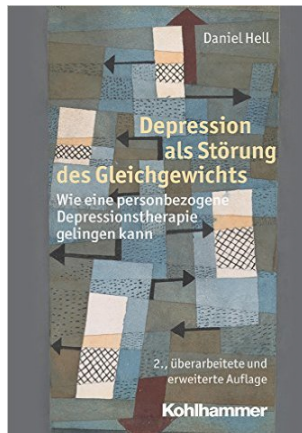


## Leseprobe:



### Depression als Störung des Gleichgewichts

Wie eine personbezogene Depressionstherapie gelingen kann

(Erstauflage: 2012)

Stuttgart: Kohlhammer; 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, 2013

(S.15/16, aus Kapitel 1.3 **Gleichgewicht**)

Die grundlegende Vorstellung der Depression als einer Gleichgewichtsstörung hat den Vorteil, dass nicht nur ganz unterschiedliche biologische, psychologische und soziale Auslösefaktoren, die oft eine Ergänzungsreihe bilden, darunter subsumiert werden können. Es findet auch die anthropologische Beobachtung Berücksichtigung, dass Menschen immer wieder neu um ein labiles Gleichgewicht in ihrem Leben ringen müssen. Der Mensch verfügt nun einmal nicht über eine von allem Anfang an festgelegte Identität oder eine unwandelbare biologische Ausstattung oder gar über eine immer gleich bleibende Lebenssituation. Er macht im Gegenteil eine ständige Entwicklung durch und hat sich immer wieder neu an sich verändernde kulturelle und soziale Bedingungen anzupassen. Auch seine Identitätsentwicklung ist im Erwachsenenalter nicht ein für alle Mal abgeschlossen, sondern bedarf besonders in unserer schnelllebigen Zivilisation der ständigen Entwicklung. Die von ihm geforderte Adaptation und Akkommodation machen ihn aber auch als „nicht festgestelltes Tier“ oder als „Mängelwesen“ (Gehlen 1961) besonders anfällig für Störungen des Gleichgewichts. Störungsanfälligkeit und Problembewusstsein sind humane Charakteristika und bilden eine spezifische menschliche Herausforderung. Sie hängen nach dem deutschen Philosophen Plessner (1957) mit seiner „exzentrischen Positionalität“ zusammen, also der Fähigkeit, sich wie von aussen wahrzunehmen. Umso mehr benötigt der Mensch auch Ressourcen und Hilfestellungen, um eine gewisse Stabilität – man könnte auch von einem labilen Gleichgewicht sprechen – zu erreichen. Dazu gehören z.B. die Akzeptanz durch die Mitwelt, transpersonale Werte, die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wie Bindung und Sicherheit, sowie eine gewisse Freiheit zur Selbstgestaltung. Wird ihm sowohl eine sichere Bindung wie die Möglichkeit, sich persönlich auszudrücken, verwehrt und findet er keine Anerkennung, so verliert

er an Halt und Bodenkontakt. Auf sich selbst geworfen, ohne Möglichkeit, ein Werk zu schaffen oder auf andere bezogen zu sein, und ohne existenzielle Rückzugsmöglichkeiten fühlt sich der Mensch verloren. Gerade depressive Menschen leiden häufig an einer solchen Ohnmachtsempfindung – aus welchen Gründen auch immer. Eine meiner Patientinnen hat dafür das Bild gebraucht, im Treibsand zu versinken. Andere haben vom Gefühl gesprochen, über schwankende Bretter zu gehen, mit den Wellen zu kämpfen oder einfach die Fassung zu verlieren.

(S.74, aus Kapitel 5.3 **Interventionen zur sozialen Stressreduktion bei leichten und schweren Depressionen**)

Überfordernde Belastungen wie der Verlust eines Partners, die Kündigung einer Arbeitsstelle, zermürbende Konflikte und verletzende Kränkungen sehen in der Regel am Anfang einer Depressionsentwicklung. Solche belastenden Lebensereignisse können aber nicht nur zur Depressionsauslösung führen, sondern einem Menschen unlösbar scheinen und wie eine Lawine weitere Probleme und Sorgen mit sich führen. So kann der Tod eines nahen Angehörigen über den unmittelbaren Schrecken hinaus zu sozialen Einschränkungen führen, das Beziehungsnetz eines Menschen schwächen, zur Isolation beitragen, mit einem Status- und Rollenverlust einhergehen oder zu finanziellen Nöten Anlass geben. Es können sich infolge des depressiv veränderten Verhaltens eines Menschen zudem zwischenmenschliche und soziale Konflikte ergeben oder schmerzhaft Lücken und Defizite der Lebensbewältigung offenbaren, die vorher durch den verlorenen Partner zuge deckt waren. Auch ist es nicht selten, dass sich der Appellcharakter einer anfänglich leichteren depressiven Reaktion mit der weiteren Depressionsentwicklung abschwächt (Hautzinger et al. 1982) und parallel dazu die zunächst engagierte Hilfe von Angehörigen und Freunden abnimmt oder sich gar in ein betontes Abgrenzen verkehrt. Letzteres – von den Bezugspersonen manchmal als Selbstschutz deklariert – stellt aber für den hilfsbedürftigen Menschen eine belastende Kränkung dar.

(S.102, aus Kapitel 7 **Die Schamproblematik in der Depressionstherapie**)

Bei Einstimmung auf einen Patienten wird der Therapeut aber oft gewahr werden, dass die Hilflosigkeit oder der Würdeverlust, den ein Patient im depressiven Affekt erlebt, ihn tief beschämt. Scham ist aber ein sich verbergendes Gefühl. Auch in Therapien zeigt sich Scham selten offen und direkt. Sie versteckt sich viel häufiger hinter einer gedrückten Haltung, einem vom Gesprächspartner abgewandten Blick oder hinter Selbstvorwürfen und Schuldzuweisungen. Wer sich schämt, möchte sich vor weiteren Demütigungen schützen. Er fühlt seine psychische Integrität in Frage gestellt und hält deshalb die seelischen Wunden bedeckt.

Er vermeidet jede Reizung der noch unvernarbten seelischen Wunden, weil das neue Scham- und vertiefte Ohnmachtsgefühle auslösen könnte.

(S.126/127, aus Kapitel 9.3 **Sequentielle Verknüpfung verschiedener Therapieansätze**)

Die Depression stellt meist eine so grosse Erschütterung dar, dass die wenigsten Betroffenen dazu Abstand gewinnen können, wie es bei Organerkrankungen oder Frakturen die Regel ist. Eine Depression nistet sich ins Bewusstsein ein und verändert das Selbsterleben. Sie führt bis zu einem gewissen Grad zu einer Selbstentfremdung (Fuchs 2010). Deshalb macht eine Depression so hilflos, meist auch dann, wenn ein Mensch von früheren depressiven Erfahrungen her um ihr Störungsbild und die Behandlungsmöglichkeit wissen müsste.

Jede Art von Psychotherapie hat diese Erschütterung, die in schwereren Fällen wie ein Trauma wirken kann, zu berücksichtigen. Zunächst ist Hilfe im „Hier und Jetzt“ angesagt, vor allem dann, wenn ein Patient kaum mehr weiss, wie er über die nächsten Stunden und Tage hinwegkommt. Je mehr ihm die depressive Stimmung und Aktionshemmung den Boden unter den Füßen weggezogen haben, desto mehr braucht er therapeutischen Halt. Es geht primär darum, dass ein depressiver Mensch wieder einen grösseren Freiheitsgrad gewinnen kann.

Deshalb ist es für depressive Menschen so wichtig, dass Therapeuten ihnen Wege aufzeigen, wie ihr Leiden vermindert werden kann. In ihrer Hilflosigkeit brauchen sie eine spürbare Führung, die ihnen Sicherheit gibt. Zu Recht hat der Psychoanalytiker Arieti davon gesprochen, dass der Therapeut zunächst als ein dominanter Anderer gewünscht wird, bevor er zum signifikanten Anderen werden kann.

(S.142/143, aus Kapitel 10 **Stolpersteine und Fallgruben in der Depressionstherapie**)

Die aufgeführten drei Komponenten – Appellverhalten, Hostilitätsverhalten, Deprivationsverhalten – sind in sich widersprüchlich. Daher wirken sie auch als zwiespältige Botschaften, die beim Gegenüber nebeneinander Mitleid, Ärger und Zurückhaltung auslösen. Da diese Gefühle sich gegenseitig blockieren – weil aufkeimende Wut etwa wegen des gleichzeitig vorherrschenden Mitleids unterdrückt wird -, wächst die innere Spannung beim Gesprächspartner oftmals wie bei einem aufkommenden Gewitter an. Gerade sensible und einfühlsame Therapeuten spüren diese Beziehungsfälle in oft lähmender Weise. Sie empfinden, dass sie den Wünschen der Patienten, wie sie auch immer handeln, im Moment nicht gerecht werden können und fühlen sich dadurch schachmatt gesetzt. Die grösste Gefahr in der Behandlung

depressiver Menschen liegt dann auch darin, dass auf die widersprüchlichen Botschaften des Erkrankten von Therapeuten ebenfalls ambivalent reagiert wird und sich Verärgerungen über das Hostilitätsverhalten, Enttäuschung über das Deprivationsverhalten und Überfürsorglichkeit gegenüber der Appellationskomponente einstellen und dabei übersehen wird, dass alle diese Verhaltensaspekte in der Erkrankung des depressiven Menschen wurzeln.