

CLAUDIA BERNT

„DER DÜSTERE GAST“ – ÜBERLEGUNGEN ZU URSACHEN, BEDEUTUNGSGEBUNG UND INTERVENTIONSOPTIONEN VON DEPRESSIVEM VERHALTEN



„Ich sage immer: Das sind meine kleinen Dämonen. Die machen mir das Leben zur Hölle. Ständig flüstern sie mir bei der Arbeit ins Ohr, wie ineffizient und langsam ich bin. Sie rauben mir auch nachts den Schlaf. Dann fliegen sie über meinem Kopf im Kreis

und ziehen meine Gedanken mit in ihren Strudel. Und morgens sitzen sie auf meiner Brust – schwer und müde – und lassen mich kaum aus dem Bett aufkommen. Wenn die kleinen Dämonen eingezogen sind, dann ist kein Platz mehr für die Freude im Leben.“

(Frau K. über ihre Depression)

ANGEREGT DURCH einen Vortrag, den ich gemeinsam mit meiner Kollegin Evelyn Wong dieses Jahr zum Thema „Systemische Therapie bei depressivem Verhalten“ im Rahmen der interdisziplinären Tagung für Psychotherapie mit dem Titel „Behandlungsoptionen bei Depression“ erarbeitet und gehalten habe, ist dieser Artikel entstanden, indem ich mich nun auch in genuin schriftlicher Form mit dem Thema weiter auseinander setze. Ein Dank an dieser Stelle an Evelyn, die leider aus Gründen fehlender Zeitressourcen ihre Autorenschaft zurückgelegt, aber mir unsere Ideen und Unterlagen für diesen Aufsatz überlassen hat. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit verwende ich in diesem Artikel ausschließlich die weibliche Form und bitte Sie, die männliche Form einfach mitzudenken.

Zu Beginn beschreibe ich verschiedene Verständniszugänge, beginnend mit der Definition von Depression nach ICD 10, sowie epidemiologische Daten, um anschließend auf individualspezifische, soziokulturelle und sozioökonomische Aspekte einzugehen. Sie sollen eine Idee über Ursachen und mögliche aufrechterhaltende Faktoren von Depression geben. Gleichzeitig gehe ich hierbei der Frage nach, ob Depression ein kulturspezifisches Phänomen ist und die ständig ansteigende Zahl von Menschen mit depressivem Verhalten (wie wir Systemikerinnen viel lieber sagen anstatt Depression) Folge

der Modernisierung – der modernen Welt – ist. Im Anschluss widme ich mich den Beziehungskontexten von depressiven Menschen. Das ist jener Bereich und Verständniszugang, der für den therapeutischen Heilungsprozess von größter Bedeutung ist. Und last but not least werden systemische Interventionsmöglichkeiten skizziert.

I. VERSTÄNDNISZUGÄNGE UND BEDEUTUNGSEBENEN

Die psychiatrisch-medizinische Sicht beschreibt Depression als eine psychische Störung mit den Hauptsymptomen von gedrückter Stimmung, Interessensverlust sowie Freudlosigkeit und Antriebsminderung. Andere Symptome, die auftreten, sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, verminderter Appetit und Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung und Suizidhandlungen. Des Weiteren können zusätzlich körperliche Symptome wahrgenommen werden wie frühmorgendliches Erwachen, Morgentief von Stimmung und Antrieb, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust im letzten Monat und ein deutlicher Libidoverlust (Wolfersdorf & Rupperecht 2001). In der Psychiatrie wird die Depression den affektiven Störungen zugeordnet. Im gegenwärtig verwendeten Klassifikationssystem psychischer und anderer Erkrankungen (ICD 10) bezeichnet man die häufigsten Formen der Depression als depressive Episode und differenziert hier nochmals zwischen leicht, mittelgradig und schwer, oder man spricht von einer rezidivierenden (wiederkehrenden) depressiven Störung.

Das Wort Depression stammt von lateinisch *deprimere* und bedeutet „niederdrücken“. So werden beispielsweise eigene Stärken unterschätzt und klein geredet, jeder Fehler hochgespielt und innere Weltuntergangsszenarien entworfen in depressiven Phasen (Beck et al 1999). Provokant behauptete Wolfgang Kühn vom psychologischen Institut Köln, „depressive Störungen treten so häufig auf, dass sie mit der Häufigkeit von Erkältungen verglichen werden können“ (nach Steinberger 1999:

EGO-Gesundheitsmagazin 1995:14). Seine provokante Behauptung zeigt, wie drastisch die Fachwelt den Anstieg dieser Erkrankung bewertet. So prognostizierte auch der ehemalige ärztliche Direktor des Wagner-Jauregg-Krankenhaus in Linz in Anlehnung an einen Gesundheitsbericht der WHO bereits vor 15 Jahren, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen das weltweit größte Problem darstellen werden, was Beeinträchtigungen durch Krankheit betrifft (Steinberger 1999). Betrachtet man aktuelle Zahlen, so haben beide den Anstieg und Trend gut erkannt und gedeutet. Die Depression gilt als die häufigste psychische Störung, und sie wird derzeit zu den fünf häufigsten Krankheiten gerechnet, mit weiterhin steigender Tendenz (Wolfersdorf & Ruppert 2011). Die Lebenszeitprävalenzen liegen bei Frauen zwischen 20–25 % und bei Männern zwischen 7–12 %. Die Wahrscheinlichkeit für eine anhaltende depressive Störung liegt bei 2 bis 4 % (Wolfersdorf & Ruppert 2001).

Die Medizin sieht Depression als Erkrankung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit immer wieder im Laufe eines Lebens auftritt. Bei 15–30 % der Betroffenen verläuft sie chronisch und schränkt diese Menschen stark ein. Die Suizidrate bezogen auf die Lebenszeit bei allen depressiven Störungen liegt bei 4–5 %, wobei eine weitere große Bedeutung die Komorbidität hat. Hier liegen die Raten für Depression bei chronischer Erkrankung (insbesondere bei Krebs) meist bei 30–40 % (Schweitzer & Schlippe 2012).

DEPRESSIVES VERHALTEN AUS SYSTEMISCHER SICHT

Aus systemischer Sicht ist „die Depression“ nicht vorrangig eine Krankheit, sondern wird vielmehr erst einmal als ein kultur- und gesellschaftsspezifisches Konstrukt betrachtet. Systemische Praxis versucht demnach, depressives Verhalten kontextuell zu verstehen und es dementsprechend zu behandeln. Der Fokus wird auf den sozialen Nahraum gelegt. Um Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiver Symptomatik zu erklären wird im Folgenden auf individualspezifische, soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren sowie auf persönliche Beziehungsgestaltung näher eingegangen.

Individualspezifische Aspekte:

- Persönlichkeitsstruktur
- Genetische Ausstattung
- Realitätskonstrukt
- Persönliche Traumata (Asen, 2013)

Soziokulturelle Faktoren:

- Kulturspezifische Kontexte
- Ethnische Zugehörigkeit
- Diskriminierung
- Gender Inequality
- Macht- und Autoritätsbeziehungen etc.

Sozioökonomische Kontexte:

- Soziale Disparitäten und „soziale Ohnmacht“ (Köllner 2013)
- Geringe Kontrolle und Entscheidungsfreiheit
- Internalisierung von neuen Leistungsnormen
- Konsequenzen des Modernisierungsprozesses (Gruber 2001, Ribolits 1997)
 - Mangelnde Tauschgerechtigkeit
 - Arbeitsverdichtung
 - Prekäre Beschäftigungsverhältnisse
 - Arbeitslosigkeit etc. (Rosenbach & Richter 2013)

Persönliche Beziehungskontexte (Schweitzer & Schlippe 2012)

- Appell für ein größeres Engagement
- Transgenerationale Loyalität zu bedeutsamen Anderen
- Versuch, die Partnerin an sich zu binden
- Hoher Perfektionsdruck
- Konfliktfreiheit und Zusammenhalt als idealisierte Wertvorstellungen

Die 4 Ebenen und Verständniszugänge von Depression

1. INDIVIDUALSPEZIFISCHE ASPEKTE

Unter individualspezifischen Aspekten sind sowohl individuelle Charakteristika der sich depressiv verhaltenden Person zu verstehen – wie genetische Ausstattung, Temperament, **Persönlichkeitsstrukturen** und frühere Verlusterlebnisse – als auch persönliche Traumata. Allerdings werden diese Aspekte mehr als Hintergrund und nicht als Primärfaktoren für die therapeutische Arbeit gesehen (Asen, 2013).

Die Schematherapie sieht depressives Verhalten als ein

dysfunktionales kognitives Muster. Beck et al (1999) bezeichnet dieses Schema als eine „kognitive Triade“, d. h. eine negative Sichtweise der Welt, der eigenen Person als auch der Zukunft. Dabei werden einseitige, eindimensionale und invariante Beschreibungen gewählt. Diese Schemata entstehen durch ungeprüfte Ableitungen, beispielsweise aus früheren Sozialisationserfahrungen oder **Traumatisierungen**, und sind stark automatisiert.

Eine sehr ähnliche Betrachtungsweise wie die Schematherapie kommt aus dem hypnosystemischen Ansatz. Hypnosystemische Konzepte beschreiben depressives Verhalten als Ausdruck für eine dissoziierte Aktivität der Person sowie deren unwillkürliche, selbsthypnotische Imagination und Selbstsuggestion. Gunther Schmidt (2001) erklärt, dass depressives Verhalten aus der Spannung zwischen einer inneren Seite, die sich nach schöneren Lebensmöglichkeiten sehnt, und einer **düsteren Realitätskonstruktion**, die immer wieder die Übermacht gewinnt, entspringt. Die sich wiederholende erfahrene Niederlage verstärkt die Hoffnungslosigkeit und Selbstabwertung – ein Teufelskreis entsteht.

2. SOZIOKULTURELLE FAKTOREN

Der soziale und der kulturelle Kontext bestimmen, was von wem wann und wo als „Depression“ bezeichnet wird und wie externe Variable, beispielsweise Gender-Ungleichheit oder Diskriminierung, depressives Verhalten beeinflussen können. Natürlich lassen sich diese Faktoren nicht durch Therapie verändern, aber sie geben wichtige Anhaltspunkte, um das Entstehen der Depression zu erklären.

Heutzutage scheint die „klinische Depression“ sehr oft und sehr schnell diagnostiziert zu werden. Und auch, wenn sie mittlerweile weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehört ist „die Depression“ keineswegs ein globales Konzept, sondern ein westliches, kulturspezifisches Konstrukt – eines, das, so scheint es, erfolgreich in die restliche Welt exportiert wurde – womöglich genau in jene Regionen, die durch die Globalisierung von Konzepten, Werten und Haltungen der westlichen Industrienationen beeinflusst wurden. In anderen Kulturen werden dieselben Symptome einem anderen Konstrukt zugeordnet – beispielsweise **bei vielen**

Ethnien Südostasiens. Bei Trauer, Schuld und familiären Konflikten werden oft Herzbeschwerden diagnostiziert und daher die Diagnose „sinkendes Herz“ gegeben. Der Londoner Familientherapeut Asen schreibt in einem seiner Artikel über die Beobachtung aus einem Londoner Krankenhaus: In Bengali **gibt es das Wort „Depression“ (noch) nicht** als solches, was immer wieder zu Übersetzungsschwierigkeiten führt, wenn Patientinnen aus Bangladesch von in Europa ausgebildeten Psychiaterinnen diagnostiziert werden (vgl. Asen 2013).

Die Entwicklungen in Japan können verdeutlichen, dass es sich bei Depression nicht um eine „simple Erkrankung“ handelt, sondern viel eher um ein **kulturspezifisches Konzept**. Hier wurde die Diagnose Depression (*utsubyo*) bis vor 15 Jahren sehr selten gestellt (ebd.). Meist nur dann, wenn sie mit psychotischen Symptomen auftrat. Außerdem gibt es in der japanischen Sprache die verschiedensten Worte für verwandte emotionale Zustände, die nicht pathologisierend sind, sondern – im Gegenteil – die Traurigkeit in ihren verschiedensten Formen zelebrieren und fast als einen erleuchteten Zustand idealisieren. So gab es auch wenige Gründe, Antidepressiva in Japan zu verschreiben. In den 1960er Jahren wurde der Begriff *karoshi* geprägt, um einen Zustand zu beschreiben, wo sich Menschen im wahrsten Sinne des Wortes „zu Tode gearbeitet“ hatten. In den späten 1990er Jahren, als die Form dieser Überarbeitungssuizide in die Höhe schoss, entstanden neue, verwandte Begriffe, die sich durch die Medien rasch verbreiteten. Das waren *karo kisatsu*, der Suizid aufgrund massiver Überarbeitung („overwork-suicide“), und *karo utsubyo* – eine Depression, die aufgrund exzessiver Arbeit und daraus resultierender Überforderung entsteht. Die Sorge und Bedenken gegenüber jener overwork-Suizide und Überarbeitungsdepressionen stieg im Jahr 2000, als Japans Oberster Gerichtshof eine der größten Werbefirmen des Landes, Dentsu, zu massivem Schadensersatz zugunsten einer Familie eines Overwork-Suizidanten verurteilte. Während Dentsu im Gerichtsverfahren argumentierte, beim Suizid des Angestellten hätte es sich um eine Heldentat entsprechend seines freien Willens gehandelt, entschied der Oberste Gerichtshof, dass der Suizid Resultat einer Depression war, die wiederum durch chronische und exzessive Überarbeitung

entstanden war und aufrecht erhalten wurde. Nach diesem Präzedenzfall folgte eine Anzahl von ähnlichen Klagen von Arbeiterinnen und Angestellten, die meinten, ihre Symptome seien ebenfalls eine arbeitsinduzierte Depression. Ein Wandel begann. Während bisher diese Form des Freitods als kulturell akzeptabler Selbstmord gedeutet wurde, um dem Kollektiv Schande zu ersparen, wurde er nun als Ausdruck einer klinischen Depression verstanden (vgl. Kitanaka 2012).

Auf der einen Seite war es ein Triumph für die Arbeiterbewegung, um auf Missstände aufmerksam zu machen, andererseits wurde dadurch eine niemals in der Breite dagewesene Behandlung durch Medikation von Suizidgefährdeten und Depressiven in Japan eingeführt. Psychiaterinnen überzeugen nun Patientinnen, die unter sozialem Druck niederbrechen, sie seien Opfer einer Depression, einer Krankheit, die bis vor kurzem unter der Allgemeinbevölkerung nahezu unbekannt war. Die von Ärztinnen als Störung und Krankheit eingeordneten Symptome tragen zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Depression bei (RUF 2005). Angespornt durch aggressive pharmazeutische Werbung für Antidepressiva ab dem Jahr 2000 ist die Depression auch in Japan zu einer der häufigsten psychischen Erkrankungen *gemacht* worden.

3. SOZIOÖKONOMISCHE KONTEXTE

Krankheitskonzepte entwickeln und ändern sich im Laufe der Zeit, beeinflusst durch ökonomische Interessen und gesellschaftspolitische Ideologien. In manchen Kontexten können daher körperliche Beschwerden durchaus akzeptabler sein als psychische. Die „moderne“ Depression kann also zum Teil als ein sozial und politisch konstruiertes Phänomen verstanden werden, das persönliches Leiden bewusst individualisiert und entsprechend „individuell“ behandelt werden soll – vorzugsweise ausschließlich mit Psychopharmaka (vgl. Asen 2013).

Die moderne Depression – was soll denn das bedeuten? Ist das inflationäre Auftreten von depressivem Verhalten Folge von Modernisierung? Versteht man Modernisierung als dynamisches Moment, als eine **Erfahrung der Beschleunigung**, wo in immer kürzeren Zeitintervallen

Neues entsteht und dieses wiederum veraltet in ebenfalls immer kürzer werdender Zeit, dann wird Modernisierung selbst zu einem paradoxen Prozess. Sie wird von sich selbst überholt und hebt sich damit immer wieder von selbst auf. Modernisierung ist Prozess und Programm zugleich. Sie stellt keinen geradlinigen Prozess dar, sondern ist vielmehr von **Stagnationen und Rückschlägen** geprägt. Es geht nicht mehr um eine im ursprünglichen Sinne verstandene Erneuerung als Überwindung des Alten, Überkommenen, sondern um eine „Breite Anpassung an den Zeitgeist“ (Ahlheit 1993).

Die Konsequenzen der Modernisierung sind u. a. mangelnde Tauschgerechtigkeit, Arbeitsverdichtung, prekäre Beschäftigungsverhältnisse sowie steigende Arbeitslosigkeit, da durch den technologischen Fortschritt Maschinen die Arbeitsbereiche der Menschen mehr und mehr übernehmen. Die moderne Welt bietet einen **zunehmenden Unsicherheitsgrad** bei erweiternden, individuellen Freiräumen (Gruber 2001). Ulrich Beck hat dies mit dem Begriff der „Risikogesellschaft“ umschrieben. Das bedeutet, dass Menschen durch die Globalisierung – zumindest in den hochindustriellen Ländern – eine zunehmende Autonomie erfahren. Sie können sich im Verlauf ihres Lebens wesentlich freier entscheiden, als die Generationen zuvor – zumindest wer gut ausgebildet, flexibel, mobil und anpassungsfähig ist. Andererseits bringen diese Freiheiten auch neue Gefahren und Abhängigkeiten mit sich. Dies führt zu einer zunehmenden **„Entbettung“ aus dem sozialen System** der Menschen (Giddens 2000).

Die „moderne Welt“ verlangt, dass sich Menschen mit ihrer gesellschaftlichen Umwelt ständig verändern. Zunehmende Handlungsmöglichkeiten, die **Überantwortung der Lebensführung an den Einzelnen** ist allerdings auch mit der Verantwortung für das Gelingen oder Scheitern an den Einzelnen übertragen worden. Der Individualisierungsbegriff bezieht sich nicht nur auf die Arbeits- und Bildungswelt, sondern auch auf die private und familiäre Sphäre – ja auch auf unsere Gesundheit. Gesund zu sein und zu bleiben ist in diesem Sinne eine Leistung, die wir alleine und selbstständig zu erbringen haben.

Wie bereits beschrieben wählten in Japan viele Menschen den Tod als Ausweg, weil sie für das Leben keinen anderen Sinn mehr sahen als die Vernutzung in Arbeit

und Konsum – und plötzlich die Kraft fehlte diesen Weg weiterzugehen. Auch in Europa sind diese Tendenzen zu erkennen. Wir leben nicht nur in einer Wissensgesellschaft, sondern auch in einer Arbeitsgesellschaft. Erwerbsarbeit ist der Schlüssel für den Lebenssinn. Wer arbeitet ist geachtet. Wer arbeitslos (und womöglich noch krank) ist, ist selber schuld. Arbeit bestimmt Einkommen, Lebensstandard, Selbstwertgefühl und gesellschaftliche Stellung. In unserer Freizeit werden wir geleitet durch Medien und Werbung und sollen durch Konsum die innere Leere kompensieren. Die Suche nach dem Leben wird mit dem „Kaufzwang“ beantwortet. Die Freizeit ist durchorganisiert wie das Arbeitsleben – es gilt, die Zeit optimal zu nutzen. Dabei kommen Menschen immer weniger zur Ruhe. Durch diese Verhaltensweisen entfremden wir uns immer mehr von uns selbst – wir verlieren den Kontakt zu uns (Ribolits 1997). Wir fühlen uns leer – wir fühlen uns depressiv?

4. PERSÖNLICHER BEZIEHUNGSKONTEXT

Die ersten drei Ebenen bieten Anhaltspunkte, um über die Ursachen der „Depression“ nachzudenken und darüber, was potenzielle Hindernisse beim Gesundwerden sein können. Bei der aktuellen Therapie spielen sie nach Asen nur eine untergeordnete Rolle, „unabhängig davon, was man konzeptuell über Ätiologie und Pathogenese denken mag und egal, ob man die Depression für sozial konstruiert oder für eine reale Erkrankung mit biologischer Grundlage hält“ (ebd). Der Hauptfokus in systemischer Arbeit liegt beim Erforschen des persönlichen Beziehungskontexts. Individuelle Dynamiken und Beziehungsgeschehen, die dem depressiven Verhalten unterliegen, sind ausführlich untersucht worden. Die dringende Notwendigkeit, zu sein und zu tun, was andere bedeutsame Personen erwarten, wird als zentrale Basis für die Identität der Depressiven gesehen.

Asen plädiert deshalb für das aktive Miteinbeziehen von Kindern, Partnerinnen, Freundinnen und Helfersystemen in die therapeutische Arbeit, um „depressives Verhalten“ in Beziehungskontexten zu verändern. Folgt man seiner Argumentation, im therapeutischen Prozess auf die Beziehungskontexte zu fokussieren, ist es günstig, sich damit auseinanderzusetzen, welche Rolle de-

pressives Verhalten u. U. in Partnerschaften oder engen sozialen Beziehungen spielt – was bedeutet, dass systemisch orientierte Therapeutinnen darum bemüht sind, depressives Verhalten als Lösungsversuch zu verstehen. Folgende Möglichkeiten haben Schweitzer und Schlippe (2012) zusammengetragen:

- **Appell für ein größeres Engagement**

Linares und Campo (2003) beschreiben den Einzug der Depression in eine Partnerschaft als ein emotionales Klima, das kühl und beherrscht ist. In dieser Atmosphäre ist es unvorstellbar, z. B. zu sagen: „Beachte mich, denn ich fühle mich einsam“. Diese Botschaft soll die Symptomatik transportieren. Sie soll helfen, unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse deutlicher werden zu lassen, da es unmöglich erscheint, sie direkt auszusprechen. In diesem Sinne wird depressives Verhalten als ein Appell an den Partner oder die Partnerin gesehen, er oder sie solle sich doch mehr engagieren, mehr bemühen.

- **Transgenerationale Loyalität zu bedeutsamen Anderen**

So kann depressives Verhalten auch als Loyalitätsbekundung gesehen werden. „Mehrgenerationen zeigt sich in den Therapien oft, dass Menschen, deren Eltern ein schweres (ggf. depressives) Schicksal hatten und die ihren Eltern gegenüber sehr loyal sein wollen, sich (unbewusst) oft nicht trauen, es sich besser gehen zu lassen, als es ihren Eltern ging“ (Schweitzer & Schlippe 2012:77).

- **Versuch, die Partnerin an sich zu binden**

Manchmal dient das depressive Verhalten auch dazu, ein bestehendes soziales System zu erhalten – denn wer verlässt schon gerne einen kranken Menschen? Die Symptome können einen Mann oder auch Kinder daran hindern, die Betroffene zu verlassen. Und gleichzeitig hat dieses Zeigen von „Schwäche“ und Krankheit einen verdeckten machtvollen Charakter. Der Starke wird durch das depressive Verhalten der Partnerin dazu gezwungen, der Schwachen beizustehen – und so vertauschen sich die Positionen. Die Depression scheint somit das Gleichgewicht, das verloren ging, wieder herzustellen.

Dies beschreiben Linares und Campo (2003) in ihrer Studie, dass Eltern späterer Klientinnen Schwierigkeiten haben, Konflikte zu lösen und in einer unhar-

monischen Partnerschaft leben. Sie vermitteln dem Kind unter Drohungen, es bei abweisendem Verhalten zu verlassen oder auszustoßen, das Leben oder Wohlergehen der Mutter oder des Vaters hänge von seinem loyalen Verhalten ab. Die Kinder werden in die Beziehungsspiele der Eltern einbezogen, die ihnen jeweils Allianzen und eine bevorzugte Beziehung in einer „manipulierenden Triangulation“ anbieten. Wenn das Kind die Einladung eines Elternteils akzeptiert, wird es durch den anderen Elternteil bestraft, was für das Kind einen ersten Verlust darstellt. Die zukünftigen Klientinnen entwickeln, nach dieser Theorie, gegenüber Dritten hohe Erwartungen, die nicht befriedigt werden können und sie frustrieren.

IDEEN WIE „MAN MUSS IMMER ALLES RICHTIG MACHEN“ SIND EINLADUNGEN AN DIE DEPRESSION – INSOFERN DANN, WENN DIESE IDEE MENSCHEN ÜBERFORDERT UND ES ZUM ERLEBTEN SCHEITERN AN DEN EIGENEN, VERMEINTLICH ÜBERHÖHTEN, ANSPRÜCHEN KOMMT.

Bei der Ablösung von der Herkunftsfamilie sucht die Betroffene meist einen ebenbürtigen Partner oder Partnerin, der sie nicht manipuliert. Gerät die Beziehung ins Ungleichgewicht – z. B. dadurch, dass eine der beiden arbeitslos wird –, wird versucht, dieses Ungleichgewicht zu beseitigen. Sie stellt nun fest, dass die durch die Belastung ausgelösten Symptome der Depression eine mächtige Ressource im Kampf darstellen. Die dadurch ausgelöste Zuwendung des Partners oder der Partnerin kann die depressive Symptomatik der Betroffenen nicht wesentlich beeinflussen, sodass der Partner oder die Partnerin schließlich hilflos und ärgerlich wird, diese Gefühle aber nicht zeigt, sondern mit inkonsistentem Verhalten reagiert, was wiederum die depressiven Symptome bei der Betroffenen bestärkt (Ruf 2005).

- **Hoher Perfektionsdruck**
Ideen wie „man muss immer alles richtig machen“

sind Einladungen an die Depression – insofern dann, wenn diese Idee Menschen überfordert und es zum erlebten Scheitern an den eigenen, vermeintlich überhöhten, Ansprüchen kommt.

- **Konfliktfreiheit und Zusammenhalt als idealisierte Wertvorstellungen**

Perfektionsansprüche, die suggerieren, im zwischenmenschlichen Bereich alles richtig machen zu müssen und Konfliktfreiheit und Zusammenhalt als unbedingt zu erreichendes oder erhaltendes Gut sehen, fördern depressive Symptomatik. Die idealisierte Wertvorstellung führt meist dazu, dass eigene Bedürfnisse im Widerspruch zu denen anderer stehen. Es kommt zu Loyalitätskonflikten. „Therapeutisch lohnt es, solche Loyalitätsleistungen zu würdigen, gleichzeitig aber eine optimale Balance zwischen diesen und den eigenen Bedürfnissen zu unterstützen“ (Schweitzer & Schlippe, 2012:78). Das erstmalige Ausdrücken, Aussprechen und womöglich das Umsetzen eigener Bedürfnisse, die nicht mit den Familienwerten und -botschaften einhergehen, können bei der Betroffenen massive Schuldgefühle hervorrufen. Schmidt (2001) zeigt auf, dass Familiensysteme von Menschen mit depressivem Verhalten sehr anfällig für die Produktion von Schuldgefühlen sind. Daher rät er Therapeutinnen bei der Arbeit mit Familien darauf zu achten, dass nicht schon das Setting „Familientherapie“ als Anklage erlebt wird – im Sinne von: „Die Familie ist schuld an der Depression“.

Es kommt zu Loyalitätskonflikten. „Therapeutisch lohnt es, solche Loyalitätsleistungen zu würdigen, gleichzeitig aber eine optimale Balance zwischen diesen und den eigenen Bedürfnissen zu unterstützen“ (Schweitzer & Schlippe, 2012:78). Das erstmalige Ausdrücken, Aussprechen und womöglich das Umsetzen eigener Bedürfnisse, die nicht mit den Familienwerten und -botschaften einhergehen, können bei der Betroffenen massive Schuldgefühle hervorrufen. Schmidt (2001) zeigt auf, dass Familiensysteme

von Menschen mit depressivem Verhalten sehr anfällig für die Produktion von Schuldgefühlen sind. Daher rät er Therapeutinnen bei der Arbeit mit Familien darauf zu achten, dass nicht schon das Setting „Familientherapie“ als Anklage erlebt wird – im Sinne von: „Die Familie ist schuld an der Depression“.

II. INTERVENTIONSGESTALTUNG – ENTSTÖRUNG

1. BEZIEHUNGSGESTALTUNG UND „PACING“

Bei Menschen mit depressivem Verhalten soll die Therapeutin zu Beginn der therapeutischen Gespräche Tempo, Stimmung und Energieniveau an jene der Klientin anpassen. Denn eine allzu euphorische, gut gelaunte, schwungvolle Therapeutin könnte durch den zu großen Unterschied zur depressiven Haltung die Klientin entmutigen. Viel eher soll die Therapeutin das Mit-

erleben und Mitschwingen im depressiven Sumpf ein Stück weit aushalten. Die Idee, dass dieses Anpassen und Mitgehen dazu führen, dass sich die Klientin dadurch besonders gut verstanden fühlt, findet man sowohl im NLP (Dorn 1983) als auch in der Erickson'schen Hypnotherapie unter dem Begriff „Pacing“ (Schmidt 2012). Ein Ausbrechen aus dem Kreislauf kann am ehesten gelingen, wenn die Depression selbst als etwas vermutlich Sinnvolles bewertet wird (Ruf 2005). Daher ist es auch wichtig, der Klientin die Depression nicht sofort „wegnehmen“ oder „wegtherapieren“ zu wollen, sondern sie zunächst zu reframen als „Rückzug“ (Schweitzer & Schlippe) oder als „Anhalten der Zeit“ (Grossmann 2014).

2. KONTEXTUALISIERUNG UND ERFORSCHUNG DES LÖSUNGSVERSUCHS

Systemische Praxis fokussiert die Beschreibung des Kontexts, in dem sich depressives Verhalten zeigt. „Gemeinsam mit den PatientInnen werden Hypothesen entwickelt über die beziehungsgestaltenden Wirkungen der Symptomatik und ressourcenorientiert erforscht, welche Lösungsversuche in den geschilderten Problemen bereits enthalten sind“ (Ebbecke-Nohlen 2001:164). Es wird nach den guten Gründen, also nach dem augenscheinlichen Nutzen des beanstandeten Verhaltens gefragt und gesucht („Was hat sich verändert, seitdem die Depression bei Ihnen eingezogen ist? Und wofür ist das gut?“). Bei der Unterstellung, das depressive Verhalten könne einen Nutzen haben – ja sogar einen guten Grund –, warum es aufgetaucht sei, sind viele Klientinnen zunächst irritiert und verschließen sich dieser Idee. Eine Antwort zu erhalten ist nicht immer leicht, und es bedarf oft mehrerer Versuche – dennoch lohnt es sich, hartnäckig zu bleiben. Schweitzer und Schlippe zitieren Ebbecke-Nohlen beim Auflisten von sinnstiftenden Elementen für depressives Verhalten, das er im Laufe seiner therapeutischen Tätigkeit gefunden hat:

- die Verantwortung an andere abgeben,
- sich eine Ruhepause nehmen,
- die anderen mit dem depressiven Verhalten einladen, die Anforderungen an einen selbst zu reduzieren,

- die anderen dafür gewinnen, nicht nachlassende Zuwendungen zu zeigen,
- sich Aufmunterung und Trost holen,
- die anderen wichtig machen, indem man sie zu Rettern und Helfern erklärt. (Ebbecke-Nohlen 2001:164-166)

2. NORMALISIEREN

Normalisieren soll der Entlastung der Klientin dienen. Was sie als hochindividuelles Unglück erlebt, ist möglicherweise notwendiger Bestandteil einer bestimmten Situation oder ihrer Lebenslage. Normalisieren hilft den Klientinnen, zu unterscheiden zwischen dem, was sie beeinflussen und verändern können, und dem, was sie aushalten, durchstehen müssen, womit sie zumindest vorübergehend zu leben lernen müssen.

3. VERSCHLIMMERUNGSFRAGEN STATT LÖSUNGSFRAGEN

Bei Klientinnen, die resigniert haben oder tief im depressiven Sumpf stecken, sind gängige Interventionen, wie das Fragen nach Ausnahmen oder das Stellen der Wunderfrage, in vielen Fällen kaum anschlussfähig. Dagegen können Verschlimmerungsfragen Aufschluss bieten. Vielen Klientinnen fällt etwas dazu ein, was sie denken, tun oder fühlen müssten, um die Symptome noch weiter zu verschlimmern. Entweder als Hausübung oder gemeinsam in der Therapiestunde kann so eine „Anleitung zum Depressivsein“ verfasst werden – die wiederum Anhaltspunkte geben kann, was man tun müsste, um das Erleben in die Gegenrichtung zu steuern. Schlippe und Schweitzer nutzen die Antworten auf die Verschlimmerungsfragen ebenfalls für Hausaufgaben, allerdings fokussieren sie dabei auf selbstbestrafende Glaubenssätze wie „ich habe alles falsch gemacht“ oder „aus mir wird nie etwas“. Diese Sätze „eignen sich um in Gruppentherapien als Sprechchor oder zwischen Einzeltherapiesitzungen als geistige Gymnastik so lange repetiert zu werden, bis dem Klienten reaktiv neue Sätze in den Sinn kommen, die entweder von mehr Trotz und Ärger gegen diese Selbstbestrafungen, durch Kleinkontextualisieren des Problems oder aber durch neue Lösungsideen gekennzeichnet sind“ (Schweitzer & Schlippe 2012:83).

4. EXTERNALISIERUNG

Bei der Externalisierung wird versucht, ein Problem und die persönliche Identität einer Klientin zu unterscheiden und damit die Muster der Beschreibungen zu zerstören, über die das Problem aufrechterhalten wird. So wird bei der Externalisierung z. B. die Depression als eigenes Wesen mit einer eigenen Existenz beschrieben. Manche Klientinnen bringen diese Idee schon mit ins Gespräch, wie das folgende Fallbeispiel zeigt.

Kl: Sie ist wieder zurück. Ich hatte schon mal vor ein paar Jahren so eine hartnäckige Depression.

Th: Seit wann ist sie genau zurück? Wann haben Sie gemerkt, dass sie wieder anklopft und in Ihr Leben hinein will?

Kl: Mh, ich glaube, das war vor drei Monaten. Ich sag immer, das sind meine kleinen Dämonen, die mir das Leben manchmal schwer machen.

Th: Also vor 3 Monaten sind die kleinen Dämonen wiedergekommen, und sie kennen die unerwünschten Besucher schon von früher. Haben Sie eine Idee, wieso sie wieder gekommen sind?

Kl: Nein, keine Ahnung ... wenn ich das nur wüsste.

Th: Wissen Sie noch, wie Sie die kleinen Biester das letzte Mal losgeworden sind?

Kl: Das war ein langer Weg – aber erst als ich flach im dunklen Zimmer gelegen bin und nichts mehr tun konnte, habe ich begriffen, dass ich mehr auf mich schauen muss. Ich hab mich damals total überfordert.

Th: Was könnte es denn diesmal sein? Vielleicht haben die wieder das Gefühl, Sie überfordern sich und brauchen sie?

Kl: Mh, das könnte schon sein ...

Andere Klientinnen benötigen vielleicht Anregung und Anleitung, die mit Fragen wie „wenn Sie sich vorstellen, Ihre Depression wäre eine Person – wäre die eher männlich oder weiblich?“ unterstützt werden können.

Natürlich kann die Depression neben der Besucherin auch die Funktion eines Warnsignals oder Bodyguards haben, das/der dafür sorgt, „dass etwas sichergestellt wird, zum Beispiel [...] ‚dass ich nicht übermütig werde‘ oder ‚dass meine Eltern mit so einem leichtsinnigen Luftikus nichts mehr zu tun haben wollen‘ usw.“ (Schweitzer & Schlippe 2012:81)

5. TEILEARBEIT

Bei der Telearbeit wird die innere Wirklichkeit als ein multidimensionales/multimodales Selbst beschrieben, im Gegensatz zur Vorstellung eines „konsistenten Ich“. Es gibt viele Therapieschulen, die von einer inneren Vielfalt ausgehen. Das wohl älteste Konzept der Telearbeit stammt von Freud mit seinem psychoanalytischen Modell von „Es/Ich/Über-Ich“. Beim depressiven Prozess liegen verschiedene intrapsychische Persönlichkeitsanteile im Streit und gehen feindselig, vielleicht sogar sich gegenseitig ausschließend miteinander um. Folgt man dieser Idee, bieten sich systemisch therapeutische Konzepte wie die „innere Familie“ nach Schwartz (2007) oder das „innere Parlament“ oder die „Konferenz der inneren Familie“ nach Gunther Schmidt an. Gemeinsam erforschen Klientin und Therapeutin, wie die verschiedenen inneren Anteile miteinander im Streit liegen und was sie bräuchten, um diesen zu beenden. Die einzelnen Teile und deren Zusammenspiel können mit Hilfe von bildgebenden Verfahren (Systembrett, Sesselarbeit oder Bodenanker) noch verdeutlicht werden.

6. PAARARBEIT

Systemische Paararbeit, bei denen einer oder beide Partnerinnen depressives Verhalten zeigen, ist mittlerweile eine effektive, gut erprobte und auch evidenzbasierte Intervention. Jones und Asen entwickelten das Therapiemanual für die Anwendungen auf depressive Personen und deren Partnerinnen im Rahmen der Londoner Depressions-Interventionsstudie (Leff et al 2000). Diese wurde 1991 begonnen, um die Effektivität von Antidepressiva, individueller Verhaltenstherapie und systemischer Paartherapie zu vergleichen. Patientinnen, die von Psychiaterinnen die Diagnose „Depression“ erhalten hatten, wurden nach einem Zufallsprinzip einer dieser drei Behandlungsoptionen zugeteilt. Die Behandlungsphase bestand aus neun Monaten und zwanzig Sitzungen für Paartherapie oder kognitive Verhaltenstherapie (IKV) oder einem Jahr bei Verabreichung von Antidepressiva. Die Patientinnen, insgesamt 88 Versuchspersonen, wurden am Ende der Behandlung und noch ein-

mal nach einem Zeitraum von 12–15 Monaten ohne Behandlung beurteilt. Eines der Hauptergebnisse war, dass die depressiven Personen, die mit systemischer Paartherapie behandelt wurden, signifikant besser abschnitten als die mit IKV oder mit Antidepressiva behandelten (Jones & Asen 2002). Wobei es mir an dieser Stelle wichtig erscheint anzumerken, dass Psychotherapie und medikamentöse Behandlung nicht als konkurrierende Therapieformen betrachtet werden sollen, sondern eher als miteinander vereinbar und einander ergänzend. Medikamente sind effizient bei der Linderung von Symptomen, während systemische Psychotherapie auf eine Veränderung der Denk- und Sichtweisen fokussiert, die die Betroffene zu depressivem Verhalten eingeladen haben (Greist 1999).

Die Partner-Assistierte Therapie (PAT) vermeidet absichtlich, als Paartherapie bezeichnet zu werden, da viele Partnerinnen bei einer expliziten Paartherapie nicht mitmachen würden. So ist es nicht die Beziehung, die therapiert wird, sondern „nur“ die Partnerin, die an einer Depression leidet. PAT besteht aus 3 Phasen und umfasst durchschnittlich 12 Sitzungen in zwei bis dreiwöchigen Abständen. In der 1. Phase wird der Fokus primär auf die Symptomatik gelegt, um die Depression ausreichend zu validieren. Im Vordergrund stehen daher Symptombeschreibungen und wie diese sich zeitlich, in den Reaktionen anderer und in den Bedeutungen, die ihnen zugeschrieben werden, manifestieren. Partnerinnen werden in dieser Phase nur gebeten, eine möglichst objektive Außensicht beizusteuern. In der 2. Phase geht es um die Erforschung der Beziehungsmuster. Welche Funktionen gibt es in der Partnerschaft? Welche Konsequenzen gibt es durch das depressive Verhalten? Zu diesem Zeitpunkt wird auch die symptomfreie Partnerin voll mit einbezogen. Das Paar und die Therapeutin gehen gemeinsam auf die Suche nach einem neuen, hilfreichen Verständnis, was zu depressivem Verhalten führt und wie es vermieden werden könnte. In der 3. Phase geht es um eine Rückfallvorbeugung. Beide Partnerinnen sollen mögliche Krisensituationen gedanklich entwerfen und dann darüber sprechen, wie sie in diesen hypothetischen Schauplätzen handeln würden, um die Depression auch in der Zukunft zu besiegen (Asen 2013).

III. RESÜMÉE

Aus systemischer Sicht wird das Entstehen depressiven Verhaltens durch verschiedenste Formen emotionaler Belastung, bedingt durch sozioökonomische und individualspezifische Faktoren und komplexe Beziehungsdynamiken, begünstigt. Je nachdem, in welchem soziokulturellen Kontext wir uns bewegen oder auch durch welche theoretische Brille wir schauen, wird diesem Verhalten eine andere Bedeutung zugeordnet. Bei Menschen aus anderen Kulturen ist besondere Achtsamkeit geboten, eine „Depression“ zu diagnostizieren und damit ihr Erleben zu pathologisieren. Viele Formen der Depression lassen sich erfolgreich mit einem systemischen Ansatz behandeln. Systemisch orientierte Psychotherapeutinnen stehen dabei eindimensionalen Erklärungsmodellen und Therapieansätzen, seien sie pharmakologisch oder verhaltenstherapeutisch etc., kritisch gegenüber. In der Behandlung wird ein besonderer Fokus auf das Beziehungsgeschehen gelegt. Es wird nach den guten Gründen, also nach dem augenscheinlichen Nutzen des beanstandeten Verhaltens gefragt und gesucht. Denn ein Ausbrechen aus dem Kreislauf kann am ehesten gelingen, wenn die Depression selbst als etwas vermutlich Sinnvolles bewertet wird. Die Wirksamkeit von systemischer Therapie bei depressivem Verhalten wurde u.a. durch die Partner-Assistierte Therapie nachgewiesen, die Angehörige als Ressource im sozialen Nahraum der Betroffenen nutzt.

MAG.^A CLAUDIA BERNT

ist Pädagogin, Mitarbeiterin der Fachstelle für Suchtprävention NÖ, Trainerin für motivierende Gesprächsführung und Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis

BIBLIOGRAPHIE:

- Allheit, Peter (1993): Ambivalenz von Bildung in modernen Gesellschaften: Strukturprinzip kumulativer Ungleichheit oder Potential biographischer Handlungsautonomie? in: Meier, Artur & Rabe-Kleberg, Ursula: Weiterbildung, Lebenslauf, sozialer Wandel, 87–103. Neuwied
- Asen, Eia (2013): Was bedeutet Depression aus systemischer Sicht; in: Psychotherapie im Dialog 3:30–33. Thieme Verlag
- Beck, Aaron et al (1999): Kognitive Therapie der Depression. Beltz Verlag
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp

AUFG'STELLT IS'

ABEND-WORKSHOPS 2015

- Ebbecke-Nohlen, Andrea (2001): Der systemische Ansatz in der Borderline-Therapie; in: Dammann, Gerhard & Jannsen, Paul (Hg.): Psychotherapie der Borderline-Störung (2001:164–177). Thieme Verlag
- Dorn, Fred J. et al (1983): Assessment of primary representational systems with neurolinguistic programming: Examination of preliminary literature; in: American Mental Health Counselors Association Journal 5, Nr.4:161–168
- Jones, Elsa und Asen Eia (2002): Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Borgmann
- Giddens, Anthony (2001): Die Frage der sozialen Ungleichheit. Suhrkamp
- Greist John & Jefferson James (1999): Depression. Was man über sie wissen sollte. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 2. Auflage
- Gruber, Elke (2001): Bildung und Beruf – (k)ein Widerspruch. Studien Verlag
- Grossmann, Konrad (2014): Persönliche Korrespondenz; (04.03.2014), Archiv Evelyn Wong
- Kitanaka, Junko (2012): Depression in Japan. Psychiatric cures for a society in distress. Princeton University Press
- Köllner, Volker (2013): Vom Umgang mit der Ausweglosigkeit. „Für mich ist Aufklärung die einzige Möglichkeit“. Interview mit Oskar Negt; in: Psychotherapie im Dialog 3: 91-93). Thieme Verlag
- Leff, Julian et al (2000): The London Depression Intervention Trial. British Journal of Psychiatry Nr. 177
- Linares, Juan & Campo, Carmen (2003): Familientherapie bei Depressionen. Carl-Auer Verlag
- Ribolits, Erich (1997): Die Arbeit hoch? Berufspädagogische Streitschrift wider die Totalverzweckung des Menschen im Postfordismus. Profil Verlag, 2. Auflage
- Rosenbach, Frank & Richter, Matthias (2013): Depression als gesellschaftliche Erkrankung. Die sozialen Determinanten psychischer Gesundheit; in: Psychotherapie im Dialog 3: 85–88. Thieme Verlag
- Ruf, Gerhard Dieter (2005) : Systemische Psychiatrie: ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Klett-Cotta
- Schmidt, Gunther (2001): Systemisch-hypnotherapeutische Konzepte für die Kooperation mit depressiv definierten Menschen und ihren Beziehungssystemen.- in: Psychotherapie im Dialog 4: 418–430. Thieme Verlag
- Schmidt Gunther (2012): Artikel über Pacing auf <http://akjf.at/index.php/downloadbereich/category/39-workshop-4-6-10-2012>
- Schwartz, Richard (2007): Systemische Therapie mit der inneren Familie. Klett-Cotta, 5. Auflage
- Schweitzer Jochen und von Schlippe, Arist (2012): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II; Das störungsspezifische Wissen. Vandenhoeck & Ruprecht, 4. Auflage
- Steinberger, Christian Robert (1999): Das Initiatorische in der Depression. Eine ethno-psychologische Analyse der transformativen Kräfte in depressiven Lebenskrisen unter besonderer Berücksichtigung des Religiösen. Dissertation, Universität Wien
- Woltersdorfer Manfred und Rupprecht Ulrike (2001): Depressive Störung – psychopathologische, psycho-dynamische und therapeutische Aspekte; in: Psychotherapie im Dialog 2 4: 389–396). Thieme Verlag

Paarbeziehung, Eltern und Kinder, Gesundheit, Stress, Burnout, Sucht, Beruf, Unternehmen und Erfolg

10. Jänner 2015

7. Februar 2015

7. März 2015

11. April 2015

jeweils Samstag 18.30–21.30 Uhr, einzeln buchbar

Ort: la:sf, 1130 Wien, Trauttmansdorffgasse 3a

Teilnahmegebühr je Termin:

€ 150,- mit Anliegen/Thema

Investition für StellvertreterInnen nach Ermessen. Sonderkonditionen für la:sf-StudentInnen!

1 A – INSTITUT
FÜR GANZHEITLICHE
SYSTEMENTFALTUNG
RICHTER & KLUG GMBH



ANGEBOTE IM INSTITUT:

Beziehungs-, Paar-, Ehe-, Familien- & Lebensberatung
Coaching & Aufstellungen im Einzel & Gruppensetting
Systemische Einzel-, Paar- & Familienpsychotherapie
Verpflichtende Scheidungsberatung für Eltern nach § 95 Abs. 1a AußStrG, Mediation nach ZivMediatG
Wirtschaftsmediation, Supervision (ÖVS)/Gruppe/Einz.
LSB Diplom Lehrgang & LSB Upgrade Ehe-Familie

Anmeldung und Info unter: www.systementfaltung.at

Gerne geben wir Ihnen auch telefonisch Auskunft!

Ihr Ansprechpartner:

Dipl.-Ing. Martin Richter

Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision

1 A – Institut für ganzheitliche Systementfaltung

Richter & Klug GmbH

Telefon: +43 660 878 0 878

E-Mail: office@systementfaltung.at

Anzeige