

# Psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte bei schweren Depressionen

■ H. Böker

Modifizierte Fassung eines Vortrags anlässlich des Symposiums «Depression und Psychose» am 20.3.1997, Universität Zürich

## Summary

*Böker H. [Psychotherapeutic and sociotherapeutic aspects in the treatment of severe depression.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1998;149:21–28.*

The bio-psycho-social vicious circles of depression are pointed out. Affective disorders may be conceptualised as psychosomatoses of the incentive reward and psychomotor facilitatory systems. This circular model of depression is the basis for a therapeutical orientation in a multidimensional therapeutical concept. Four therapeutical settings are suitable for the off-patient psychoanalytical psychotherapy of depression. The therapeutical efficacy of new experiences of relationship is stressed.

*Keywords: depression, affective psychoses, vicious circles, bio-psycho-social, multidimensional models of treatment, psychoanalytical orientated psychotherapy, psychotherapeutical settings*

## Zusammenfassung

Es werden die bio-psycho-sozialen Circuli vitiosi der Depression beschrieben. Affektive Störungen können als Psychosomatosen der Antriebs-Stimmungs-Systeme konzeptualisiert werden. Dieses zirkuläre Depressionsmodell dient als Grundlage einer therapeutischen Orientierung in einem mehrdimensionalen Behandlungskonzept. Vier Therapiesettings eignen sich für die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie Depressiver. Die therapeutische Wirksamkeit neuer Beziehungserfahrungen wird betont.

*Schlüsselwörter: Depression, affektive Psychosen, bio-psycho-somatische Circuli vitiosi, multidimensionale Behandlungsmodelle, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, Psychotherapiesettings*

Korrespondenz:  
Dr. med. Heinz Böker,  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,  
Postfach 68,  
CH-8029 Zürich

Die Erfolge der biologischen Psychiatrie in den vergangenen Jahrzehnten und die therapeutische und prophylaktische Wirksamkeit der antidepressiv wirkenden Psychopharmaka liessen eine Zeitlang die Bedeutung psychodynamischer und soziodynamischer Faktoren der Depression in den Hintergrund treten. Bemerkenswerterweise wird in den vergangenen Jahren gerade auch von Vertretern der biologischen Psychiatrie vielfach die Notwendigkeit einer auch psychotherapeutischen Begleitung depressiver Patienten betont (Übersicht bei [1]). In der Entwicklung multimodaler Therapieprogramme findet die Erkenntnis ihren Niederschlag, dass hochkomplexe Systeme (wie der Wahn oder auch das depressive Erleben) nicht direkt und ausschliesslich durch die Verschiebungen der Neurotransmitter hervorgerufen werden können. Mit grösster Wahrscheinlichkeit lässt sich annehmen, dass durch einen möglichen biologischen Faktor (z. B. eine biologisch-erbliche Labilität der Antriebs-Stimmungs-Systeme) unter Umständen die Herstellung einer stabilen emotionalen Balance in der Begegnung des Selbst mit den emotional bedeutsamen anderen erschwert wird [2].

Allgemein ist heute davon auszugehen, dass die meisten schweren Depressionen Folge des Zusammenspiels unterschiedlicher biologischer, psychischer und sozialer Faktoren sind. So verweisen die chronobiologischen Befunde (abgewandelter zirkadianer Rhythmus; vgl. Pflug [3]), die Ergebnisse der neuroendokrinologischen Untersuchungen (Bedeutung der hypothalamisch-hypophysären Regulation), die Auslösung der affektiven Psychosen durch körperliche Krankheiten, in Schwangerschaft, Wochenbett und Klimakterium, ferner in Entwurzelungs- und Entlastungssituationen und die strukturtypischen Eigenschaften der sogenannten prämorbidem Persönlichkeit (Typus melancholicus [4], Typus manicus [5]) auf die mögliche Zirkularität unterschiedlicher Wirkfaktoren. Um die Störung des Gleichgewichtes dieser Faktoren zu konzeptualisieren, wurden in den letzten Jahren Depressionsmodelle entwickelt mit eher biologisch-psychiatrischer Akzentsetzung [6, 7] oder Be-

tonung psychodynamisch-soziodynamischer Zusammenhänge [8].

Das Modell der zuletzt genannten Autoren geht davon aus, dass sich durch das Zusammenwirken biologischer Faktoren, bestimmter Erfahrungen und Beziehungsmuster eine Persönlichkeitsstruktur entwickelt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Betreffende stets versucht, sich auf die Erwartungen seines Umfeldes einzustimmen («reaktive Identität»). Viele zur Depression disponierte Menschen sind ausserordentlich gewissenhaft; sie fürchten die Wertschätzung und Zuwendung ihres Umfeldes zu verlieren, sobald sie den Erwartungen des anderen und schliesslich auch den eigenen hohen Idealvorstellungen nicht gerecht werden. Diese Situation kommt einem Verlusterlebnis im weitesten Sinne gleich und ist schliesslich oftmals als letzter, aktueller Auslöser einer Depression anzusehen. Im weiteren Verlauf mobilisiert der depressive Mensch seine früher bereits vorhandenen Bewältigungsmuster; er klammert sich verstärkt an seinen Partner oder auch an seine beruflichen Aufgaben. Der Spielraum in den Beziehungen – insbesondere zur «dominanten Bezugsperson» – wird unter Umständen zunehmend kleiner. Es tritt schliesslich ein Circulus vitiosus ein, bei dem sich die Depression als affektive Grundstimmung ausbreitet.

Der depressive Affekt ist als gemeinsamer, elementarer psychischer Prozess anzusehen, der den Kern der vielfältig gestalteten depressiven Syndrome ausmacht. Der depressive Affekt hat – wie jeder andere Affekt auch [9, 10] – kommunikative, informative und motivierende Funktionen. Er signalisiert – im Gegensatz zur Trauer – den eingetretenen oder drohenden intrapsychischen Stillstand («dead lock» im Sinne von Emma Gut [11]), das Verschwinden von Zukunftsperspektiven, Hoffnungslosigkeit, Verlangsamung bzw. Stillstand des Zeiterlebens [12] oder das Eingeschlossensein in Grenzen, die man nicht überschreiten kann (Inkludenz) und das Zurückbleiben hinter eigenen Ansprüchen (Remanenz [13]).

Die Ursachen dieser Blockierung seelischer Prozesse sind, wie Mentzos [2] unterstrichen hat, nicht einheitlich. Die Blockade kann entstehen durch:

- einen schweren realen Verlust oder Kränkung;
- «unlösbar» erscheinende Konflikte;
- psychophysische Erschöpfung (infolge eines Anhaltens der Konfliktsituation oder auch durch biologisch bedingte Vitalitätsminderung im Alter);
- reale Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit (vergleichbar der anaklitischen Depression des Kindesalters).

Der depressive Affekt allein ist nicht identisch mit dem Krankheitsbild der Depression. Unter günstigen Bedingungen kann es zu einer positiven Änderung und produktiven Entwicklung kommen. Erst bei längerem Anhalten der auslösenden Situation und insbesondere durch Hinzutreten komplizierender Mechanismen sich selbst verstärkender und schliesslich gleichförmig verlaufender Prozesse entstehen die klinischen Formen der Depression.

### **Bio-psycho-soziale Circuli vitiosi der Depression**

Die beteiligten bio-psycho-sozialen Circuli vitiosi, in die der depressive Mensch unter Umständen hineingerät, sollen aus Übersichtsgründen einzeln geschildert werden:

#### *Rückzug*

Der erste Teufelskreis beginnt mit einem zunächst sehr sinnvollen Rückzug von der äusseren Welt, der sich als ein defensiver Versuch verstehen lässt, das Selbst – beispielsweise wie bei der sogenannten Trauerarbeit – zu schützen. Mit der resultierenden Verminderung der sozialen Anerkennung kommt es schliesslich aber zu einer weiteren Einbusse des Selbstwertgefühls, das im Verlauf immer mehr abnimmt: Der Teufelskreis beginnt sich immer schneller zu drehen.

#### *Anklammerung*

Der naheliegende Versuch, die verlorene Sicherheit kompensatorisch mit Hilfe des anderen (des Partners, der Eltern) wiederzugewinnen, ist mit dem hohen Preis verbunden, die eigene Autonomie aufgeben zu müssen. In psychoanalytischer Sicht trägt eine Trennung bzw. ein Objektverlust bei Menschen mit einer labilen Regulation des Selbstwertgefühls zu einer Intensivierung des Bedürfnisses bei, das verlorene, ambivalente Objekt in sich aufzunehmen, es global zu introjizieren. Der «Hunger nach dem Objekt» wird nur vorübergehend gestillt; es resultiert eine Zunahme der konflikthafter Spannung im Selbst, das nur unzureichend vom Objekt getrennt ist. Oft lässt sich beobachten, dass die intensiven Anklammerungstendenzen Depressiver ebenfalls zu einer Zunahme konflikthafter Spannungen in der Partnerschaft beitragen. Auch bei diesem vergeblichen Bewältigungsversuch resultiert schliesslich aus inneren Gründen (Intro-

jektion des ambivalenten Objektes) und äusseren Gründen (Zunahme der Partnerschaftskonflikte) eine weitere Abnahme des Selbstwertgefühls.

### *Schuldgefühle*

Der nächste Teufelskreis wird durch die quälenden Schuldgefühle depressiver Menschen angestossen. Mit der Unterwerfung unter ein strenges, rigides Gewissen ist oftmals eine massive Hemmung nach aussen gerichteter, aggressiver Strebungen verbunden. Diese aggressiven Tendenzen werden dabei gegen das eigene Selbst gewendet, um den anderen zu schützen und Auseinandersetzungen zu vermeiden. Es tritt jedoch nur vorübergehend eine Entlastung ein, indem sich das Selbst dem Objekt (bzw. dessen intrapsychischem Stellvertreter, dem Über-Ich) unterwirft. Angesichts der zunehmenden inneren Spannungen resultieren immer massivere Selbstvorwürfe, es kommt unter Umständen zu autoaggressiven Handlungen und – im Zuge einer weiteren psychotischen Regression – zu einem Schuld- und Versündigungswahn.

### *Psychosomatischer Teufelskreis*

Es ist davon auszugehen, dass diese seelischen Prozesse – zumindest teilweise – auch körperliche Korrelate besitzen bzw. somatopsychische-psychosomatische Zusammenhänge implizieren. Dadurch können unter Umständen neuronale Systeme angestossen werden, die von einem bestimmten Punkt an eigengesetzlich schwingen und über Rückkopplungsmechanismen auf seelische Prozesse zurückwirken [2]. Hierbei spielen zum Beispiel chronobiologische Gesetzmässigkeiten [3], Stoffwechseleinflüsse und konstitutionelle Faktoren eine grosse Rolle. Diese interagierenden, sich immer mehr verselbständigenden körperlichen Vorgänge (z.B. Veränderungen im Bereich der Erregungsausbreitung) tragen schliesslich zu einer weiteren Verstärkung der für die Depression grundlegenden seelischen Prozesse bei; es resultiert schliesslich eine generalisierte Veränderung der Grundstimmung und des Antriebs.

### *Durch subjektive Ausdrucksgebung verstärkte Depression*

Ein weiterer Teufelskreis besteht schliesslich darin, dass die depressive «Lähmung» und Leere mit dem sie begleitenden körperlichen Ausdruck (der erstarrten Mimik, Gestik und Körperhaltung) vom

depressiven Menschen subjektiv als adäquate, zu seinem seelischen Zustand passende Ausdrucksgebung empfunden wird. Auch auf diesem Wege kann – infolge der verzerrten Körperselbstwahrnehmung – eine Fixierung des depressiven Zustands resultieren.

### *Kognitive Circuli vitiosi der Depression*

Die von Beck [14], Seligmann [15] und Hautzinger [16] beschriebenen dysfunktionalen Kognitionen des Depressiven (z.B. selektive Abstraktionen, Übergeneralisierungen, Personalisierungen, ein moralisch-absolutistisches Denken und ungenaues Benennen) erweisen sich als stabile, überdauernde Muster der selektiven Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung von Reizen. Mit dem Entstehen depressiver, verzerrter Kognitionen setzt ein weiterer zirkulärer Prozess ein, durch den es zur Verfestigung einer Depression und der damit verknüpften Kognitionen kommt.

### **Mehrdimensionales Behandlungsmodell**

Die Behandlung der Depression besteht nun im wesentlichen darin, die geschilderten bio-psycho-sozialen Circuli vitiosi aufzulösen. Von entscheidender therapeutischer Bedeutung ist es, den Fokus von dem scheinbar nur defizitären Charakter psychopathologischer Phänomene zu verlagern und die vorhandenen produktiven und kompensatorisch wirksamen Faktoren zu erfassen. Unterschiedliche therapeutische Strategien können somit zur Anwendung kommen, sofern sie geeignet sind, zur Unterbrechung bzw. Schwächung der depressionsfördernden Circuli vitiosi beizutragen.

Eine grosse Rolle in der Depressionsbehandlung spielt die kognitive Verhaltenstherapie nach Beck [14] einerseits und die auf der Weiterentwicklung psychodynamischer Depressionskonzepte beruhende interpersonale Therapie andererseits [17]. Es ist zu vermuten, dass die therapeutischen Erfolge nicht nur auf spezifischen methodenimmanenten Faktoren beruhen, sondern auf dem Erlebnis einer *therapeutischen Beziehung*, in der sich die depressionsfördernden Muster nicht wiederholen und *neue Beziehungsverfahren* ermöglicht werden. Dieses ist unter anderem auch davon abhängig, ob es dem Therapeuten gelingt, seine oftmals belastende *Gegenübertragung* in der Begegnung mit dem «versteinerten» depressiven Patienten oder auch mit dem grandios agierenden manischen Patienten kreativ zu nutzen. Das wesentliche Ziel der Behandlung besteht somit darin,

im *handelnden Dialog* mit dem Patienten eine tragfähige Beziehung aufzubauen, die es ermöglicht, die defensiven Blockaden schrittweise zu überwinden und Zugang zu den blockierten Ressourcen zu gewinnen, die die bisherigen Bewältigungsmechanismen (z.B. Rückzug und Anklammerung) überflüssig machen. Die Einsicht in die Psychodynamik der schweren Depression ist dabei nicht nur Grundlage der psychodynamisch orientierten ambulanten Psychotherapie Depressiver, sondern eröffnet auch für die stationäre Behandlung während der manifesten schweren depressiven Verstimmung einen wesentlichen Zugang zu dem Patienten.

### Stationäre und ambulante Krisenintervention

Die stationäre Behandlung der schweren Depression ist vor allem Umweltfürsorge im Sinne Winnicotts [18] und empathische Begleitung des Patienten auf der Grundlage einer psychotherapeutischen Haltung. Die Gegenübertragungsgefühle in der Begegnung mit dem unbeweglich-versteinerten depressiven Patienten bzw. dem sich jeder relativierenden Einsicht durch Flucht entziehenden manischen Patienten werden oft als unerträglich, lähmend oder – auch wegen der Heftigkeit der aggressiven Gegenübertragung – als beunruhigend erlebt. Auch hier hilft die Einsicht in das Dilemma des depressiven Patienten, die Gegenübertragungsgefühle therapeutisch zu nutzen. In dem Versuch, sein labiles Selbstwertgefühl zu retten, ist der depressive Patient gezwungen, sich immer wieder an das ambivalente Objekt zu klammern (und es zu introjizieren). Die aus diesem Dilemma resultierenden Selbstdemütigungen und der Selbsthass vermitteln sich auch dem Behandelnden in der Gegenübertragung. In einer ermutigenden, die Bedürfnisse des Patienten positivierenden Haltung kann – wie Benedetti [19] unterstrichen hat – dieser depressive *Circulus vitiosus* – zunächst stellvertretend für den Patienten – durch die Behandelnden aufgehoben werden. Dieses setzt voraus, die «somasochistischen Fesseln», durch die der depressive Patient an andere Menschen gebunden ist, zu erkennen und sich nicht in ihnen zu verwickeln!

Auch in der Behandlung des manischen Patienten ist es wichtig, frühzeitig – d.h. bereits während der akuten Erkrankungsphase – psychodynamische Zusammenhänge zu berücksichtigen. Noch intensiver als während der depressiven Verstimmung wird die soziale Umgebung des manischen Patienten einbezogen. Im Gegensatz zu der für seine prämorbid Persönlichkeit charakteristi-

schen harmonisierenden Konfliktvermeidung und Unterwerfung unter die «gesicherte Dominanz anderer» [20] realisiert der manische Patient nun zwar forciert Autonomiebedürfnisse, delegiert aber gleichzeitig Kontrollfunktionen, Verlustängste und Zweifel an seine Angehörigen. Diese wiederum versuchen, die Kontrollfunktionen an die Klinik abzutreten. Der hospitalisierte manische Patient findet in der psychiatrischen Klinik eine Situation vor, die grosse Ähnlichkeit mit der bipolaren Familie aufweist: Sie ist «kustodial, fest eingespielt, unflexibel und von hohem Verantwortungsgefühl für andere» [21]. Der Patient findet also in der Klinik ein emotionales Klima vor, indem sich seine antagonistischen intrapsychischen Spannungen durch institutionelle Mechanismen zusätzlich verschärfen können [22]. Deshalb ist ein ambulanter Behandlungsversuch in vielen Fällen einer stationären Aufnahme vorzuziehen. Sollte diese nicht zu verhindern sein, so trägt auch hier die Einsicht in den Konflikt des manischen Patienten dazu bei, einer weiteren Komplizierung infolge der gegenübertragungsbedingten Reaktion des therapeutischen Teams und der psychiatrischen Institution vorzubeugen.

Eine begleitende psychotherapeutische Betreuung der Familienangehörigen ist angesichts von deren Ängsten und Schuldgefühlen ein weiteres wesentliches Fundament einer von der Einsicht in die Dynamik der individuellen und interpersonellen Abwehr geleiteten Behandlung manisch-depressiver Patienten. Es gibt einige empirische Belege dafür, dass die Paarbeziehungen manisch-depressiver Patienten vielfach komplementär strukturiert sind [23]; d.h. die sich häufig als dominierend entwickelnden Partner sind selber in depressivierende Beziehungen verwickelt. Hier ergeben sich bei vorhandener Motivation Ansatzpunkte für eine spätere *Familientherapie*, die unter anderem von der Arbeitsgruppe um Stierlin [24] erfolgreich angewendet wird.

### Vier therapeutische Settings der psychodynamisch orientierten Psychotherapie Depressiver

Neben den bisher genannten psychotherapeutischen Verfahren, die eher auf die kognitiven und/oder interaktionsdynamischen Elemente der bio-psycho-sozialen *Circuli vitiosi* der Depression fokussieren, ist die psychodynamisch orientierte Psychotherapie Depressiver bestrebt, zum Verständnis der konfliktuösen Selbstwertgefühlregulation Depressiver und zur Auflösung dieser depressiogenen Dilemmata unter Berücksichtigung der aktuellen Übertragungs-Gegenübertragungs-



Beziehung beizutragen [25]. Dieser therapeutische Fokus soll anhand eines Fallbeispiels einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie bei einer Patientin, die an einer schweren Depression erkrankte, exemplarisch dargestellt werden:

#### *Fallbeispiel*

Frau L. erkrankte im Alter von 31 Jahren wenige Wochen nach dem Tode ihres Vaters erstmalig an einer Depression, die mit einem Schuldwahn verknüpft war. Die Patientin unternahm einen Suizidversuch (mit Reinigungsmitteln!) und musste stationär behandelt werden. Nach Abklingen der depressiven Verstimmung setzte sie engagiert ihre berufliche Tätigkeit (als Beamtin) fort. An ihrem Arbeitsplatz galt sie als überaus verlässlich und pedantisch. Nachdem eine Mastopathie diagnostiziert worden war, traten cancerophobische Ängste und erneut ein Schuldwahn auf, durch eigenes Fehlverhalten ihrem Arbeitgeber geschadet zu haben.

Die im Anschluss an diese zweite depressive Phase (im Alter von 33 Jahren) begonnene Psychotherapie zeigte sehr bald den Loyalitätskonflikt auf, in dem Frau L. gefangen war. Sie verbot sich jegliche Kritik gegenüber Personen, die für sie von grosser emotionaler Bedeutung waren. Es stellte sich heraus, dass diese ausserordentlich ängstliche, jede aggressive Äusserung vermeidende Haltung sich insbesondere auf ihre Mutter, ferner auch auf ihren Chef bezog. Frau L. verbot sich jegliche Kritik an ihrer verschlossenen, erschöpften Mutter, die sie einerseits eng an sich gebunden hatte, bei der sie andererseits keine echte Resonanz erleben konnte und die ihr wiederholt auf indirekte Weise ihre Wertlosigkeit signalisiert hatte.

Im ersten Jahr der Behandlung schilderte Frau L. unaufhörlich in konkretistischer Weise den Ablauf ihres Alltags in allen Details bei gleichzeitiger ständiger Anpassung an Schablonen und Beschäftigung mit Äusserem. Leeregefühle, ein insgesamt negatives Selbstbild und die Schwierigkeit der Patientin, einen Zugang zu ihren Phantasien zu finden, machten die Gegenübertragung in diesen monotonen Stunden schwer erträglich. Dieser Zustand der Versteinerung, Entleerung und Langeweile induzierte im Therapeuten den Wunsch, sich über Affekte und Phantasien selbst zu konstituieren, um auf diese Weise der drohenden affektiven Versteinerung zu entgehen. Er entdeckte dabei Impulse, die Patientin tatsächlich verurteilen zu müssen! Diese Phantasien liessen sich als Ausdruck einer komplementären Gegenübertragung verstehen und entsprachen dem skrupu-

lösen Erleben der Patientin, das zeitweilig schuld-wahnhaft Züge annahm.

Nachdem sich die therapeutische Beziehung stabilisiert hatte, lockerte sich die autoaggressive, zwanghaft kontrollierende Abwehr der Patientin immer mehr. Über Metaphorisierungen, d.h. die Verwendung einer bildhaften Sprache, und vor allem durch die Erfahrung einer unmittelbaren Begegnung, in der sich die depressionsfördernden Mechanismen nicht wiederholten, wurde das oftmals quälende, körpernahe Erleben der Patientin aufgehoben. Es wurde nun deutlich, wie eng ihr Wunsch, sich beim anderen anlehnen zu können und vom anderen akzeptiert zu werden, mit der Tendenz verbunden war, über sadomasochistische Beziehungsmuster – auch vom Therapeuten – schuldig gesprochen zu werden (im Sinne einer Über-Ich-Übertragung). Frau L. entschlüsselte schliesslich den biographischen Gehalt und die symbolische Bedeutung der Auslösesituation: Sie empfand ihre Abhängigkeit (z.B. von ihrem pedantischen Chef, dessen Anerkennung Voraussetzung ihres Selbstwertgefühls war) wie eine «Zwangsjacke der Liebe». Ihre gewachsene Fähigkeit, sich von ihren rigiden Über-Ich-haften Introjekten (ihrem «strengen inneren Gesetzgeber», wie sie sagte) zu trennen, trug schliesslich zu einem veränderten, sichereren Umgang der Patientin mit ihrem beruflichen und privaten Umfeld und ihren – teilweise überhöhten – Idealen bei.

Wie der mehrjährige Verlauf dieser kombinierten Behandlung zeigte – Frau L. wurde neben der psychodynamisch orientierten Psychotherapie mit Thymoleptika behandelt –, fühlte sich die Patientin den zeitweilig noch auftretenden depressiven Verstimmungen nicht mehr ausgeliefert. Wurde eine vorübergehende Erhöhung der Thymoleptika-Dosis erforderlich, so erlebte Frau L. diese nicht mehr wie zuvor als vollständige persönliche Niederlage, und es gelang ihr zunehmend besser, mit Krisen umzugehen, die früher wiederholte Male in eine depressive Sackgasse und Lähmung eingemündet waren.

Wie die exemplarische Kasuistik zeigt, richten depressive Patienten im Zuge der sich intensivierenden Übertragungsbeziehungen ihre ambivalenten Wünsche unmittelbar an den Therapeuten. Es besteht jetzt die grosse Chance, dass die Patienten mit grosser Evidenz in der aktuellen Begegnung erleben, wie sie selbst am Entstehen ihrer Depression beteiligt sind, indem sie die ihnen bekannten Mechanismen (ihrer Selbstverleugnung, Unterwerfung unter einen idealisierten anderen oder unter das eigene rigide Über-Ich) einsetzen. Eine Auflösung der sich selbstverstärkenden *Circuli vitiosi* kann dann erfolgen,

wenn es dem Therapeuten aufgrund seiner Gegenübertragung und einer angemessenen und konsequenten Abstinenz gelingt, «den oralen Hunger des Patienten verständnisvoll zur Kenntnis zu nehmen ..., ihn jedoch nicht direkt «fütternd» zu befriedigen» [2]. In dieser Behandlungsphase tragen abgestufte Deutungen der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation zu einer Metaphorisierung und einer «projektiven Triangulierung» der therapeutischen Beziehung bei [19]. Zur Orientierung eignen sich – in Anlehnung an Mentzos [2, 26] – vier ambulante Therapiesettings:

#### Setting A

- niedrige Sitzungsfrequenz (z. B. Abstände von zwei bis vier Wochen über viele Jahre);
- kurze Sitzungsdauer (z. B. 20–30 Minuten);
- konstant akzeptierende therapeutische Haltung, die zu der neuen Erfahrung schuldfreier Autonomie und einer schamfreien Bindung an das Objekt beiträgt.

#### Setting B

- mittlere Sitzungsfrequenz (zumeist eine Wochenstunde);
- inhaltlicher Schwerpunkt: aktuelle Konflikte (z. B. Partnerschaft, Beruf);
- zunächst keine, später gelegentliche Deutung der Übertragung und Rekonstruktionen;
- zur therapeutischen Haltung: Das ambivalente Introjekt ist in der Reflektion des Therapeuten von grosser Bedeutung.

#### Setting C

- höhere Sitzungsfrequenz (zwei bis drei Wochenstunden);
- Deutung der Übertragungsbeziehung;
- Evidenzerleben des Patienten (die Wertschätzung des Objekts bleibt auch trotz spürbar gewordener Aggression und Abgrenzung erhalten).

#### Setting D

- ambulante Gruppenpsychotherapie (eineinhalb Wochenstunden);
- Bewältigung und Prophylaxe der Erkrankung, insbesondere bei langen Krankheitsverläufen (psychoedukative Elemente);
- Steigerung der sozialen Kompetenz im interaktionellen Erfahrungsaustausch;
- multilaterale Übertragungen: Erfahrung und Auflösung sozialer Circuli vitiosi in der aktuellen Gruppensituation;
- schrittweise Bearbeitung des ambivalenten Wunsches nach dem Idealobjekt und der damit verbundenen Enttäuschungen.

## Indikationskriterien

Für die Indikation und Auswahl des therapeutischen Settings sind die folgenden Kriterien massgeblich:

- *Leidensdruck*: Bei hohem Leidensdruck im sogenannten symptomarmen Intervall bietet sich das Setting B an (mit mittlerer Sitzungsfrequenz); bei niedrigem Leidensdruck nach Abklingen der depressiven Verstimmung ist eher das Setting A indiziert.
- *Motivation*: Grundsätzliche Voraussetzung einer Psychotherapie auch der schweren Depression, die während und nach der stationären Behandlungsphase oder in ärztlichen Gesprächen abzuklären und unter Umständen zu fördern ist.
- *Introspektionsfähigkeit*: Bei bereits vorhandener hoher Introspektionsfähigkeit ist am ehesten das Setting B (mit dem Fokus auf den aktuellen Konflikten) oder zur weitergehenden Bearbeitung depressionsfördernder intrapsychischer und interaktioneller Mechanismen das Setting C (höhere Sitzungsfrequenz) indiziert.
- *Schwere und Dauer der Erkrankung*: Bei einem langjährigen Krankheitsverlauf und erheblichen psychosozialen Einbussen eignet sich das Setting A oder auch die Gruppentherapie mit Patienten, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund aufweisen (Setting D).
- *Persönlichkeitsstruktur*: Bei der Indikation zu den einzelnen Psychotherapieformen sind persönlichkeitsstrukturelle Gesichtspunkte zu berücksichtigen. So hat Mundt [1] vorgeschlagen, durch eine Stukturdiagnose, die zusätzlich zur psychopathologischen Diagnose vor Beginn der Behandlung gestellt wird, und durch ein zusätzliches «Staging» des Krankheitsstadiums das pathogenetische Arbeitsfeld der Psychotherapie zu präzisieren. So bestehe ein therapeutischer Fehler unter Umständen darin, den Circulus vitiosus aus Sollensdruck und Eingesperrtsein in der Pflichtsituation (Remanenz und Inkludenz im Sinne von Tellenbach) bei Depressiven zu unterschätzen ([1] S. 187/188). Er empfiehlt deshalb eine zurückhaltende Indikationsstellung bei Patienten mit Typusmelancholicus-Struktur, während er die Prognose einer Psychotherapie bei Patienten mit narzisstischer Struktur und depressiver Struktur (im Sinne einer neurotischen Depression nach ICD-9) für günstiger einschätzt.

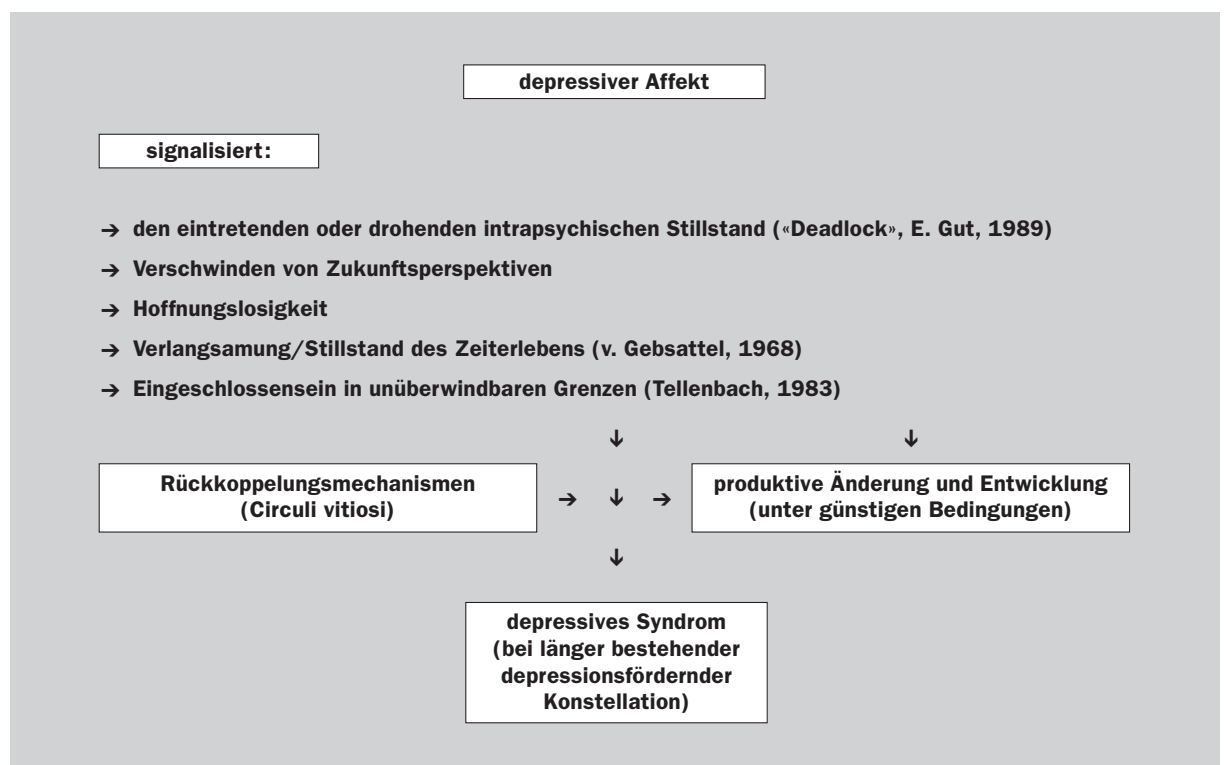
## Schlussfolgerung

Die psychogenetischen, psychodynamischen und psychopathologischen Besonderheiten der schweren Depressionen erfordern ein mehrdimensionales Behandlungskonzept, das der Dynamik zwischen Ich-Struktur und Affektivität Rechnung trägt. Die Wirksamkeit des therapeutischen Prozesses beruht dabei nicht so sehr auf «Einsicht» und den sich darauf stützenden Deutungen, sondern vorwiegend auf den *neuen Beziehungserfahrungen*, die dem Patienten innerhalb des Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens ermöglicht werden. Diese von der neueren Psychotherapieforschung betonten «spezifischen Muster der Begegnung» [27] verändern die inneren Beziehungsmuster und tragen zu einer authentischen intersubjektiven Erfahrung bei. Dieser Prozess setzt eine den Patienten akzeptierende und stets die eigene Gegenübertragung berücksichtigende therapeutische Haltung voraus. Wesentliches Ziel der Behandlung ist es, die defensiven Strategien Depressiver und die komplizierenden Teufelskreise aufzulösen. Dieses setzt auch eine übergreifende Theorie der Depression voraus, welche die Zirkularität der somato-psychischen, kognitiven, intrapsychischen und interpersonalen Faktoren erfasst. Auf diese Weise wird verständlich, warum unterschiedliche Interventionen und therapeutische Strategien bei Depressionen wirksam werden können. Darüber hinaus eröffnet sich die Chance,

die – durch das häufig nicht hinterfragte Festhalten an monokausalen Krankheitsmodellen (ausschliessliche Somatogenese vs. Psychogenese) – konzeptionell präformierten Erfahrungsmuster auf seiten der Therapeut(inn)en aufzulösen.

Während zu Beginn der Therapie insbesondere der Handlungsdialog zwischen Patient und Therapeut zum Verständnis der Psychodynamik beiträgt, ermöglichen schliesslich in den späteren Stadien der Behandlung Übertragungsdeutungen und Rekonstruktionen die Aufhebung der antagonistischen inneren Widersprüche des Patienten und tragen zu einer Stabilisierung der in der therapeutischen Beziehung erlebten neuen Bewältigungsmöglichkeiten bei. Entscheidend ist, dass die Indikationsstellung auf den jeweiligen Einzelfall abgestimmt wird (individuumzentrierte Indikationsstellung). Die Empfehlung zum komplementären Einsatz unterschiedlicher Therapieverfahren ist dabei nicht gleichzusetzen mit einer beliebigen Austauschbarkeit und einer bloss additiven Summierung verschiedener Strategien. Die von Benedetti [28] geforderte therapiebegleitende Reflexion des eigenen Standortes der Therapeutinnen/Therapeuten erweist sich auch in der Behandlung der schweren Depression als grundlegende Voraussetzung einer integralen, personenbezogenen Therapie, die die Dichotomie von Psychotherapie und Somatotherapie überwindet.

Abbildung 1 Die Signalfunktion des depressiven Affekts.



## Literatur

- 1 Mundt C. Die Psychotherapie depressiver Erkrankungen: zum theoretischen Hintergrund und seiner Praxisrelevanz. *Nervenarzt* 1996;67:183–97.
- 2 Mentzos S. Depression und Manie; Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht; 1995.
- 3 Pflug B. Rhythmusfragen bei affektiven Psychosen. In: Kisker KR, Lauter H, Meyer JE, Möller C, Strömgen E. (Hrsg.). *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1987.
- 4 Tellenbach H. Typus melancholicus. In: Peters UH (Hrsg.). *Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd.10, Zürich: Kindler; 1980. S. 465–70.
- 5 Zerssen D v. Der «Typus manicus» als Gegenstück zum «Typus melancholicus» in der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur affektpsychotischer Patienten. In: Janzarik W. *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke; 1988. S. 150–71.
- 6 Deakin JFW (editor). *The biology of depression*. London: Gaskell; 1986.
- 7 Bohns M, Berger M. Der Beitrag biologisch-psychiatrischer Befunde zum Verständnis depressiver Erkrankungen. *Z Klin Psychol* 1992;21:156–71.
- 8 Arieti S, Bemporad J. *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1983.
- 9 Krause R. Zur Onto- und Phylogese des Affektsystems und ihre Beziehung zu psychischen Störungen. *Psyche* 1983;37:1015–43.
- 10 Krause R. Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der «frühen Störungen». *Psychother Med Psychologie* 1988;38:77–86.
- 11 Gut E. *Productive and unproductive depression*. London: Tavistock and Routledge; 1989.
- 12 Gebattel V v. Die depressive Haltung. In: Gebattel V v. *Imago homines*. 2. Auflage Salzburg: O. Müller Verlag; 1968. S. 200–19.
- 13 Tellenbach H. *Melancholie*. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1983.
- 14 Beck AT. The development of depression. A cognitive model. In: Friedman R, Katz JMM, editors. *The psychology of depression*. New York: Wiley; 1974.
- 15 Seligmann MEP. *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: Freeman; 1975. Deutsch: *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg; 1975.
- 16 Hautzinger M. Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A, Hrsg. *Depressionskonzepte heute*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 17 Klerman G, Weissmann MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.
- 18 Winnicott DW. Störungen aus dem Bereich der Psychiatrie, bezogen auf infantile Reifungsprozesse. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt/M: Fischer; 1965/1984. S. 303–19.
- 19 Benedetti G. Analytische Psychotherapie der affektiven Psychosen. In: Kisker KP, Hrsg. *Psychiatrie der Gegenwart*. 3., völlig neu gestaltete Auflage. New York, Berlin, Heidelberg: Springer; 1987.
- 20 Matussek P, Luks O, Seibt G. Partner relationships of depressives. *Psychopathology* 1986;19:143–56.
- 21 Kröber H L. Akute Krisen bei Manien. *Nervenheilkunde* 1992;11:1–3.
- 22 Böker H. Handlungsdialoge in multiprofessionellen Teams: Der Beitrag der Psychoanalyse zu einer integrierten Therapie psychotischer Patienten. *Psychiat Prax* 1995;22:201–5.
- 23 Hell D. Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Studie an 103 Kranken und ihren Ehepartnern. Monographie aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1982.
- 24 Stierlin H, Weber G, Schmidt G, Simon FB. Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. *Familiendynamik* 1986;11:267–82.
- 25 Böker H, Lempa G. Psychosen: Psychoanalytische Therapie. In: Senf W, Broda M, Hrsg. *Praxis der Psychotherapie; Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart, New York: Thieme; 1996. S. 340–44.
- 26 Mentzos S. Drei therapeutische Settings in der psychoanalytischen Psychotherapie psychotischer Patienten. *Forum der Psychoanalyse* 1986;2:134–51.
- 27 Stern DN. What brings about change in psychotherapy? A focus on implicit knowledge. Vortrag, European Federation for psychosomatic psychotherapy in the public sector. Zürich, 26.4.97.
- 28 Benedetti G. *Klinische Psychotherapie*. Bern, Stuttgart: Huber; 1964.