

Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) 90(20): 823-5; 2009

## **Von deprimiert zu depressiv? (Teil 2)**

### **Selbstbild und psychische Störungen in der spätmoderne**

Daniel Hell

(Gekürzte Abschiedsvorlesung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich vom 17. Dezember 2008)

Je mehr über das depressive Geschehen bekannt wird, desto deutlicher zeigt sich seine Vielschichtigkeit in biologischer und psychosozialer Hinsicht (vgl. Teil 1 [1]). Zu dieser Mehrdimensionalität gehört auch die psychologische Auseinandersetzung mit negativen Ereignissen und Empfindungen bzw. wie ein Mensch mit deprimierenden Erfahrungen und konsekutiver Aktionshemmung umgeht. Dies wiederum hängt stark vom Selbstbild bzw. von der Vorstellung eigener Werte und Fähigkeiten ab.

Was aber ist dieses Selbst, von dem sich der Mensch ein Bild macht? Dieser Frage hat sich mein Fachgebiet m.E. immer mehr zu stellen. Es genügt den Menschen, die bei uns Hilfe suchen, nicht, wenn wir sie als Organismen mit einem zentralen Nervensystem behandeln. Sie fragen vielmehr auch danach, was eine Erkrankung wie die Depression für sie selbst bedeutet. Da haben wir wieder dieses «Selbst», um das sich ihre Sorge dreht. Selbst-Bestimmung, Selbst-Verwirklichung, Selbst-Bewusstsein und Selbst-Verantwortung sind zu Schlüsselbegriffen der Spätmoderne geworden. Auch wenn Gesundheit von der WHO als Wohlbefinden definiert wird, ist wieder dieses Selbst gemeint, dem es wohl sein soll in seinem Körper.

Doch ist es gar nicht so einfach, diesem Selbst auf die Spur zu kommen. In der Psychologie wird dieser Begriff nicht einheitlich gebraucht. Angesichts der vielfältigen und unterschiedlichen psychologischen Definitionen des «Selbst» ist es hilfreich, auf die sprachliche Entwicklung dieses Begriffs zu achten. In der Umgangssprache ist das «Selbst» zwar ein Kunstwort geblieben. Die sprachliche Herkunft dieses Kunstwortes zeigt aber auf, was damit vor allem – auch in der Philosophie – gemeint ist: nämlich die Fähigkeit des Menschen, zu sich selbst in einem Verhältnis zu stehen. Das «Selbst» als Bewusstsein von sich selbst, also als *Bewusstsein, dass ich (selbst) bin*, fühle, denke, handle.

Ein solches Bewusstsein von sich selbst erscheint den meisten Menschen völlig selbstverständlich, weil es ihrem alltäglichen Erleben entspricht. Es kommt hinzu, dass es uns Menschen verwehrt ist, ohne dieses Selbsterleben über uns oder über die Welt in irgendeiner Weise zu denken oder zu reden. Darin liegt auch die Schwierigkeit, dieses Selbst zu definieren, ohne einem Zirkelschluss zu verfallen, indem wir voraussetzen, worauf wir schliessen.

Die Unmöglichkeit, hinter das Selbstbewusstsein zurückzugehen und es gleichsam hinterücks zu fassen zu kriegen, wird in einer chassidischen Geschichte treffend illustriert. «Es gab einmal einen Toren. Am Morgen beim Aufstehen fiel es ihm immer so schwer, seine Kleider zusammenzusuchen, dass er am Abend, dran denkend, oft sich scheute, schlafen zu gehen. Eines Abends fasste er sich schliesslich ein Herz, nahm Zettel hervor und Stift zur Hand und verzeichnete beim Auskleiden, wo er jedes Stück hinlegte. Am Morgen zog er wohlgenut den Zettel und las: «Die Mütze» – hier war sie, er setzte sie auf, «die Hosen» – da lagen sie, er fuhr hinein, und so fort, bis er alles anhatte. «Ja aber, wo bin ich denn?» fragte er sich nun ganz bang. «Wo bin ich nur geblieben?» Umsonst suchte und suchte er, er konnte sich nicht finden. «So geht es auch uns», sagte der Rabbi Chanoch.»

Weil es schwierig ist, das Verhältnis eines Menschen zu sich selbst zu fassen, kleiden wir das Selbst ein und beschreiben dann seine Kleider – als echt, falsch, ideal usw. Das prä-reflexive Selbst-Bewusstsein ist aber stofflich nicht einzuholen. Es ist ein seelisches Empfinden von sich selbst, das auch keinem äusseren Soll entspricht. Es kann nur am eigenen Leib gespürt und gefühlt werden.

Erst wenn wir gleichsam mit den Augen der andern auf uns selbst schauen, können wir ein Bild von uns gewinnen. Aber dieses «Selbstbild» ist nicht mehr identisch mit unserem Erleben. Es stellt aber die einzige Möglichkeit dar, sich selbst zu erkennen. Im Wesentlichen handelt es sich um ein Fremdbild. Es gibt wieder, wie andere Menschen uns sehen und beurteilen. Darüber hinaus gibt dieses Bild wieder, was sich kulturgeschichtlich als «Bild des Menschen» entwickelt hat.

Anders gesagt: Um das ursprüngliche seelische Selbsterleben lagern sich im Selbstbild die verschiedensten Schichten der historischen und biographischen Sozialisation ab. Dazu gehören religiöse und kulturelle Prägungen, soziale Normen, zeitbedingtes Wissen und eigene Schlussfolgerungen aus biografischen Erfahrungen [2].

Mit dem Selbstbild macht sich der Mensch selbst zum Objekt. Er kann sich an ihm messen. Enttäuschung über ein nicht erreichtes Selbst- oder Idealbild kann die Folge sein. Wird das Selbstbild für einen Menschen wichtiger als das Selbsterleben, erhält es eine Macht, die einen Menschen erdrücken kann. Kaum etwas anderes macht einen Menschen psychisch so verletzlich, wie ein rigides oder überforderndes Selbstbild.

### **Das Scheitern der modernen depressiven Menschen an ihren Selbstanforderungen**

In der Spätmoderne neigen wir dazu, dieses Selbstbild weiter aufzuladen: immer schneller, immer weiter, immer höher. Flexibilität, Effizienz und Exzellenz gehören zu den Werten des globalen Wirtschaftens und Forschens.

Die Vorstellung eines starken, autonomen und flexiblen Subjekts wird in der depressiven Blockade aber zur Farce. Im depressiven Zustand von Verlangsamung und Energieverlust widerspricht ein Betroffener fast allen Fähigkeiten, die in einer Leistungs- und Informationsgesellschaft erwartet werden. In der Depression ereignet sich, was der moderne Mensch am wenigsten erträgt: Er erlebt klar und wach mit, wie seine persönlichen Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten eingeschränkt werden. Seine Gedanken und Erinnerungen werden schwerer abrufbar. Planen und Entscheiden sind ebenso blockiert wie ausführende Bewegungen oder körpersprachliche Ausdrucksformen.

Neben der depressiven Störung stehen auch viele andere psychiatrische Leidensformen mit überfordernden Selbstansprüchen in Zusammenhang. Zwangskranke neigen dazu, aus innerer Unsicherheit heraus alles im Griff zu haben. Ihr Selbstbild hat oftmals perfektionistische Züge. Gerade dieser Selbstanspruch führt aber dazu, dass sie sich schneller und stärker überfordern und in Angst geraten. Menschen mit narzisstischen Tendenzen blähen demgegenüber ihr Selbstbild eher auf mit der Gefahr, durch Misserfolge besonders gekränkt zu werden. Suchtkranke schliesslich suchen ihre Enttäuschung, ihren Selbstvorstellungen nicht entsprechen zu können, mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen zuzudecken. Doch vergrössert sich durch den Substanzmissbrauch oft noch die Diskrepanz zwischen Selbstanspruch und Alltagsrealität. Dieser Zusammenhang wird in der Erzählung vom «Kleinen Prinzen» von Saint-Exupéry treffend in einen kurzen Dialog gebracht: ««Warum trinkst du?», fragt der kleine Prinz den Säufer. «Um zu vergessen, dass ich mich schäme», antwortet dieser. «Weshalb schämst du dich?», fragt der Prinz. «Weil ich saufe.»»

Solche Teufelskreise, die zu immer grösserer Not führen, sind bei vielen psychisch Kranken zu beobachten. Der Trinker ist über sein Trinken enttäuscht, der Depressive über seine de-

pressive Blockade und der Angst- und Zwangskranke über seine Angst. Es fällt ihnen schwer, in der Enttäuschung, die sie erleben, auch das Aufdecken einer Täuschung zu sehen, die mit ihrem Selbstbild zu tun hat. Stattdessen halten sie an ihren Selbstansprüchen fest. Dabei wäre es gerade in leidvollen Herausforderungen für einen Menschen hilfreich, das eigene seelische Erleben annehmen zu können und die Selbstinfragestellung durch ein normiertes oder idealisiertes Bild von sich selbst möglichst klein zu halten.

Nur, wie kann ein Mensch, der sich selbst in Frage stellt, wieder zurück zu sich selbst und damit auch zu seiner Seele finden? Man kann ja die eigene Biografie und die an sich selbst durchgemachte Sozialisation nicht einfach wie eine Schlangenhaut ablegen und die Aussenspektive komplikationslos durch eine Innensicht ersetzen. Man kann sich nicht selbst ins Paradies katapultieren. Die Differenzenerfahrung zwischen innen und aussen bleibt. Auch die Scham als Schnittstellenaffekt ist nicht ohne Erkenntnisverlust zu beseitigen. Man kann aber versuchen, sich mit dem eigenen Selbstbild auseinanderzusetzen, mit dem Ziel, das unmittelbare Selbsterleben, gleichsam die Seele, ungeschminkter wahrzunehmen. Man kann das auch mit psychotherapeutischer Hilfe tun.

Moderne depressive Menschen mögen an ihren Selbstanforderungen scheitern und depressiv reagieren. Aber sie mögen manchmal auch durch ihr Depressivsein hindurch eine nicht selbstverständliche Erlebensfähigkeit neu entdecken und verspüren, dass es dieser «innere Raum» persönlichen Erlebens ist, der sie ausmacht. Eine solche Entwicklung wird erleichtert, wenn ein Mensch einen Begleiter findet, der Anteilnehmend und empathisch ist und seelisch stimmig mitschwingen kann. Wenn das Ich ein solches Du findet, öffnet sich im Sinne Martin Bubers ein Beziehungsraum, der das Selbst weder zum Objekt macht noch es sich selbst überlässt. Wärme, Wertschätzung und Angstfreiheit sind Charakterisierungen, die sich in der Psychotherapieforschung als unspezifische, methodenübergreifende Wirkfaktoren in unzähligen Studien herauskristallisiert haben. Doch bewirken psychische Erkrankungen oft Interaktionsweisen, die eine offene Haltung und ein empathisches Eingehen erschweren. So führt z.B. das Verhalten eines depressiven Menschen immer wieder dazu, dass sich Bezugspersonen und auch Therapeuten dadurch in Frage gestellt fühlen und – um den depressiven Sog abzuwehren – selbstbehauptend negative Kritik an Depressiven üben oder ihnen Ratschläge erteilen, die im Grunde Schläge sind. Das geschieht bei Laien meist offener und direkter als bei Therapeuten, etwa wenn Angehörige und Freunde einen depressiven Menschen dazu auffordern, sich zusammenzureißen, sich am Schönen zu erfreuen oder das Belastende loszulassen. Doch subtile und versteckte Distanzierungsversuche sind auch bei Therapeuten keine Seltenheit: etwa, wenn ein aktionsgehemmter

Patient vom Arzt oder Psychotherapeuten dazu aufgefordert wird, aktiv an der Behandlung mitzuarbeiten, weil sonst alles keinen Sinn mache.

In Psychiatrie und Psychotherapie stoßen wir immer wieder an Grenzen, einen Patienten so anzunehmen, wie er wirklich ist und wie er sich fühlt. Selbst bei gutem Einvernehmen ist es oft nicht möglich, einen Zugang zum präreflexiven Erleben eines Kranken zu finden und ihn von dieser Basis her spüren zu lassen, dass es Wichtigeres in seinem Leben gibt als sein belastendes Selbstbild. So kann z. B. ein Patient in tiefer Depression schwer erreichbar sein. Aber auch diese Aussage kennt Ausnahmen und darf nicht als billige Ausrede dienen, sich Schwerkranken zwischenmenschlich zu entziehen. Gerade schwerer depressive Menschen brauchen engagierte Mitmenschen. Zudem ist das depressive Geschehen keineswegs statisch. Auch schwerer Depressive haben im Tages- und Wochenverlauf immer wieder lichtere Momente, in denen sie besser erreichbar sind. Wenn sie dann einem achtsamen Begleiter oder Therapeuten begegnen, kann eine solche Oasenerfahrung mitten in der depressiven Wüste ebenso dazu beitragen, eine scheinbar hoffnungslos negative Selbstbeurteilung zu schwächen wie die so wichtige psychotherapeutische Arbeit in gesunden Tagen oder im Krankheitsintervall. Persönlich habe ich die Erfahrung gemacht, dass das therapeutische Ausharren bei Schwerkranken in existenziellen Grenzsituationen einen Zusammenhalt schafft, der wie ein tragender Boden die weitere therapeutische Zusammenarbeit erleichtert.

Es sind solche Grunderfahrungen, die gerade schwerer psychisch Kranke brauchen, die immer wieder Stürze ins Bodenlose erlebt haben. Es wurde gesagt: «Die Psychiatrie ist eine soziale, oder sie ist nicht.» Ich würde dazufügen: «Die Psychiatrie ist zwischenmenschlich oder sie hat keine Zukunft.» Dass sie auch neurobiologisch ist, davon gehe ich stillschweigend aus.

Manfred Bleuler schrieb anlässlich seiner Emeritierung vor bald 40 Jahren: «Angesichts der lautstarken Forderungen nach Psychotherapie eines jeden Leidenden würde man gerne meinen, unsere Kranken würden heute besser als je persönlich umsorgt. Mitnichten ist dem so. Die Wirklichkeit ist ganz anders: Um das Krankenbett droht es leer zu werden. Das Persönliche im Umgang mit dem Kranken tritt in den Hintergrund, unpersönliche, mechanisierte, schematisierte, entmenschlichte Betriebsamkeit macht sich je länger, je breiter.» [3] Und er forderte: «Bleiben wir am Kranken! » In diesem Punkt bin ich ganz sein Schüler. Ich glaube, dass dieser Leitsatz für die Kranken auch bei anhaltendem technisch-wissenschaftlichem Fortschritt entscheidend und für unsere Identität als Therapeuten wichtig ist.

1 Hell D. Psychische Störungen in einer komplexen Welt. Von deprimiert zu depressiv? (Teil 1). Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(19):776-9.

2 Hell D. Seelenhunger – der fühlende Mensch und die Wissenschaft vom Leben. 2. Auflage. Bern: Hans Huber; 2003 (gekürzte Taschenbuchfassung: Freiburg: Herder; 2007).

3 Bleuler M. Bleiben wir am Kranken! Schweiz Med Wochenschr. 1970;100(3): 89-96