrieb = rein deutscher psychiatrischer Begriff**

**Antrieb bezieht sich auf den dynamischen Anteil der Persönlichkeit**

**als Aktivität steht er in engster Beziehung zur Motorik**

**der Wille verleiht dem Antrieb eine bestimmte Ausrichtung**





**Bei der Depression können wir je nach Antriebsniveau phänomenologisch unterscheiden:**

- 1. agitierte Depression – Antriebsniveau erhöht  
→ Raptus**
- 2. vitale Depression – Antriebsniveau unverändert**
- 3. gehemmte Depression – Antriebsniveau reduziert  
→ Stupor**

**Das Antriebsniveau kann sich allerdings intraindividuell im Verlauf der depressiven Episode verändern !**





**Konzept der Antriebslosigkeit entspricht in der Literatur ungefähr dem Konzept der Apathie**

**Apathie = Unempfindlichkeit, emotionale Teilnahmlosigkeit**

**Stoische Schule: Elimination aller Affekte und Leidenschaften einziger Weg zum glücklichen Leben; Rationalität ist die höchste humane Errungenschaft und Emotionen beeinträchtigen klares Denken und rationales Handeln**

**Psychopathologie:**

**Non-Reaktivität, krankhafte Gleichgültigkeit, Emotionslosigkeit – entsprechend wäre das „Gefühl der Gefühllosigkeit“ als hochgradige Apathie zu bezeichnen**





## **Apathie wird unterschiedlich konzeptualisiert:**

- als primäre Störung der Emotionalität (Sims 2003), mit affektiver Verflachung d.h. Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit und mit Affektarmut d.h. Verminderung des Affektspektrums**
- als primäre Motivationsstörung (Marin 1990) mit kognitiver (wenig Pläne, Gleichgültigkeit), behavioraler (Mangel an Initiative, Produktivität) und event. emotionaler (emotionale Indifferenz) Komponente**
- als Verhaltenssyndrom, charakterisiert durch Reduktion des selbst initiierten Verhaltens (Levy u. Dubois 2006)**





## **Diagnostische Kriterien für Apathie**

**(gemäss Starkstein u. Leentjens, 2008)**

**Im Vergleich zu früher reduzierte Motivation und**

**zumindest 4 Wochen lang zumindest 1 Symptom in jeder Domäne:**

### **1. zielorientiertes Verhalten**

**keine Energie um Alltagsaktivitäten zu bewältigen u./o.  
um aktiv zu werden bedarf es Aufforderungen anderer**

### **2. zielorientierte Kognitionen**

**Mangel an Interesse Neues zu lernen u./o.  
Gleichgültigkeit i.B. auf persönliche Probleme**

### **3. Affektivität**

**affektive Verflachung (Verminderung d.affekt.Modulationsfähigkeit) u./o.  
Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit auf positive/negative Ereignisse**





## **Apathie-Syndrom kommt u.a. vor bei**

- **Alzheimer Demenz in 19-76% (Tagariello u.a. 2009)**
- **andere degenerative Erkrankungen**
- **Frontalhirnstörungen event. Kombination mit sporadischer Desinhibition**
- **Endokrinopathien**
- **Schizophrenie als Teil des Negativsyndroms**
- **Depression**
- **Neurasthenie; Chronic fatigue syndrome**





## Diagnose Depression

gemäss DSM-IV

bei Interessenverlust und Anhedonie möglich,  
auch wenn keine depressive Stimmung vorliegt

ähnlich gemäss ICD-10

bei Interessenverlust und Energieverlust möglich,  
auch wenn keine depressive Stimmung vorliegt

Interessenverlust, Energieverlust, Anhedonie  
(Genussunfähigkeit) = Symptome der Apathie

→ diagnostisch Apathie / Antriebslosigkeit gleich wichtig  
wie Störung der Emotionalität

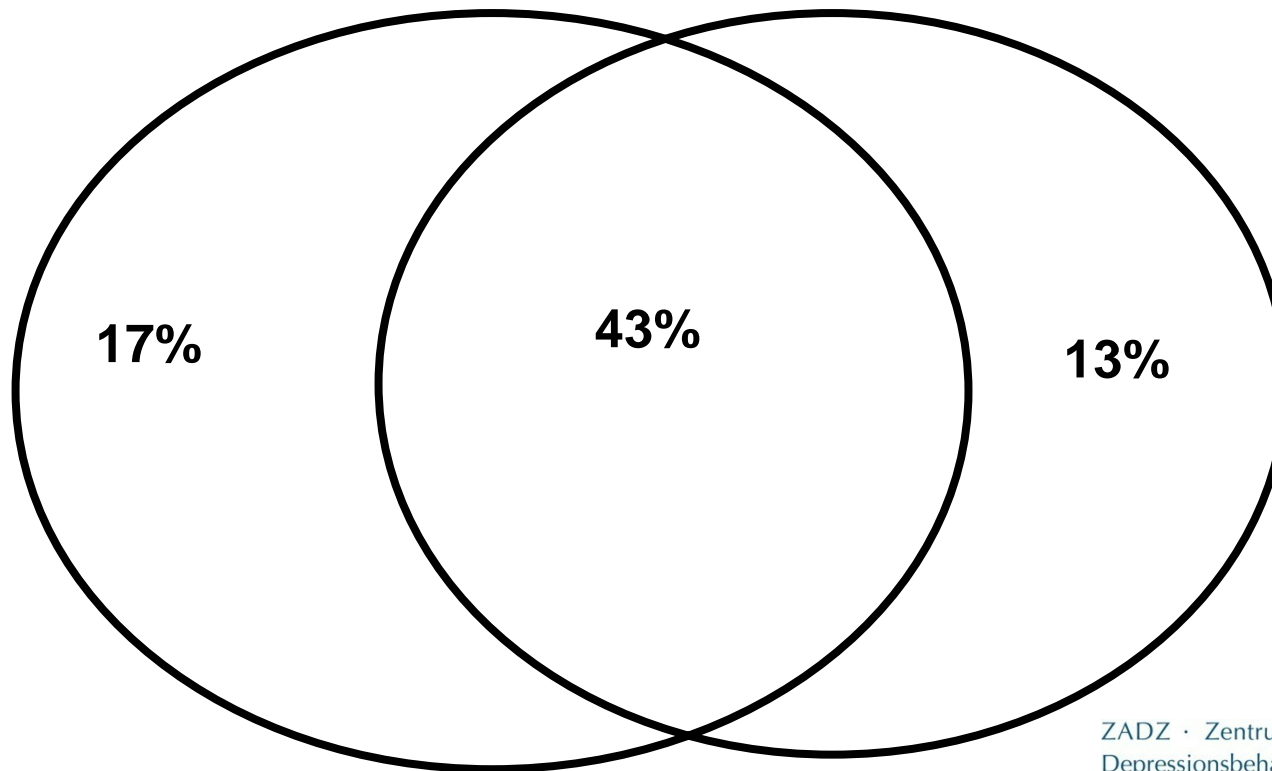




## Patienten mit Morbus Parkinson, N=150 (Oguru u.a. 2010)

**Apathie 60%**

**Depression 56%**





**→ Apathie ist häufig mit Depression assoziiert  
es handelt sich aber um ein selbständiges Syndrom**

**In organisch bedingten Störungen  
(Alzheimer Demenz, fronto-temporale Demenz,  
Parkinson Krankheit, Huntington Krankheit)  
korreliert Apathie, aber nicht Depression  
mit dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung  
(Levy u.a. 1998)**





**Stimmungstief und Antriebsstörung verlaufen bei Depression häufig asynchron:**

**Antriebssteigerung (→ Suizidalität) →**  
→ Stimmungsaufhellung →  
→ kognitive Besserung

**aber auch umgekehrt**

**Stimmungsaufhellung →**  
→ Antriebssteigerung →  
→ kognitive Besserung





## **Klinisches Beispiel:**

**57jährige Juristin aus Ungarn. Mit 23 Heirat, 2 Kinder, Teilzeitarbeit bei einer Versicherung. Tod des EM nach 6jähriger schwerer Krankheit nach 16J Ehe, Patientin heiratet einen Landsmann, der in der Schweiz ansässig ist. Ehe sehr konfliktvoll, Trennung nach 4 Jahren, Patientin wird von EM wegen angeblicher Veruntreuung gerichtlich verfolgt und freigesprochen.**

**Nach der Trennung von ihrem zweiten Ehemann und der Gerichtsverfolgung seinerseits erleidet sie ihren ersten depressiven Einbruch und unternimmt einen SV.**






**Erneute depressive Dekompensation 3 Jahre später im Zusammenhang mit Wohnungsproblem (lebt nun in einer neuen befriedigenden Partnerschaft) und Belastungen am Arbeitsplatz (u.a. aus sprachlichen Gründen ist sie als Putzfrau tätig).**

**Patientin erscheint sehr verunsichert, depressiv, weint. Sie fühlt sich schnell erschöpft, beklagt sich über Energiemangel. Appetit und Libido reduziert. Morgentief.**





**Unter Duloxetin (30 → 120mg/d) wird die Patientin weniger depressiv, bleibt noch etwas antriebslos. Nach dem positiv erlebten Besuch ihrer Söhne in ihm Heimatland erneute Arbeitsaufnahme, zunächst 2 Stunden täglich.**

**Die Patientin absolviert ihren ersten Tag, am zweiten Tag geht sie nicht mehr zur Arbeit und unternimmt am Abend einen SV (Überdosis).**

**Später berichtet sie, sie habe die Arbeit als sehr stressvoll erlebt, fühlte sich überfordert und kraftlos, beklagt sich bei recht guter Stimmung erneut über schwere Antriebslosigkeit und neu über verschiedene somatische Beschwerden (Druck im Kopf, diffuse Schmerzen).**





**Therapieziel = Remission**

**d.h. Wiedererlangen**

**von Wohlbefinden**

**= Abwesenheit jeglicher psychischer Störung**

**und**

**von funktionaler Normalität**

**= Patienten unterscheiden sich in ihrem Zustand  
nicht von Nichtpatienten (Thase 1999)**





## Remissionshäufigkeit (van Londen et al. 1998)

**Der Anteil der (voll) remittierten depressiven Patienten :**

**49% nach 9 Monaten**

**65% nach 2 Jahren**

**82% nach 5 Jahren**

**umgekehrt, keine (volle) Remission erreichen**

**nach 9 Monaten 51%**

**nach 2 Jahren 35%**

**nach 5 Jahren 18% der Patienten**





## **Welche Residualsymptome kommen vor?** (Paykel et al. 1995, Tranter et al. 2002)

**depressive Stimmung, Lustlosigkeit, Angst  
Schlafstörungen, somatische Symptome  
Müdigkeit, Antriebsverminderung**

**Im Interview können die Patienten  
wenig depressiv erscheinen,  
ihr Zustand ist aber klinisch relevant**





## Apathie bei voll oder teilweise remittierter Depression

**N=117** (Pedrelli u.a. 2010)

**Apathie war assoziiert mit  
kognitiven Störungen (Konzentrationsstörungen)**

**Apathie war nicht assoziiert mit  
affektiven Symptomen  
(Selbstakkusationen, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität,) und  
somatischen Symptomen  
(Schlaf- und Appetitstörungen)**

**→ Antriebsstörung / Apathie steht den kognitiven (,trait-like') Störungen näher als den Störungen der Emotionalität  
prognostischer Marker ?**





## **Therapie der Apathie - Psychopharmakologische Optionen**

**Depression: braucht es spezifische AD?**

**Kielholzsches Schema nicht validiert**

**klassische AD (Nortriptylin)**

**SSRIs (Sertralin, Fluoxetin x AD apathy syndrome AAS)**





**Antidepressant apathy syndrome AAS:**

**geriatrische depressive Patienten (Wongpakaran u.a. 2007)**

**160 unter SSRI      224 unter non-SSRI AD**

**Anteil Patienten, die bei Entlassung unter Apathie litten**

**84% bzw. 44%      73% bzw. 36%**

**→ Einsatz von SSRI Prädiktor von Apathie bei Entlassung**

**OR = 1.90 (95% CI 1.14 – 3.17)**





## **Therapie der Apathie - Psychopharmakologische Optionen**

**klassische AD (Nortriptylin)**

**SSRIs (Sertralin, Fluoxetin x AD apathy syndrome AAS)**

**Bupropion (NA + DA re-uptake inhibitor)**

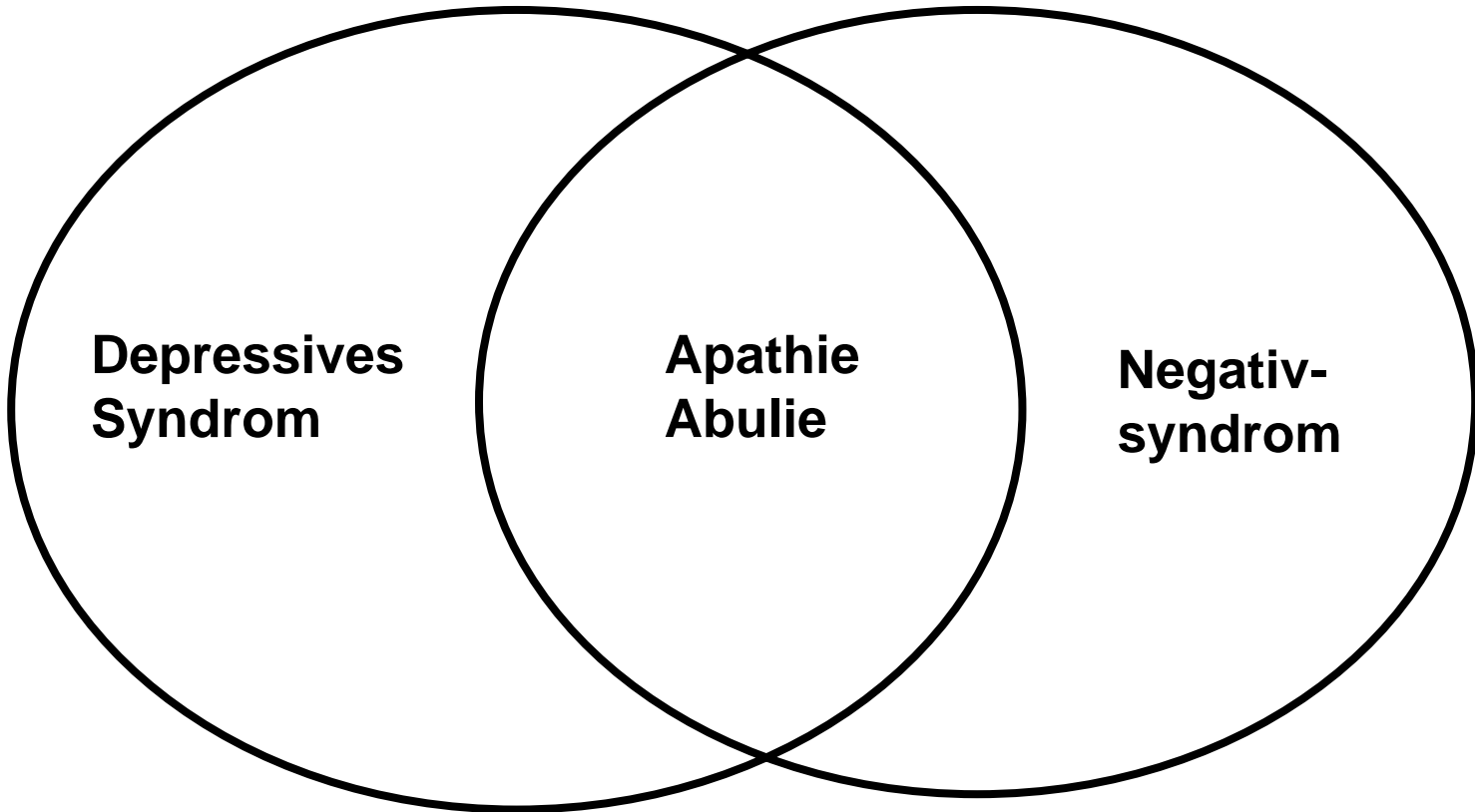
**Reboxetin (SNRI) ?**

**Methylphenidat (auch bei Patienten mit somatischer Komorbidität; gute Verträglichkeit noch besser belegt als Wirksamkeit), ev. andere Stimulantien (Modafinil)**

**ev. Dopaminergika (Amantadin, Bromocriptin)**

**Zugabe von atypischen AP zu AD (Olanzapin, Amisulprid)**





**Gemeinsam DA Defizit im präfrontalen Kortex**



## Psychotherapeutische Ansätze

### Psychoedukation

**Patient: Störung in Perspektive setzen**

**Entlastung durch Krankheitsmodell**

**Korrektur der dysfunktionalen Konzepte**

**Angehörige:**

**Antriebslosigkeit → interpersonelle Abhängigkeit**

**→ Inanspruchnahme → Frustration**

**Trägheit vs Krankheit**





## **Depressive Antriebsstörung / depressive Apathie**

**lässt sich durch Selbstdisziplin / sich zusammenreißen  
oder durch Anstoss von aussen nur dann – und in der  
Regel nur vorübergehend – bessern, wenn sie leicht bis  
höchstens mittelgradig ausgeprägt ist**

**bei schwerer Ausprägung ist eine Beeinflussung nicht  
möglich und es ist deshalb unsinnig und  
kontraproduktiv, von aussen durch Druck eine  
Aktivierung vornehmen zu wollen**

**behutsames Vorgehen bei Aktivierung:  
Überforderung vs Initialhemmung**





**Apathie (Verlust des Fühlens- und Handelnskönnens)  
betrifft die ganze Persönlichkeit**

- Realitätsverlust**
- Verlust des Zeitgefühls**
- Verlust der Geschichtlichkeit, Verlust der personalen Identität/Selbstverlust**

**Realitätsverlust → Aktivierungstherapie  
zentraler Stellenwert des Aktivitätsaufbaus:**

**ADL; Bewegung (Sport)**

**dabei individualisiertes verhaltenstherapeutisch  
orientiertes Vorgehen**

**Selbstverlust → Reminiszenztherapie**





**Psychodynamisch:**

**Apathie als unreife Abwehr, die auf ein schwaches Ich hinweist**

**Psychodynamisch deutendes Vorgehen wenig fruchtbar**

**Lerntheoretisch:**

**Apathie als Vermeidungsverhalten;**

**nach Identifikation der entsprechenden Stimuli  
vorsichtige Konfrontation**

**Gemeinsam Rolle der Angst**





## Zusammenfassung I

**Abulie als Unfähigkeit zielgemäss zu handeln ist im depressiven Zustand häufig, meistens ist sie ein Teil des breiter aufgefassten Syndroms der Antriebslosigkeit**

**Antriebslosigkeit wird in der internationalen Literatur als Apathie abgehandelt; im Vergleich zu anderen depressiven Symptomen eher spärlich**

**Das Konzept der Apathie geht dementsprechend über die ursprüngliche Bedeutung der emotionalen Unempfindlichkeit hinaus und umfasst ausser der emotionalen auch eine kognitive und eine Verhaltenskomponente**





## **Zusammenfassung II**

**Die Antriebslosigkeit / Apathie bekommt in der Diagnostik der Depression einen hohen Stellenwert; trotzdem handelt es sich um kein obligat bei der Depression auftretendes, sondern um ein assoziiertes Syndrom, das auch bei anderen Störungen auftritt**

**Bei Störungen mit bekannter organischer Pathologie können beide Syndrome, Apathie wie Depression, auch unabhängig voneinander auftreten und die Apathie korreliert mit dem Ausmass der kognitiven Beeinträchtigung**





## **Zusammenfassung III**

**Auch bei der Depression korreliert Apathie positiv mit den kognitiven Störungen, welchen ihrerseits häufig persistieren und vermutlich einen ungünstigen prognostischen Marker darstellen**

**Antriebsverminderung gehört zu den häufigen Restsymptomen; deren Persistenz beeinflusst die psychosoziale Anpassungsfähigkeit, belastet den Patienten subjektiv und führt zu früheren und häufigeren Rückfällen**

**Eine konsequente Behandlung aller Residualsymptome (inkl. Apathie) ist deswegen vordringlich**





## **Zusammenfassung IV**

**Die Behandlung der Antriebslosigkeit / Apathie bleibt im Wesentlichen die gleiche, behandelt man sie als depressives Akutsymptom oder Residualsymptom**

**Wichtige Rolle kommt der Psychopharmakotherapie zu, daneben werden mit Gewinn vor allem Psychoedukation, kognitive Ansätze und behutsame Aktivierung eingesetzt; die Individualisierung des Vorgehens ist dabei obligat**

