

# Der ökologische Ansatz der Psychotherapie von Depressionen

■ J. Willi\*

\* unter Mitwirkung von Ruth Allamand, Robert Frei, Eduard Günther, Bernhard Limacher, Hadmut Prün, Astrid Riehl-Emde, Jakob Scherrer, Christian Wüthrich – Mitglieder des Teams Koevolution

## Einleitung

In der ambulanten Praxis kommen häufig Patienten zur Behandlung mit Depressionen, die sich im Zusammenhang mit unlösbar erscheinenden Konfliktsituationen in Partner- oder Arbeitsbeziehungen gebildet haben. Nach ICD-9 hätte man sie den depressiven Neurosen zugerechnet, nach ICD-10 passen sie nicht in das Bild der Dysthymie, da es sich nicht um konstant sich wiederholende Depressionen handelt, sondern oftmals um erstmalig auftretende Depressionen im mittleren Lebensalter. Sie passen am ehesten zu den längeren depressiven Reaktionen als Anpassungsstörung F43.21, wobei die Deskription dieser Störung die erlebte Konflikthaftigkeit der Störung selbst vermissen lässt. Der ökologische Ansatz, den wir für die Psychotherapie depressiver Entwicklungen vorstellen möchten, ergänzt den kognitiven [1] und interpersonellen [2] Ansatz, indem er sich stärker mit den persönlichen Hintergründen depressiver Entwicklungen befasst; er unterscheidet sich von psychoanalytischen Ansätzen [3] andererseits, indem er das Hauptgewicht auf die Gestaltung der aktuellen Beziehungen legt.

## Was ist ökologische Psychotherapie?

Die ökologische Psychotherapie [4] geht von einem neuen Denkansatz aus, der sich an Modelle der Verhaltensbiologie [5] anlehnt. Er beruht auf der These, dass der Mensch sich persönlich im Schaffen seiner Umwelt entwickelt. Aufgrund seiner Motivationslage sucht er sich eine Umwelt, die mit seinen Intentionen, die Umwelt zu gestalten, korrespondiert, die ansprechbar ist auf seine Handlungsangebote, die in der Begriffssprache der Ökologie [6] für seine Potenzen die entsprechenden Umweltvalenzen zur Verfügung stellt. In der mit ihr korrespondierenden Umwelt schafft sich die Person ihre persönliche Nische.

*Die persönliche Nische ist der selbstgestaltete Anteil der Umwelt.* Sie umfasst alle

belebten und unbelebten Objekte, mit welchen eine Person in einem aktiven Austausch steht, welche sie sich auswählt, auf welche sie gestaltend einwirkt, die sie selber schafft und produziert. Symbolisch steht für die persönliche Nische die Behausung, die Wohnung, das Haus, die Einrichtung, der Arbeitsplatz, die Produkte der Arbeit, aber auch das Beziehungsnetz, die Familie, die Arbeitskollegen, die Kunden usw.

## Weshalb ist die persönliche Nische als selbstgestaltete Umwelt so bedeutsam?

Die persönliche Nische ist der Beziehungsraum, in welchem eine Person ihr Wirken entfaltet. Wir gehen theoretisch von der Beobachtung aus, dass die im Wirken geschaffenen Fakten die Entwicklung des Lebenslaufes massgeblich beeinflussen oder, wie R. M. Lerner [7] es bezeichnet, das Individuum der Produzent seiner eigenen Entwicklung ist. Von Geburt an bis ins Alter und bis zum Tod sind Menschen daran, sich im Gestalten ihrer Umwelt zu verwirklichen. Sie möchten in ihren Wirkungen beantwortet werden. Diesen dauernden aktiven Umweltsbezug bezeichnen wir als *beantwortetes Wirken*. Die erzielten Wirkungen und geschaffenen Tatsachen sind Ausgangspunkt der Intentionen und Pläne zu weiterem Wirken. Der *Lebenslauf entwickelt sich als wirkungsgeleiteter Prozess*. Die Art des Beantwortetwerdens, die Ausstrahlung, das Echo, das jemand findet, sind lebenslang von entscheidender Bedeutung für die psychische Gesundheit eines Menschen.

Das beantwortete Wirken kann die allerverschiedensten Lebensbereiche und Lebensmöglichkeiten betreffen. Eine besonders intensive Beantwortung wird in Liebesbeziehungen und Sexualbeziehungen erfahren, aber auch in beruflichen Leistungen oder in sozialen Kontakten. Positiv beantwortetes Wirken setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, die Ansprechbarkeit der Bezugspersonen und die Strukturen der unbelebten Objekte zu beachten. Es geht darum, mit «Ansprechpartnern» eine Ko-responzenz (ein Gegenseitig-sich-Beantworten) herzustellen, d.h. herauszufinden, wie man sie für sich zu gewinnen, für sich einzunehmen oder sie zu verführen vermag. Das setzt die Fähigkeit voraus, sich in andere Menschen einzufühlen, sich auf

ihre Bereitschaften einzustimmen und diesen sich anzupassen.

## Die Einschränkung des beantworteten Wirkens bei psychischen Störungen

Dieses laufende Sich-auf-die-Bereitschaften-anderer-Abstimmen ist eine mühsame Anpassungsarbeit. Diese ist gefährdet:

- *unter Stress aller Art*: Menschen neigen dazu, unter Disstress ihre psychischen Kräfte auf sich selbst zurückzunehmen. Es kommt zu einem verstärkten Egozentrismus und damit zu einer reduzierten Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und sich deren Bereitschaften anzupassen.
- *durch charakterliche Dispositionen und Eigenheiten*: Manche Menschen drohen aufgrund unangepasster Dispositionen in ihrem Wirken daneben zu geraten. Es handelt sich um Eigenheiten des Temperaments oder Charakters oder um Inkompatibilitäten zwischen ihren kulturell oder lebensgeschichtlich gebildeten Schemata mit jenen ihrer sozialen Umwelt.

Psychische Störungen aller Art beeinträchtigen die Wirksamkeit einer Person. Der Schweregrad einer psychischen Störung gemäss dem «global assessment of functioning GAF» lässt sich als Einschränkung im Gestalten einer differenzierten persönlichen Nische erfassen.

## Der depressive Modus der Beziehungsgestaltung

Depressive Disposition

Bei Patienten, die in eine depressive Entwicklung geraten, findet man häufig eine depressive Disposition als charakterliche Eigenheit, die sich schon früh im Leben gebildet hat und die vor allem in der psychoanalytischen Literatur (z.B. [3]) eingehend beschrieben wurde. Diese charakterliche Eigenheit gefährdet das beantwortete Wirken. Die Betroffenen versuchen, sich mit bestimmten Verhaltensweisen vor diesen Tendenzen zu schützen (Tab. 1).

Für die Bildung dieser Disposition kann der Einfluss genetischer und konstitutioneller Faktoren sowie frühkindlicher Beziehungserfahrungen postuliert werden. Deren hypothetische Entstehung in früh-

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Jürg Willi,  
Psychiatrische Poliklinik,  
Universitätsspital Zürich,  
Culmannstrasse 8,  
CH-8091 Zürich

kindlichen Erfahrungen steht nicht im Zentrum der ökologischen Therapie. Manche Beziehungsleitbilder von Menschen, die zu Depressionen neigen, können als Reaktionsbildungen und Abwehrhaltungen gegen die aufgeführten gefährlichen Tendenzen verstanden werden.

**Tabelle 1**

Bei Disposition zu Depressionen.

<b>Die persönliche Wirksamkeit ist gefährdet durch folgende Tendenzen:</b>
Riesensprüche an Zuwendung
Grössenphantasien und Idealisierung von Bezugspersonen
Wünsche nach Harmonie, Symbiose, Abhängigkeit und Geliebtwerden
strenge Gewissensansprüche
schlechtes Selbstwertgefühl
<b>Aus dem Versuch, sich vor diesen Tendenzen zu schützen, ergeben sich folgende Beziehungsleitbilder:</b>
persönliche Ansprüche und Erwartungen hintanstellen
Bedürfnisse anderer sensibel wahrnehmen und erfüllen
Misserfolge und Enttäuschungen vorwegnehmen
sich zum voraus als hilflos, wertlos und als Versager anbieten

**Tabelle 2**

Möglichkeiten, die depressive Disposition produktiv zur Beziehungsgestaltung zu nutzen.

<b>Besondere Fähigkeiten (Potenzen) liegen in folgenden Beziehungsangeboten:</b>
sich in Beziehungen engagieren (bis zum Überengagement)
Warmherzigkeit, Herzlichkeit
empathisch auf andere eingehen, Nähe zulassen
die Wünsche anderer erfüllen
für andere unentbehrlich werden
eigene Ansprüche zurückstellen, keine Grenzen setzen
<b>Die Beziehungsnische kann folgende Ansprechbarkeiten (Valenzen) aufweisen:</b>
einen benötigen und brauchen
grosses Engagement abfordern
Herzlichkeit, Warmherzigkeit und Gemeinschaftssinn positiv werten

Produktive Beziehungsmöglichkeiten bei depressiver Disposition

Für die ökologische Sichtweise ist die Feststellung wichtig, dass eine depressive Disposition nicht zwangsläufig zu einer depressiven Dekompensation führt, sondern im Gegenteil die Betroffenen mit Beziehungsqualitäten ausstatten kann, welche der Entfaltung eines positiv beantworteten Wirkens dienen. Diese besonderen Fähigkeiten können wirksam werden, wenn es gelingt, eine korrespondierende Nische zu finden oder zu schaffen. Die ökologische Psychotherapie interessiert sich nicht nur für die Umstände, die zu einer psychischen Dekompensation führen, sondern ebenso für Beziehungskonstellationen, die trotz Risikopersonlichkeit evtl. über lange Phasen ein sinnerfülltes, positiv beantwortetes Wirken ermöglichen. Tabelle 2 zeigt, worin die besonderen Beziehungsmöglichkeiten bei depressiver Disposition liegen und welche Aspekte einer persönlichen Nische mit diesen Eigenheiten ko-respondieren (sich wechselseitig beantworten) können. Eine produktive Nutzung der besonderen Beziehungsmöglichkeiten bei depressiver Disposition zeigen manche aufopfernde Mütter, besonders engagierte Mitarbeiter oder besonders um Harmonie bemühte Partner.

Entwicklung einer depressiven Dekompensation

Als Auslöser depressiver Störungen gelten realer oder drohender Objektverlust [8] sowie schwere persönliche Kränkungen. Diese Feststellungen passen gut zur ökologischen Theorie des Verlustes an beantwortetem Wirken, der dann eintritt, wenn die von der Person angebotenen Potenzen keine korrespondierenden Valenzen der Umwelt mehr vorfinden. Häufig kommt es zu depressiver Dekompensation in chronisch konflikthaften Beziehungssituationen in Partnerschaft, Familie oder am Arbeitsplatz. Dabei handelt es sich nicht um einen äusseren, sondern um einen inneren Objektverlust, um einen Verlust an Ko-respondenz, um einen Verlust an beantwortetem Wirken, trotz physischer Präsenz der Bezugspersonen.

Einstellungen und Leitbilder von Beziehungen, die sich über Jahrzehnte bewährten, können im Wandel der Beziehungskonstellationen ihre Wirksamkeit verlieren. Es kann dazu kommen, dass eine Person real in ihren bisherigen Funktionen nicht mehr gebraucht wird, nicht mehr die positive Wertschätzung von früher erfährt oder sich als überflüssig und ausgebeutet empfindet, so dass es zu einer inneren Verabschiedung kommt, trotz fortbestehender äusserer Beziehung. Es kann sein, dass insbesondere in einer Ehe die Beziehung zum Partner innerlich verlorengeht, weil dieser sich nicht mehr als ansprechbar erweist, unerreichbar ist, sich abschottet und an den Erwartungen und Ansprüchen, die an ihn gestellt werden, vorbeilebt.

Aufgrund der depressiven Disposition können Personen auf Ereignisse, welche die Verwirklichung ihrer Beziehungsleitbilder nicht oder nicht mehr ermöglichen, besonders verletzlich sein.

Depressionsfixierende Selbstheilungs- und Schutzmassnahmen

Gemäss dem Konzept des wirkungsgeleiteten Lebenslaufes [4] schaffen sich depressive Patienten oft Lebensumstände, welche fixierend auf ihre Störung zurückwirken. Die Betroffenen setzen zwar *Selbstheilungsmassnahmen* ein, durch welche sie sich vor weiteren Enttäuschungen schützen wollen, mit welchen sie eine besondere Bestätigung und Zuwendung zu erreichen hoffen und mit welchen sie die wichtigen Bezugspersonen vor ihren Aggressionen zu bewahren suchen.

Zu diesen Selbstheilungsmassnahmen gehören laufende Selbstanklagen, sie seien für die Umwelt eine Zumutung oder niemand liebe und schätze sie. Sie konstellieren sich damit aber eine Nische, die depressionsfixierend auf sie zurückwirkt, insbesondere wenn die nahen *Bezugspersonen ihrerseits Selbstschutzmassnahmen* einsetzen aus Angst, von der Depression «angesteckt» zu werden. Sie können sich überfordert fühlen, den von Depression Betroffenen zu bestätigen, zu unterstützen, ihm zuzusprechen und seine negativen Ansichten zu korrigieren. Dazu kommen Schutzmassnahmen der Bezugspersonen gegen ihre Wut und ihren Ärger über die eigene Ohnmacht, gefolgt von Schuldgefühlen und dem Versuch, ihre Aggressionen zu unterdrücken. In dieser konfliktreichen Beziehungssituation neigen manche Partner dazu, sich allzu rigide vom Betroffenen abzusetzen, indem sie sich als rücksichtslos und unempathisch erweisen und dem Betroffenen mit forcierter Besserungsoptimismus und Aktivismus zureden und seine Störung bagatellisieren. Andere zeigen im Gegenteil eine Bereitschaft, allzusehr auf die depressiven Klagen einzugehen, sich in den depressiven Strudel hineinsaugen zu lassen, dem Depressiven keinen Widerstand zu bieten und ihm keine Grenzen zu setzen.

Diese Selbstheilungsmassnahmen fixieren jedoch meist die depressive Einschränkung der eigenen Wirksamkeit und provozieren Selbstschutzmassnahmen der Bezugspersonen.

Schutzmassnahmen der Partner und Selbstheilungsmassnahmen der Depressiven können sich wechselseitig verstärken und fixieren. Da jede Seite ihr Verhalten mit dem der anderen begründet und rechtfertigt, führen diese Massnahmen auf beiden Seiten zu Frustration und Isolation. Eine konstruktive Entwicklung der Beziehung ist blockiert.

**Zur Psychotherapie psychogener Depressionen gemäss ökologischem Ansatz**

Wir gehen von der Annahme aus, dass die depressive Dekompensation dann eintritt,

**Tabelle 3**

Depressive Dekompensation.

**Wenn Umstände eintreten, in welchen die Potenzen der Person nicht mehr mit den Valenzen der Umwelt korrespondieren und somit eine veränderte Beziehungsgestaltung notwendig wird.**

#### Depressionsauslösende Veränderungen des beantworteten Wirkens:

den Ansprüchen nicht mehr gewachsen sein, Überforderung

in Beziehungen sich innerlich oder äusserlich auseinander entwickeln

sich nicht mehr gebraucht oder überflüssig fühlen

sich im Einsatz für andere betrogen und missbraucht fühlen

bei Aussichtslosigkeit, eine intensive und wirksame Beziehung wieder herzustellen

bei Kränkung oder Entzug bisheriger Anerkennung

**Tabelle 4**

Depressionsfixierende Selbstheilungsversuche des Patienten.

#### Verhaltensweisen

provozierende Formen von Rückzug und Abwendung

sich selbst anklagen und erniedrigen

sich selbst entwerten

sich in Schwarzseherei ergehen, «self-fulfilling prophecy»

#### Eingesetzt

in der Hoffnung auf Zuwendung

zum Schutz vor weiteren Enttäuschungen

zur Schonung der Bezugspersonen vor Aggressionen

wenn eine anstehende und notwendige Entwicklung in aktuellen Beziehungen blockiert ist, aus Angst vor deren Konsequenzen für den Betroffenen selbst oder für die Bezugspersonen. Ziel der Therapie ist es, diese notwendige Entwicklung zu unterstützen. Um der therapeutischen Arbeit Konsistenz zu geben, haben wir eine Formel für eine Fokusformulierung ausgearbeitet, die den Therapeuten als Fallkonzeption dienen kann [4]. Der Fokus zentriert sich auf den blockierten, jetzt anstehenden Entwicklungsschritt, wie ihn Therapeuten mit hoher Übereinstimmung aus dem Abklärungsgespräch des Patienten heraushören. Dabei legen wir besonderes Gewicht auf die Exploration und Bearbeitung der Wochen und Monate, welche der depressiven Dekompensation vorangegangen sind. Es interessiert uns, weshalb

der Betroffene bei vorbestehender depressiver Disposition über Jahre oder Jahrzehnte sein Leben ohne Dekompensation zu gestalten vermochte und was sich im zeitlichen Vorfeld der Dekompensation in seinen Beziehungen verändert hat. Es interessiert uns aber auch, welche Umstände in den Beziehungen jetzt eine besondere Bereitschaft zur therapeutischen Arbeit entstehen lassen. Die depressive Dekompensation ist nicht Schicksal, sondern ein krisenhaftes Durchgangsstadium, das dem Patienten eine neue und womöglich befriedigendere Beziehungsgestaltung abfordert.

Der koevolutive Fokus ist in folgenden Schritten aufgebaut:

a) *Was waren die bisherigen Leitbilder für die Gestaltung der Beziehungen? Was haben diese Leitbilder dem Patienten und seinen Bezugspersonen ermöglicht? Was hat sich dann im zeitlichen Vorfeld der depressiven Dekompensation in seinen Beziehungen verändert? Inwiefern erweisen sich die Leitbilder jetzt nicht mehr als tauglich, um eine konstruktive Beziehung zu gestalten?*

b) *Worin liegt der jetzt anstehende Entwicklungsschritt in den Beziehungen? Was für Entwicklungen sind notwendig, was ist in den Beziehungen blockiert?*

c) *Was steht dem Vollzug dieses Entwicklungsschrittes entgegen? Worin liegt der persönliche Widerstand, aber auch der Widerstand der Bezugspersonen? Welche Ängste und Schuldgefühle lösen die zu vollziehenden Entwicklungen aus? Worin liegen Risiken und befürchtete Konsequenzen?*

d) *Was begünstigt jetzt den Vollzug des anstehenden Entwicklungsschrittes? Weshalb ist gerade jetzt der richtige Moment? Worin liegen Konstellationen, die einen Wandel begünstigen und besondere persönliche und situative Ressourcen bilden? Welche Emotionen treiben eine notwendige Entwicklung voran?*

#### Fallbeispiel einer koevolutiven Fokalthherapie

Eine 55jährige Frau wurde auf die Notfallstation des Universitätsspitals eingewiesen wegen akuten, somatisch nicht erklärbaren Schwächezuständen begleitet von Atemnot und Todesangst. Die Patientin hatte den Eindruck, ihre Energie laufe aus. Im Gegensatz zu ihrer übrigen Lebensweise sass sie seit Wochen nur noch antriebslos zu Hause herum, wiederholt hatte sie Schwächeanfälle im Einkaufszentrum und im Café. Sie wurde von unserem Dienstarzt psychiatrisch untersucht und nach einer Krisenintervention in unser Kurztherapieprogramm übernommen.

Zur Lebensgeschichte

Die Patientin ist in Preussen geboren, ihr Vater wird als autoritärer, erfolgreicher Geschäftsmann geschildert, von welchem

**Tabelle 5**

Depressionsfixierende Selbstschutzmassnahmen der Bezugspersonen.

#### Verhaltensweisen

rigide Abgrenzung: egozentrisch, unempathisch, rücksichtslos, gleichgültig, Aktivismus, Bagatellisieren, forcierter Besserungsoptimismus

diffuse Abgrenzung: Überempathie, sich in die Depression einziehen lassen, Schonen, keine Grenzen setzen, keinen Widerstand bieten

#### Eingesetzt

gegen depressive Ansteckung

gegen Aggressionen, Ohnmachtsgefühl und Schuldgefühle

die Mutter sich dauernd unterdrückt gefühlt hatte. Die Mutter sei im Schatten des Vaters gestanden. Die Patientin hatte gegen ihren dominierenden Vater an der Stelle der Mutter gekämpft. Es kam dann aber zur Scheidung der Elternehe, worauf die Patientin mit 18 Jahren in die Schweiz zog. Hier absolvierte sie eine Büroausbildung und war in einer Bank angestellt. Sie heiratete vor 25 Jahren einen Versicherungskaufmann. Nach vier Aborten blieb die Ehe kinderlos, was für die Patientin eine schwere Enttäuschung war. Zeitlebens betreute die Patientin ihre selbstsichere Mutter. Sie hatte bisher noch nie eine psychische Dekompensation aufgewiesen, war noch nie in einer psychiatrischen Behandlung gestanden und hatte nie Psychopharmaka eingenommen.

*Beziehungsveränderungen im zeitlichen Vorfeld der depressiven Dekompensation:* Es häuften sich bei der Patientin in den letzten Jahren gravierende Beziehungsveränderungen (Tab.6): Vor vier Jahren starb ihr Vater. Vor zwei Jahren erkrankte der Mann an einem Zungengrundkarzinom mit Lymphknoten-Metastasen. Er wurde operiert und nachbestrahlt. Die Patientin übernahm mit grosser Aufopferung seine aufwendige Pflege zu Hause. Nach fast neunmonatiger künstlicher Ernährung musste sie ihn füttern und ihm später wieder das Essen beibringen. Während zwei Jahren musste sie fast dauernd für den Mann verfügbar sein. Vor 1 1/2 Jahren wurde der Patientin die Stelle auf der Bank aus Rationalisierungsgründen gekündigt, und sie wurde mit 53 Jahren vorzeitig pensioniert. Vor einem Jahr kam es zu einem unerwarteten Bruch in der Beziehung mit der Mutter. Seit dem Tode des Vaters hatte die Mutter sich in erstaunlicher Weise emanzipiert und wandte sich der Schwester der Patientin und deren Kindern zu. Sie wollte nichts mehr von der Patientin und deren Betreuung wissen. Sie brachte sogar ein neues Türschloss an ihrer Wohnung an, wodurch die Patientin sich im eigentlichen und übertragenen Sinne ausgeschlossen fühlte. Vor 1/2 Jahr besserte sich das Befinden des

Mannes. Er benötigte die Pflege der Patientin nicht mehr, die Prognose wurde nun eher als günstig betrachtet. Die Patientin war jetzt all ihrer Aufgaben entbunden und reagierte mit einer «Entlastungsdepression». Zwei Wochen vor Behandlungsbeginn begab sich die Patientin zur Operation von Ovarialzysten ins Spital. Einen Tag nach der Operation verfiel sie in eine schwere Depression. Sie sah, wie andere Patientinnen viel Besuch erhielten. Sie wurde von der Angst ergriffen, zu sterben, ohne sich mit der Mutter versöhnt zu haben. «Man geht von der Welt, bevor man sich die Hand gereicht hat.»

**Befund:** Die Patientin wirkt etwas vorgealtert, zeigt eine depressive Grundstimmung, wirkt ängstlich, agitiert, angespannt und nervös. Bei der Schilderung ihrer Problematik ist sie weitschweifig und verliert sich in Details. Sie klagt über Schwäche, Antriebsverminderung, Energieverlust und Erschöpfung. Sie ist sehr bemüht, sich zusammenzureissen, sich nicht fallenzulassen, dem Therapeuten alles abzunehmen, ihm bei jedem Gedanken zuvorzukommen und ihn in atemlosem Redefluss zu überschwemen. Sie ist schwer gekränkt über den Rückzug ihrer Mutter und den Stellenverlust. Dennoch will sie andere Menschen schonen und entschuldigen. Sie sieht nicht, wie sie ihrem Leben noch einen Sinn geben kann. Zeitlebens war sie bemüht, allen alles recht zu machen, und fühlt sich jetzt im Stiche gelassen.

Als Fallkonzeption für die Fokaltherapie formulierten wir den in Tabelle 7 folgenden koevolutiven Fokus.

**Tabelle 6**

Beziehungsveränderungen im zeitlichen Vorfeld der depressiven Dekompensation. Fallbeispiel einer 55jährigen Frau.

Beziehungereignisse		Depressive Dekompensation
1992	Tod des Vaters	
1994	Zungengrundkarzinom des Ehemannes. Aufopfernde Pflege durch Patientin	
1995	Langjährige Arbeitsstelle wird der Patientin gekündigt, vorzeitige Pensionierung	
Januar 1996	Die Mutter entzieht sich der Betreuung durch die Patientin und bricht den Kontakt zu ihr ab	Schwere Kränkung, Beginn der Depression
↓		
Herbst 1996	Zustand des Ehemannes verbessert sich. Er benötigt die Pflege der Patientin nicht mehr	Mittelschwere «Entlastungsdepression»
↓		
Dezember 1996	Ovarialzystenoperation	Schwere depressiv-ängstliche Dekompensation

**Therapieverlauf:** Die Therapie erstreckte sich über fünf Monate mit 16 Sitzungen. Zur raschen Erholung der Patientin trug die wohlwollende, engagierte und unterstützende Haltung des Therapeuten wesentlich bei. Es wurde der Patientin klar, wie wichtig es für sie ist, eine neue Lebensaufgabe zu finden. Während eines Erholungs-

aufenthaltes im Tessin konnte die Patientin sich im Erholungsheim ein neues Wirkungsfeld erschliessen. Verschiedene Pensionäre suchten ihre Gesellschaft und erzählten ihr ihre Sorgen, was der Patientin einen grossen Auftrieb gab. Sie erkannte ihre speziellen Fähigkeiten, auf andere Menschen einzugehen, und kehrte mit dem Wunsch zurück,

**Tabelle 7**

Koevolutiver Fokus Frau I. K. 1942, vom 3. 4. 1997

Richtlinien für die Fokusformulierung	Fokusformulierung Frau I. K.
<p><b>1. Ausgangssituation</b> Nachdem ich (aufgrund charakterlicher Eigenheiten) meine Beziehung nach folgenden Leitbildern zu gestalten vermochte ...</p> <p>die mir erlaubten, eigene bedrohliche Tendenzen produktiv für die Beziehungsgestaltung zu nutzen ...</p> <p>haben sich folgende Umstände eingestellt, die eine Fortsetzung meiner bisherigen Beziehungsgestaltung nicht mehr ermöglichen ...</p>	<p><i>Nachdem ich immer bemüht war, für andere da zu sein, für mich nichts zu fordern und mich ganz für die Pflege meines Mannes zu engagieren, habe ich meine Arbeitsstelle verloren, werde in der Pflege meines Mannes nicht mehr benötigt und fühle mich von der Mutter aus der Beziehung ausgeschlossen. Unter diesen Umständen kann ich in meinem Leben keinen Sinn mehr sehen und bin gekränkt über den fehlenden Dank für meinen Einsatz.</i></p>
<p><b>2. Anstehender Entwicklungsschritt in Beziehungen</b> Jetzt steht somit folgende Veränderung an ...</p>	<p><i>Als Entwicklung steht jetzt an, aus meinem derzeitigen passiven Rückzug herauszufinden und mir ein neues Wirkungsfeld zu erschliessen, unter stärkerer Beachtung meiner eigenen Bedürfnisse und der Bereitschaften anderer.</i></p>
<p><b>3. Erschwerende Umstände</b> ... was erschwert wird durch folgende innere und äussere Bedingungen ...</p>	<p><i>Was erschwert wird durch meine Tendenz, mich für andere zu verausgaben, ohne für mich etwas zu fordern.</i></p>
<p><b>4. Erleichternde Umstände</b> ... was erleichtert wird durch folgende innere und äussere Bedingungen ...</p>	<p><i>Was herausgefordert wird durch meine tiefe Kränkung sowie durch meine Fähigkeit, in belastenden Situationen die Übersicht zu wahren und praktische Lösungen mit Energie zu realisieren.</i></p>
<p><b>5. Schritte in der angestrebten Richtung</b></p>	<p><i>Schritte in der angestrebten Richtung wären Neuorientierung und Ausschau nach einem neuen und sinnvollen Wirkungsfeld; die Auseinandersetzung mit der Mutter vorzubereiten und durchzuführen.</i></p>

sich eine neue Lebensaufgabe als freiwillige Helferin bei Pro Senectute zu schaffen. Die Vorbereitung der Auseinandersetzung mit der Mutter beunruhigte die Patientin sehr. Sie wünschte sich die Anwesenheit des Mannes in der Sitzung. Mit Unterstützung des beigezogenen Ehemannes konnte der Therapeut die sehr kränkbare Patientin mit der Tendenz konfrontieren, andere Menschen zu überfahren und zuwenig wahrzunehmen, wie ihr Engagement bei anderen Menschen ankommt. Das brachte eine deutliche Veränderung des Kommunikationsstils mit dem Therapeuten. Sie konnte sich besser auf ein Zwiegespräch einlassen und dem Therapeuten zuhören, anstatt sich mit Vielreden vor einer vertieften Auseinandersetzung zu schützen.

Am Ende der Therapie von 15 Sitzungen war die Patientin nicht mehr depressiv, sondern unternehmungslustig und wieder voller Energie. In der Umschau nach neuen Aufgaben und neuen Beziehungen verhielt sie sich reflektierter und vorsichtiger.

Gemäss unserem Fokaltherapie-Konzept war mit der Patientin vereinbart worden, nach einem dreimonatigen therapiefreien Intervall ein Katamnesengespräch durchzuführen. In der Zwischenzeit war es der Patientin weiterhin gut gegangen. Die Auseinandersetzung mit der Mutter stand jedoch immer noch an. Zuerst hatte sie der Mutter einen sehr langen Brief geschrieben, voller Vorwürfe und Rechtfertigungen. Sie erkannte jedoch die Nutzlosigkeit dieses Unterfangens und sandte den Brief nicht ab. Dafür diktierte ihr der Mann einen Brief, den sie jedoch zurückhielt, um ihn zuerst dem Therapeuten vorzulesen. Der Therapeut forderte sie auf, übungshalber selbst, anstelle der Mutter, eine Antwort auf diesen Brief, zu schreiben. So wurde die Patientin angeleitet, die Beziehungsbereitschaften der Mutter klarer wahrzunehmen und zu beachten. Die Therapie wurde als niederfrequente stützende Therapie fortgeführt.

Zusammenfassend stellt sich dieses Fallbeispiel im ökologischen Modell wie folgt dar: Auf der Basis ihrer depressiven Disposition verstand es die Patientin über Jahr-

zehnte, sich eine Nische zu schaffen, welche ihr fürsorgliches Engagement brauchte. Dann kam es zu verschiedenen Beziehungsveränderungen, durch welche die bisherigen Möglichkeiten der Patientin, sich eine persönliche Nische zu gestalten und sich von dieser brauchen zu lassen, verlorengingen. Die depressive Dekompensation fordert sie nun heraus, einen Entwicklungsschritt in der Gestaltung neuer Beziehungen zu vollziehen, nämlich zu versuchen, in Beziehungen eigene Bedürfnisse zu artikulieren und die Beziehungsbereitschaften von Bezugspersonen mehr zu beachten. Die ökologisch-koevolutive Fokaltherapie nutzt die starken Affekte der Dekompensation für den Vollzug jetzt anstehender Entwicklungen.

### Schlussfolgerungen

Der ökologische Ansatz der Depressionsbehandlung beachtet in besonderer Weise, wie im zeitlichen Vorfeld der depressiven Dekompensation die Patienten die Möglichkeit verloren haben, sich in den Beziehungen gebraucht und bestätigt zu fühlen, weil die Gestaltung von Beziehungen nach dem bisherigen, meist altruistischen Leitbild nicht mehr möglich ist. Die Depression wird als Durchgangsstadium verstanden, welches eine notwendige Veränderung in der Gestaltung von Beziehungen blockiert, gleichzeitig aber auch bereits eingeleitet hat. Die Therapie fokussiert auf die Realisierung dieser anstehenden Entwicklung in Beziehungen.

Welches ist der Gewinn des ökologischen Ansatzes? Der ökologische Ansatz basiert auf einem neuartigen theoretischen Modell, das die Wirksamkeit im Produzieren der eigenen Umwelt besonders beachtet, die ihrerseits wiederum die persönliche Entwicklung des Patienten leitet. Die koevolutive Fokusformulierung bringt für die Praxis vor allem eine Fallkonzeption, welche eine Fülle klinischer Beobachtungen zu integrieren vermag und damit dem Therapeuten in der Gestaltung der Therapie mehr Übersicht und Konsistenz verschafft. Die Schwer-

punktsetzung auf die Beziehungssituation in der Zeit, die der Dekompensation unmittelbar vorangegangen ist, liegt meist der subjektiven Krankheitstheorie der Patienten nahe. Je nach Erfordernis kann die Therapie im Einzel-, Paar- oder Familiensetting geführt werden, ohne dass dafür die Fallkonzeption verändert werden müsste.

### Literatur

- 1 Beck AT. Kognitive Therapie der Depressionen. München: Urban & Schwarzenberg; 1981. (Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.)

---

- 2 Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy for depression. In: Grinspoon L (editor). Psychiatry up-date. The American Psychiatric Association. Annual Review, Vol III. Washington: American Press; 1984. pp. 56–87.

---

- 3 Mentzos S. Depression und Manie. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1996.

---

- 4 Willi J. Ökologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 1996.

---

- 5 Begon M, Harper JL, Townsend CR. Ecology – individuals, populations, communities. 2nd edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1990.

---

- 6 Müller HJ. Ökologie. Jena: Gustav Fischer; 1991.

---

- 7 Lerner RM, Bush-Rossnagel NA (editors). Individuals as producers of their own development, a life-span perspective. New York: Academic books; 1981.

---

- 8 Freud S. Trauer und Melancholie. G. W. X; 1917. S. 427–446.

---

- 9 Schlippe A v, Schweitzer J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1996.