

# Depressionen – Symptome, Ursachen und Verläufe aus Sicht einer systemischen, mehrgenerationalen Psychotraumatologie

Skriptum zur Vorlesung Klinische Psychologie<sup>1</sup>

Prof. Dr. Ruppert, Kath. Stiftungsfachhochschule München

1	Depressive Stimmungen - eine normale Erfahrung .....	1
2	Symptome und Verlauf einer Depression - ein Fallbeispiel .....	2
3	Formen der Depression .....	5
3.1	Reaktive Depressionen .....	5
3.2	Chronische Depressionen .....	7
3.3	Major Depression .....	9
3.4	Epidemiologische Befunde .....	10
3.5	Einige Befunde aus empirischen Studien .....	11
4	Depressionen aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie .....	11
4.1	Grundannahmen .....	11
4.2	Die seelische Bindung .....	12
4.3	Depressionen als Folge von traumatischen Bindungsverlusten .....	18
4.4	Bindungsunfähigkeit in Folge eines Traumas .....	19
4.5	Verstrickungen eines Kindes mit seinen Eltern .....	21
4.6	Die Übertragung kindlicher Bindungserfahrungen in Partnerbeziehungen .....	25
4.7	Wahnhaftige Depressionen .....	30
5	Hilfen bei Depressionen .....	31
5.1	„Krankheit Depression“ – die Sichtweise der medizinischen Psychiatrie .....	31
5.2	Depressive Reaktionen und ihre seelische Verarbeitung .....	36
5.3	Verhaltenstherapie .....	37
5.4	Psychoanalyse .....	38
5.5	Gestalttherapie .....	38
5.6	Systemische Therapie .....	39
5.7	Systemische Traumatherapie bei Depressionen .....	40

## 1 Depressive Stimmungen - eine normale Erfahrung

Depressive Gefühle sind normal und weit verbreitet: *"Wir alle kennen diese schlechten Zeiten. Morgens aufzustehen scheint keinen Sinn zu haben. Eigentlich scheint überhaupt nichts Sinn zu haben. Unsere ganze Zielstrebigkeit hat uns verlassen. "Warum sollte ich aufstehen? Warum zur Arbeit gehen? Welchen Zweck hat das schon?" fragen wir vielleicht. Doch als Antwort hallt nur Stille zurück. ... Fast jeder bekommt Depressionen. Jenes Grundgefühl der Leere, Erschöpfung und Sinnlosigkeit ist universell, überschreitet alle Alters-, Geschlechts- und Landesgrenzen." (Hazleton, 1995, S.9)*

<sup>1</sup>Stand 2.12. 2003. Dieses Skriptum ist Eigentum des Autors. Veröffentlichung der in diesem Skriptum enthaltenen Inhalte sind nur unter Angabe folgender Quellenangabe erlaubt: Ruppert, F. (2003). Depressionen – Symptome, Ursachen und Verläufe aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie. München: Katholische Stiftungsfachhochschule München.

Der Begriff „Depression“ leitet sich von dem lateinischen Verb „deprimere“ ab, das „niederdrücken“ bedeutet. Gefühle wie Lustlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, innere Leere oder Ohnmacht, Aussagen wie "Ich mag nicht mehr!", "Ich kann nicht mehr!". "Mich kann keiner mögen." bis hin zu der Überlegung "Am besten, ich bringe mich gleich um!" können depressive Stimmungen von unterschiedlichem Ausmaß zum Ausdruck bringen. Wer solche Stimmungen, Gefühle und Gedanken nicht aus eigenem Erleben kennt, hat sicher jemanden in seinem näheren Umfeld, der die Anzeichen depressiver Verstimmung durch Gestik, Mimik, Körperhaltung, durch Stummsein oder viel Reden zum Ausdruck bringt.

Seelische Tiefs scheinen zur Normalität menschlichen Erlebens ebenso zu gehören wie Hochstimmungen und Glücksmomente. Wo aber endet der normale Kummer und die gewöhnliche Unlust? Wo beginnt ein psychischer Zustand, der sich selbst aus dem Unglücklichsein nicht mehr befreien kann und sich immer mehr in einem Leidenszustand vertieft? Es gibt dafür eine Reihe von Indikatoren:

- Die niedergeschlagene Stimmung hält schon sehr lange an,
- sie ist so etwas wie das Grundgefühl des eigenen Lebens.
- Eher unbedeutend erscheinende Anlässe können eine schwere seelische Krise auslösen.
- Versuche, sich selbst und die eigenen Gefühle besser zu verstehen, führen nur zu weiterer Niedergeschlagenheit,
- Trost von anderen Menschen ("Aber du bist doch gar nicht so ...!", "Immerhin kannst du doch ..." usw.) kommt nicht an.

Menschen mit schweren Depressionen sprechen häufig davon, in einen „schwarzen Sog“ zu geraten, in ein „tiefes Loch“ zu fallen oder das Bedürfnis zu verspüren, für immer einzuschlafen. Dieses Skriptum stellt ein Angebot dar, depressive Symptome auf dem Hintergrund der systemischen Psychotraumatologie besser zu verstehen, ihren Ursachen auf die Spur zu kommen und Einsichten in die Verläufe „depressiver Erkrankungen“ zu erhalten.

## 2 Symptome und Verlauf einer Depression - ein Fallbeispiel

### **Kasten 1: "Meine Gedanken kreisen nur noch um mich"**

Anne ist eine dreißigjährige Lehrerin an einer Schule für Behinderte in einer deutschen Großstadt. Sie lebt seit einem Jahr mit ihrer Freundin Monika zusammen. Vor kurzem hatte sich nach siebenjähriger Beziehung Stefan, ein gleichaltriger Lehrer, von ihr getrennt. Annes Vater war Gymnasialprofessor, Anne schildert ihn als jähzornig, autoritär, sarkastisch, ehrgeizig, sehr moralisch und in vieler Hinsicht extrem (Liebe zur Kunst, fanatische Sportleidenschaft). Die Mutter sei aufopfernd, warmherzig, gutmütig, aber auch streng, oft angestrengt und gehetzt gewesen. Anne hat zwei ältere Schwestern. Ihre um sieben Jahre ältere Schwester Brigitte bot mütterlichen Rat und Schutz. Ihre um fünf Jahre ältere Schwester Nora war Vertraute und Freundin. Anne und Stefan hatten auch nach der Trennung einen gemeinsamen Freundeskreis, so dass sie sich immer wieder trafen. Im folgenden Auszüge aus Annes Tagebuchaufzeichnungen:

#### **4. Juni**

Was hat dieses nächtliche Baden bloß bei mir wachgerufen? ... Warum bin ich nur nicht bei der Gruppe geblieben und habe mich stattdessen an Stefan gehalten, der immer weiter hinausschwamm, ausgerechnet an Stefan, dem ich sowieso die längste Zeit lästig war, wenn ich ihn brauchte? Der sich oft über meine Anhänglichkeit und Unselbständigkeit beschwerte? Jetzt fühlte ich mich wirklich total abhängig von ihm, musste in seiner Nähe bleiben, weil ich's alleine nicht schaffte. Verzweifelt versuchte ich, ihn nicht aus den Augen zu verlieren, mich über Wasser zu halten und ruhig zu bleiben. Allmählich ließen meine Kräfte nach, ich fühlte mich wie gelähmt. Warum dreht Stefan sich nicht endlich um? Aber ich durfte ihn unter keinen Umständen um Hilfe rufen! Nein, diesmal musste ich es wirklich alleine schaffen, auch wenn ich verrückt werde. ... Dann war plötzlich Christa bei Stefan, und ich sah und hörte sie herumschäkern und Zärtlichkeiten austauschen. Mein Gott, wäre ich doch bloß an Christas Stelle, wäre ich in Stefans vertrautem Schutz! Oder wäre doch wenigstens Rosi da und ich könnte mich an ihr festhalten. ...

Mit Stefan geht's mir also offensichtlich immer noch nicht besser. Wenn's mir schlecht geht, weine ich ihm nach, sehne mich nach seiner Nähe und möchte mich ihm mit meinen Sorgen anvertrauen. Ich habe grenzenloses Vertrauen zu ihm; er kennt mich, und ich habe die Phantasie, dass er es ist, der mich auffangen kann. In guten Zeiten spüre ich nicht mehr als eine gute Freundschaft zu ihm - als hätte ich unsere Beziehung endlich überwunden und bräuchte ihn nicht mehr.

## **6. Juni**

Abende lang, tagelang sitze ich stumm grübelnd herum- ich suche immer noch nach einer Begründung für diese Panik, das Gefühl des Ausgeliefertseins, Gelähmtseins. Eine Macht, die mich bestimmt und die ich nicht beeinflussen kann, gegen die ich mich nicht einmal wehren kann. ...

## **21. Juli**

Fast drei Wochen habe ich überhaupt nichts mehr geschrieben - das Schlimmste ist eingetroffen: Inzwischen bin ich total verstummt, kann mich überhaupt nicht mehr artikulieren, bin taub und blind, um mich herum nur Nebelschwaden. Ich weiß nichts mehr, weiß nicht, was ich habe, was mit mir los ist. Tränen brechen "nur" ab und zu völlig unberechenbar aus mir heraus, unkontrolliert und unkontrollierbar. Ich bin meinen Stimmungen ausgeliefert. Meine Ängste konzentrieren sich nur noch um diese Stimmungen, ich finde keine Ausdrucksmöglichkeiten mehr. Ich bin immer mehr in mir selbst gefangen - ich hätte nicht geglaubt, dass es immer noch eine Steigerung gibt. Ich weiß niemanden, der mich verstehen könnte - ich kann mich nur noch verstecken. Heute habe ich das "Knotenmänner-Buch" zu Ende gelesen. Ein wahnsinnig deprimierendes Buch, voller Hoffnungslosigkeit, niederdrückend. Weil meine Stimmungen und Tränenausbrüche so unberechenbar sind, habe ich Angst, mit den anderen nicht in Urlaub fahren zu können. Ich kann's ihnen so nicht zumuten, ich würde ihnen nur zur Last fallen. Einerseits erwarte ich Verständnis, ja Rücksicht auf mein unberechenbares Verhalten, so als ob ich krank wäre, andererseits befürchte ich, nicht ernstgenommen zu werden. Ich habe keinerlei Perspektive, weder privat noch beruflich. ...

Ich fühle mich meinem Beruf, den Kindern und Eltern nicht mehr gewachsen. Wie kann ich diesen behinderten Kindern eine Stütze sein, mit den teilweise ganz aufgelösten Eltern Gespräche führen, wenn ich selbst fast am Durchdrehen bin bzw. die Probleme der anderen auf mich beziehe? Dabei wollte ich doch immer noch eine kinderpsychotherapeutische Zusatzausbildung machen - was soll ich denn damit? Ich kann mir ja selbst nicht helfen. ...

## **7. August**

Eine ganze Woche lang war Mami da. Und wieder das übliche Gefühl, wenn sie wieder weg ist: Ich habe nicht genug für sie getan. ...sie ist so eine liebe Frau. Ihre unglaubliche Geduld und wohlwollende, ausgleichende Art.

Zu meiner Schwester Brigitte spüre ich in letzter Zeit eine sehr starke Verbundenheit. ... Ich hab das Vertrauen, mich auch mal fallen lassen zu können. Sie kennt von sich selbst ähnlich schlimme Zeiten.

#### **14. August**

Das war das langersehnte Wochenende in Hamburg, bei Sabine und Wolfgang. Ich hab's überstanden. Meine Empfindungsfähigkeit ist halt doch noch um eine weitere tiefe Stufe heruntergerutscht. Was ich früher in vollen Zügen genossen, in allen Schattierungen ausgelebt hätte, bleibt jetzt an der unteren Grenze des Mittelmäßigen oder gar nur noch Erträglichen. Und wenn's dann nicht mehr zu ertragen ist, schießen die Tränen. Gut - wir haben viel geredet, aber von mir, von meiner derzeitigen Situation wurde ich nur wenig los. ... Ich habe jetzt häufiger das Gefühl, dass Ansprüche, Erwartungen an andere immer mehr schwinden. Ich kann mich selbst so wenig verstehen, was kann ich dann von anderen erwarten. ... Ich kann nur noch von einer Stunde auf die andere leben. Was morgen mit mir ist, kann ich überhaupt nicht einschätzen und verliert auch an Bedeutung. Mir geht's nur noch darum, und es ist mein einziges Anliegen geworden, wie ich jede Stunde, jeden Tag überstehe - es ist morgens mein erster Gedanke nach dem Aufstehen. Ich suche den Tag hinauszuzögern, zu verkürzen, noch nicht aufzuwachen, möglichst lange zu schlafen. Abends dagegen bleibe ich lange auf, als ob ich damit die Zeit bis zum nächsten Morgen verlängern könnte. Es soll nicht morgen werden! Es gibt keine Freude mehr.

#### **15. August**

Gestern war ich mit Mike zusammen, seit drei Monaten wieder einmal. Ab und zu treffen wir uns, haben dann ein ähnlich starkes Bedürfnis nach körperlicher Nähe - und auch einfach danach, wieder einmal zu reden. Gestern redete er wie ein Wasserfall, ich war jedoch ganz froh, von mir nicht viel sagen zu müssen. Dafür erlebte ich seine Berührung, seine Wärme um so wohltuender - dass es überhaupt noch möglich ist für mich, jemanden so nahe an mich heranzulassen und ihn wohligh zu spüren! Besonders spürbar ist für mich leider auch wieder geworden, wie alleine, wie isoliert ich bin. Ich will einfach nicht alleine leben - ich habe zur Zeit aber keine andere Perspektive. Ich fühle mich jetzt auch von Monika abgelehnt, nicht verstanden.

(mit geringfügigen Änderungen entnommen aus: S. Sulz. 1985. Verständnis und Therapie der Depression. S. 17 ff. München: Ernst Reinhardt Verlag.)

Worin kommt die depressive Symptomatik der Lehrerin Anne im Fallbeispiel zum Ausdruck?

- Sie sitzt tagelang stumm grübelnd herum.
- Sie zieht sich immer mehr zurück.
- Sie fühlt sich ihren Stimmungen ausgeliefert und wie gelähmt.
- Sie erlebt alles zunehmend grau in grau.
- Sie fühlt sich beruflich wie privat überfordert.
- Sie meint, sich "überhaupt nicht mehr artikulieren" zu können.
- Sie weint unkontrolliert los.
- Sie meint, nur noch von Stunde zu Stunde zu leben.
- Sie verliert immer mehr ihr Selbstwertgefühl.

Ihr Verhalten wirft eine Vielzahl von Fragen auf: In welche Art von Angstzustand gerät sie in dieser Badesituation? Weshalb verbietet sie es sich selbst, den Exfreund um Hilfe zu rufen? Warum will sie es "wirklich alleine schaffen"? Wieso sucht sie nach "grenzenlosem Vertrauen" und phantasiert sich jemand, der sie "auffangen" kann? Warum fühlt sich von niemandem verstanden? Wieso beschweren sich mittlerweile auch andere (ihr Exfreund Stefan) über ihre "Unselbständigkeit und Anhänglichkeit"?

War die Trennung von ihrem Freund der Grund ihrer Depression oder war ihre Depression die Ursache für die Trennung? Wieso liest Anne auch noch deprimierende Bücher? Warum findet sie keinen Trost bei ihrer Mutter, wenn diese doch so „lieb“ und „wohlwollend“ ist? Wie fügen sich die Eigenschaften ihrer Mutter, einerseits aufopfernd, warmherzig, gutmütig, andererseits aber streng, angestrengt und gehetzt zu einem Bild? Weshalb glaubt sie, für ihre Mutter nicht genug getan zu haben?

Was sich aus diesem Fallbeispiel bereits ersehen lässt: Die in der Badesituation beschriebene Angst hat wenig mit der Angst zu tun, unterzugehen und zu ertrinken. Sie ist keine unmittelbar existentielle Angst. Sie kann eher als die Angst vor dem Alleine- und Verlassensein verstanden werden. Und wenn man diese Verlassenseitsangst zum Ausgangspunkt nimmt, wird vieles, was daraus folgt, verständlicher. Der intensive Wunsch nach Nähe und Geborgenheit, die Befürchtung, andere damit zu überfordern und die Hoffnungslosigkeit, diese Nähe und Geborgenheit niemals erreichen zu können. Wie aber entsteht dieses Gefühl von Verlassenseitsangst und warum wird es nicht wirklich überwunden durch den Kontakt zu anderen Menschen?

### 3 Formen der Depression

Depressionen werden aus Sicht der klinischen Psychologie und der Psychiatrie nach ihren Symptomen und ihrer Schwere unterschieden und in verschiedenen Krankheitsbildern klassifiziert.

#### 3.1 Reaktive Depressionen

**Auslöser.-** Bei den sog. reaktiven Depressionen geht man davon aus, dass die Symptome einer Depression durch einen äußeren Anlass ausgelöst werden. Als depressive Reaktionen werden psychische Zustandsbilder bezeichnet, die in der Regel nicht länger als einen Monat andauern und sich dann allmählich bessern. Die Auslöser für depressive Reaktionen können sehr vielfältig sein:

- Enttäuschte Erwartungen (z.B. an Geburtstagen, Festtagen, Feiern),
- Niederlagen bei Spiel und Sport,
- Abschied und Trennung von Freunden, Partnern, Eltern,
- Änderungen des sozialen Status (Ende einer Ausbildung; Heirat; Mutter- bzw. Vaterschaft; Auszug der Kinder aus dem Haus; Umzug in ein Altersheim),
- nicht erreichte Berufsziele, Ausscheiden aus dem Berufsleben, Arbeitslosigkeit,
- Verlassen des Heimatortes oder –landes,
- Verlust von Wertgegenständen und Besitz (z.B. bei Überschwemmungen),
- krankhafte und als peinlich erlebte körperliche Veränderungen (z.B. frühzeitiger Zahn- oder Haarausfall),
- schwere körperliche Erkrankungen (z.B. Querschnittslähmung nach einem Unfall, Verlust von Körperteilen),

- Verlust einer nahestehenden, geliebten Person (durch Trennung, Tod),
- Belastende Ereignisse wie Fehlgeburten, Abtreibungen, Weggabe eines Kindes zur Adoption oder Pflege.

Treten mehrere Auslöser gleichzeitig auf, verstärkt sich im allgemeinen die depressive Reaktion (z.B. Verlust der Freundin, des Arbeitsplatzes und der eigenen Wohnung).

Manche Auslöser depressiver Reaktionen können die bisherigen persönlichen, beruflichen und/oder sozialen Lebensgewohnheiten eines Menschen oder von Menschengruppen in Frage stellen. Selbstverständlich erscheinende Alltagsroutinen werden mit einem Male sinnlos, wenn der Partner plötzlich stirbt. Menschen können sich in ihrem Selbstbild und ihrer Selbstachtung abgewertet und bedroht fühlen, wenn sie plötzlich arbeitslos werden. Bei einer schweren Krankheit können Gedanken und Gefühle kommen auf wie z.B.: Jetzt bin ich nichts mehr wert. Ich bin körperlich behindert. Beruflich stehe ich vor dem Nichts. Gesellschaftlich bin ich nur noch eine Randfigurein. Es kann zu einem erheblichen Gefühl der Verunsicherung und der Hilflosigkeit kommen, wenn man sein Land fluchtartig verlassen muss. Das vormalig Sichere ist ins Wanken geraten, nichts ist mehr richtig verlässlich.

Wie die obige Auflistung auch zeigt, können aber sogar im Grunde freudige Ereignisse (Bestehen eines Examens, Geburt eines Kindes) zumindest für eine kurze Zeit depressive Verstimmungen hervorrufen. Alles war auf diesen Zeitpunkt hin orientiert, darüber hinaus wurde nicht weitergeplant. Nun kann sich ein Gefühl von Leere breit machen, das auch mit Angst vor der weiteren Zukunft einhergeht. Was kommt jetzt? Wie geht es weiter? Wofür lohnt es nun, sich anzustrengen? Was sind die neuen Ziele? Das Neue, auch wenn es noch so erfreulich erscheint, verlangt auch immer einen Abschied vom Alten. Deshalb können Menschen manchmal ihr neu gewonnenes Glück gar nicht erhalten und stellen unbewusst den alten Zustand wieder her.

**Reaktion auf Verluste.-** Gibt es etwas Gemeinsames an diesen Auslösern für depressive Reaktionen? Wie es scheint, haben diese auslösenden Situationen viel mit Verlust, Verlieren, Aufgeben und Verlassen werden und Verlassen müssen zu tun. Hoffnungen müssen begraben werden, Ansprüche zurückgestellt, Personen und liebgewordene Gewohnheiten aufgegeben werden. Etwas, was uns lieb und teuer ist, wozu wir gute Gefühle entwickelt haben, was wir schätzen und mögen, steht uns nicht mehr zur Verfügung. Es ist weg, vorbei und manchmal für immer. Etwas plakativ könnte man also sagen: Depressionen sind Reaktionen der menschlichen Seele auf Verluste von dem, was wir lieben und für unser Wohlbefinden brauchen.

**Sinnvolle Symptome.-** Symptome einer reaktiven Depression sind also im Grunde nichts Unnormales oder gar per se Krankhaftes. Sie sind Anzeichen einer Krise, durch die ein Mensch hindurch muss, um sich vom Verlorenen zu verabschieden, sich in seinen Gefühlen neu zu orientieren und um am Ende des Prozesses seelisch so gesund wie möglich weiterleben zu können. Im Gegenteil, es ist sogar ein ungutes Zeichen

- beim Tod einer geliebten Person nicht heftig zu weinen,
- sich nach einer Trennung von einem Partner sofort in eine neue Beziehung zu stürzen,
- das Verlassen der eigenen Heimat nicht zu betrauern,
- bei Statusverlusten keine Anzeichen von seelischem Schmerz zu zeigen,
- körperlichen Erkrankungen gleichgültig zu beobachten,
- nach einer Niederlage in einem Wettbewerb seine Enttäuschung nicht zu zeigen,
- bei Enttäuschungen so zu tun als hätte man sich gar nichts erwartet.

Selbstverständlich werden die Reaktionen auf Verluste unterschiedlich ausfallen je nach Situation, Alter und sozialer Unterstützung. Keine Gefühle zu zeigen, obwohl der Anlass dafür zweifelsfrei vorhanden ist, ist ungesund.

*"Dies bedeutet, das Erleben der Depression nicht als Krankheit oder Funktionsstörung zu untersuchen, sondern als gesunde Reaktion auf verschiedene Arten von Verlusten ... Folglich kann man die Depression nicht als Zeitverschwendung ansehen, sondern muss in ihr einen wertvollen Prozess erkennen, in dessen Verlauf wir über die Bedingungen unseres Daseins nachdenken, unsere Werte und unser Ich einer nochmaligen Prüfung unterziehen und den Weg zu einem erneuten Zielbewusstsein und Sinngefühl finden. Der Wegfall dieser Phasen wäre für uns menschlich gesehen ein Verlust." (Hazleton, 1995, S. 15)*

Wie schnell eine depressive Verstimmung überwunden werden kann, hängt von der jeweiligen Ursache ab. Den Tod eines geliebten Menschen zu akzeptieren oder eine unheilbare Krankheit als gegeben anzunehmen, dauert wesentlich länger als eine Niederlage in einem sportlichen Wettkampf zu vergessen oder den Verlust einer Brieftasche zu verschmerzen.

Durchlebte Depressionskrisen können sogar zur seelischen Stärkung eines Menschen beitragen. Sie helfen ihm, sich aus Bindungen und emotionalen Fixierungen zu lösen, stärken das Selbstbewusstsein ("Ich habe so etwas Schweres durchgestanden!"), lassen eine größere Unabhängigkeit gewinnen, öffnen Möglichkeiten für neue und andere Aktivitäten und schaffen den Raum für eine neue Bereitschaft zu gefühlsmäßigen Bindungen.

**Gesunde Trauer.-** Der wichtigste seelische Vorgang, Abschied von einem alten Zustand zu nehmen, ist die Trauer bzw. ist der Trauerprozess. Gesunde Trauer ist der Beginn und die Chance, sich neu zu orientieren und sich an die neuen Gegebenheiten anzupassen. Trauer bedeutet Abschiednehmen. Trauer heißt Anerkennen des Endgültigen. Was vorbei ist, ist nicht wieder zu bringen. Trauer ist Loslassen und Rückzug. Trauer ist das Zulassen von Tränen, Schmerzen, Wut und Enttäuschung. Durch gesunde Trauer können auch Schuld- und Schamgefühle verarbeitet werden.

### 3.2 Chronische Depressionen

**Dauerhafte depressive Verstimmung.-** Klingt eine depressive Reaktion nicht nach etwa einem Monat in ihrer Heftigkeit ab, so kann der heilende Trauerprozess offenbar nicht in Gang kommen und er bleibt stecken (zu den möglichen Ursachen und Bedingungen siehe Kapitel 4). Es kommt dann allmählich zu einer dauerhaften („chronischen“) depressiven Verstimmung. Oft entwickeln sich daraus weitere Symptome.

**DSM-Klassifikation.-** Depressionen werden im DSM-IV (, Saß, Wittchen & Zaudig 1998, S. 375 ff.) zu den "affektiven Störungen" gezählt. Dies bedeutet, dass hier in der "Stimmungslage" und dem "Gefühl" die "Störung" gesehen wird ("Gemütskrankheit") und weniger im Denken bzw. "Wahn" wie bei der Schizophrenie ("Geisteskrankheit").

Klassifikatorisch wird im wesentlichen unterschieden zwischen

- einer Dysthymen Störung (auch „Depressiven Neurose“) und
- einer Major (vollständigen) Depression.

Über einen Zeitraum von zwei Jahren (bei Kindern und Heranwachsenden einem Jahr) müssen für die Diagnose "Dysthyme Störung" die folgenden Kriterien erfüllt sein:

**Diagnostische Kriterien der Dysthymen Störung im DSM-IV (a.a.O., S. 410f.):**

A) Depressive Verstimmung die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage

B) mindestens zwei der folgenden Symptome:

- Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen,
- Schlaflosigkeit (Insomnie) oder übermäßiges Schlafbedürfnis (Hypersomnie),
- Energiemangel oder Erschöpfung,
- geringes Selbstwertgefühl,
- Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschweren,
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit.

„Oft fällt den Betroffenen selbst vor allem ihre Interesselosigkeit und selbstkritische Einstellung auf, mitunter empfinden sie sich in ihrem Selbstbild als langweilig und unfähig. Diese Symptome sind so sehr zu einem Teil des alltäglichen Lebens geworden („Ich war schon immer so“, „So bin ich eben“), dass sie oft erst auf direktes Befragen berichtet werden.“ (a.a.O., S. 407)

**ICD-Klassifikation.-** Im ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 139 ff.) wird eine Unterscheidung zwischen leichten, mittelgradigen und schweren (mit und ohne psychotische Symptome) depressiven Episoden getroffen. Die Merkmale der depressiven Episode (F 32) sind: ... gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, Verminderung der Energie, erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung ...

Andere häufige Symptome sind:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen
7. Verminderter Appetit

Allgemein kann man sagen: Bei der sog. neurotischen Form der depressiven Störung ist der betreffende Mensch bemüht, trotz seiner Symptome eine selbständige Lebensführung aufrecht zu erhalten. Er kann sich im praktischen Leben trotz allem noch zurechtfinden, wünscht sich eine glückliche Partnerschaft, einen zufriedenstellenden Arbeitsplatz, eine gute Wohnung etc. . Manche Menschen scheinen sogar nach außen hin als sehr erfolgreich und im Leben stehend. In ihrer Seele aber sind sie zeitlebens unglücklich.

**Latente Depression.-** Manchen Menschen sieht man ihre depressiven Symptome auf den ersten Blick an. Andere dagegen leiden zwar innerlich auch, wirken nach außen jedoch oft als fröhlich, aktiv und lustig. Man spricht hier von einer „latenten“, d.h. verdeckten Depressivität. Depressivität kann sich hinter Süchten verstecken (Arbeitssucht, Alkoholismus ...), sie kann durch die Suche nach immer neuen Partner verdeckt sein.



### 3.3 Major Depression

**Vollbild einer Depression.-** Im Unterschied zur depressiven Neurose stellt das Vollbild einer Depression einen wahnhaften und daher psychotischen Zustand dar. D.h. der betreffende Mensch sieht sich nicht mehr in der Lage, an seiner momentanen inneren Situation etwas Entscheidendes zu verändern und Abstand von seinen negativen Gedanken und Gefühlen zu gewinnen. Oft ist er in diesem Zustand zu einer eigenständigen Lebensführung nicht mehr im Stande. Sein Wahrnehmen, Fühlen und Denken steht nicht mehr im Einklang mit dem, was aktuell um ihn herum geschieht. Er ist verwirrt und orientierungslos. Selbstmordgedanken kommen häufig hoch. Ebenso werden oft schwere Schuldvorwürfe an die eigene Person gerichtet.

*„Das Kraftwerk des Ichs, die Seele, arbeitet nicht mehr wie gewohnt. Alle von ihr einst dominierten Funktionen werden nicht mehr mit der nötigen Zuversicht gespeist, das Leben erfüllt sich nicht mehr selbstverständlich, Inhalte wie Zukunft, Planung, Lebensziele und Glück haben keine Wirkung mehr, werden nicht mehr von der inneren Stimme angeregt. Alles Tun, alles Denken unterliegt jetzt dem Einfluss von Niedergeschlagenheit, Zweifel und Angst – Lebensangst. Die Seele schafft keine Rückkoppelung mehr zu den Erfahrungen der Vergangenheit, vor allem den glücklichen. Alle Reserven sind verbraucht und es lassen sich auch keine neuen gerieren, weil das Leben in all seinen Facetten sinnlos geworden zu sein scheint.“ (Reiners, 2002, S. 16f.)*

Folgende Symptome bilden im DSM IV die Grundlage für die Diagnose "Major Depression":

#### **Diagnostische Kriterien im DSM-IV für eine Episode einer Major Depression (Saf, Wittchen und Zaudig, 1998, S. 387f.):**

Mindestens 5 der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar.

- 1) Depressive Verstimmung an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages (reizbare Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen),
- 2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten,
- 3) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen,
- 4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen,
- 5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung,
- 6) Müdigkeit oder Energieverlust,
- 7) Gefühl von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können),
- 8) verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit,
- 9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

Nach der Einteilung des ICD-10 zeigt der Patient bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome "meist erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit, es sei denn Hemmung ist ein führendes Symptom. Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle der Nutzlosigkeit oder Schuld sind meist vorherrschend, in besonders schweren Fällen besteht ein hohes Suizidrisiko. Es wird vorausgesetzt, dass das somatische Syndrom bei schweren depressiven Episoden praktisch immer vorhanden ist." (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 143)

Kommen zu einer schweren Depression auch noch psychotische Symptome hinzu, so schließt der Wahn "gewöhnlich Ideen der Versündigung, der Verarmung oder einer bevorstehenden Katastrophe ein, für die sich der Patient verantwortlich fühlen kann. Die akustischen Halluzinationen bestehen gewöhnlich aus diffamierenden oder anklagenden Stimmen; die Geruchshalluzinationen beziehen sich auf Fäulnis oder verwesendes Fleisch. Eine schwere psychomotorische Hemmung kann sich bis zum Stupor steigern." (a.a.O., S. 143f.)

**Manische Episode.-** Major Depressionen können als klinisches Zustandsbild auch im Wechsel mit einer Manie (nähere Erläuterung s.u.) auftreten (sog. bipolare Störung oder Zykllothymia), depressive und manische Episoden wechseln sich dann in einem geringen Prozentsatz der Fälle (ca. 20 %) unmittelbar ab.

**Diagnostische Kriterien im DSM-IV für eine manische Episode (a.a.O., S.393):**

- A) Eine mindestens einwöchige (bei Hospitalisierung auch kürzere) abgegrenzte Periode mit abnorm und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung
- B) mindestens drei der folgenden Symptome bestehen in einem deutlichen Ausmaß:
- übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen,
  - vermindertes Schlafbedürfnis,
  - vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang,
  - Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens,
  - erhöhte Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeit wird zu leicht auf irrelevante äußere Reize gelenkt),
  - gesteigerte Betriebsamkeit (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe,
  - übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. ungezügelter Einkauf, sexuelle Eskapaden, törichte geschäftliche Investitionen).

In der manischen Phase fallen alle Hemmungen, Bedenklichkeiten und Verzichtshaltungen plötzlich weg. Der betreffende Mensch ist unangemessen heiter, voller Optimismus und verschwenderisch. In der depressiven Phase nimmt er alles zurück, fällt in Selbstanklage, Mutlosigkeit und Apathie. Da Manien nach meiner Erkenntnis andere Ursachen wie Depressionen haben, werde ich an dieser Stelle nicht weiter darauf eingehen. Ich habe einiges zu den Ursachen von Manien in meinem Buch „Verwirrte Seelen“ geschrieben (Ruppert, 2002).

### 3.4 Epidemiologische Befunde

**Erkrankungsrisiko.-** Menschen, die an Depressionen leiden, sind keine Seltenheit. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männern. *"Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken ist bei einem Lebenszeitrisiko von 12-16% für Männer und 20-26% für Frauen als hoch einzuschätzen. Verschiedene Prävalenzschätzungen stimmen darin überein, dass 2-3% der Männer und 4-7% der Frauen aktuell an einer unipolaren ernsthaften Depression leiden. ... Der Median des Ersterkrankungsalters an unipolaren Depressionen liegt zwischen 20 und 40 Jahren, bei einer beträchtlichen Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter. Neuere epidemiologische Arbeiten zeigen eine deutliche Zunahme depressiver Erkrankungen in allen untersuchten Ländern und über die Alterskohorten. Insbesondere die jüngeren Jahrgänge (18 bis 29 Jahre) weisen ein deutlich gesteigertes Erkrankungsrisiko auf."* (Hautzinger, 1994, S. 66).

**Klinische Prognose.-** Bei etwa der Hälfte klinisch auffälliger Personen (50-60%) bessert sich der Zustand ihrer Depressivität bis hin zur Arbeitsfähigkeit. Bei 10-20% tritt eine Chronifizierung ein, die oft mit einer körperlichen Erkrankung verknüpft ist: Asthma, Allergien, Magengeschwür, Herzinfarkt, Diabetes. Durch depressive Zustände wird das Immunsystem geschwächt und die Krankheitsanfälligkeit damit erhöht. Ca. 15% depressiver Menschen begehen Suizid.

### 3.5 Einige Befunde aus empirischen Studien

**Verluste und problematische Lebensverhältnisse.-** Verlusterlebnisse gehen der Entwicklung einer depressiven Störung häufig voraus. In einer klassischen Studie von Brown, Harris und Copeland (1977) hatten 61% der depressiven Frauen in den sechs Wochen vor Beginn der Depression ein schwerwiegendes Verlusterlebnis (v.a. schwere Krankheit, Tod geliebter Personen), in der Kontrollgruppe gesunder Frauen waren dies nur 20%. 47% der depressiven Frauen hatten gegenüber nur 17% der nicht-depressiven Frauen mindestens zwei Jahre lang mit einer oder mehreren sozialen Schwierigkeiten zu kämpfen: Eheprobleme, Probleme in der Versorgung und Erziehung der Kinder, Finanz- und Wohnprobleme. Verlusterlebnisse und länger dauernde Schwierigkeiten korrelierten in dieser Studie bei ca. 20% der untersuchten Frauen mit der Entwicklung einer Depression.

**Einfluß von Partnerschaft.-** Der Faktor "Partnerschaft" scheint eine wichtige Bedingungsvariable für das Auftreten von Depressionen zu sein. Getrennt Lebende, Geschiedene und Menschen ohne vertraute Person gelten nach Gove, Hughes und Briggs (1983) als besonders anfällig, psychische Störungen zu entwickeln. Die "protektive Funktion des Verheiratetseins" (Wahl, 1994, S.31) gilt jedoch nur für Ehen, die als befriedigend erlebt werden: unglücklich verheiratete Männer und Frauen erlebten sich nach Renne (1971) depressiver als eine Vergleichsgruppe Getrenntlebender bzw. Geschiedener.

Eheprobleme (Spannungen, Abhängigkeit, verarmte Kommunikation, Mangel an Zuneigung) und das von den befragten Personen selbst eingeschätzte Maß an ehelichen Belastungen korrelieren nach den bei Wahl (a.a.O., S. 31f.) zitierten Untersuchungen positiv mit depressiven Zustandsbildern. Umgekehrt kommt der Qualität ehelicher Unterstützung eine hohe präventive Bedeutung zu, wenn belastende Lebensereignisse zu bewältigen sind: je besser die eheliche Unterstützung, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Personen ein depressives Zustandsbild entwickeln.

Aus korrelativen Studien können keine Ursachen für psychische Erkrankungen abgeleitet werden. Es kann hier nicht zwischen Ursachen und Bedingungen unterschieden werden. Daher ist es abhängig von theoretischen Annahmen, welche Gründe für die Entstehung von Depressionen angenommen werden.

## 4 Depressionen aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie

### 4.1 Grundannahmen

Depressionen sind nach meiner Erfahrung die Folgerscheinungen seelischer Vorgänge. Sie sollten daher auf der Basis psychosozialer Konzepte in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf

verstanden werden. Die Einsicht in diese Zusammenhänge führt dann auch zu effektiven Möglichkeiten einer psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Hilfestellung für die betroffenen Menschen.

**„Systemische Psychotraumatologie“.**- Ich habe für den von mir entwickelten Ansatz, seelische Prozesse zu verstehen und ihre leiderzeugenden Fixierungen therapeutisch aufzulösen, den Begriff „systemische Psychotraumatologie“ gewählt. Dieses Konzept geht von mehreren Grundannahmen aus:

- Der für das Verstehen von „psychischen Krankheiten“ wesentliche Teilbereich der menschlichen Psyche ist die „seelische Bindung“.
- Die Prozesse der seelischen Bindung werden insbesondere durch Ereignisse in ihrer Entwicklung gehindert, die als Traumata zu bezeichnen sind.
- Ein Verständnis der Zusammenspiels von Bindung und Trauma macht die Untersuchung von menschlichen Bindungssystemen erforderlich.
- Seelische Traumatisierungen können über drei und vier Generationen wirksam bleiben.
- Die Symptome „psychischer Krankheiten“ sind sinnvoll. Es kommt darauf an, den verborgenen Sinn hinter den oft rätselhaft erscheinenden Symptomen zu entschlüsseln.
- Aufstellungen sind die beste Möglichkeit, den Zusammenhängen von Bindung und Trauma über viele Generationen hinweg auf die Spur zu kommen.
- Aufstellung sind eine effektive therapeutische Methode, diagnostische Anamnesen unmittelbar mit therapeutischen Interventionen zu verknüpfen.

Am Beispiel von „Psychosen“ habe ich dieses Konzept der systemischen Psychotraumatologie in meinem Buch „Verwirrte Seelen“ dargelegt und in den einzelnen Unterpunkten ausführlicher erläutert (Ruppert, 2002). In diesem Buch werden auch Fallbeispiele von depressiven Patienten dargestellt und theoretische Überlegungen zur Entstehung von „Depressionen“ vorgestellt (S. 194 – 202). In diesem Skriptum soll nun der Versuch gemacht werden, meine Einsichten in die Entstehung und den Verlauf depressiver Seelenprozesse weiter zu systematisieren.

## 4.2 Die seelische Bindung

Jeder Mensch braucht den Kontakt und den Austausch zu anderen Menschen für sein Überleben und sein körperliches und seelisches Wohlbefinden. Dies ist eine Grundvoraussetzung menschlicher Existenz. Menschen sind ihrer Natur nach soziale Wesen. Für das Herstellen zwischenmenschlicher Beziehungen ist der menschliche Organismus sehr gut ausgestattet. Das Gehirn zum Beispiel ist eher ein Sozial- als ein Denkkorgan. Das Denken wird häufig dem sozialen Zusammenhang untergeordnet.

Ohne bewusstes Zutun werden in uns von Geburt an Bindungen zu anderen Menschen aufgebaut. Die Existenz von Bindung zeigt sich am deutlichsten an ihrem Fehlen. Solange wir uns eingebunden fühlen, nehmen wir dies als selbstverständlich hin. Beim Verlust einer Bindung (z.B. ein Partner verlässt uns) aber merken wir schnell, dass uns etwas sehr Wichtiges fehlt.

**John Bowlby.**- Die Aufmerksamkeit auf das Phänomen der Bindung, das Bindungsverhalten von Kindern und das Bindungsangebot auf Seiten ihrer primären Bezugspersonen, also in erster Linie ihrer Mütter, zu lenken, ist das Verdienst des englischen Wissenschaftlers, Psychiaters und Psychotherapeuten John Bowlby (1907 – 1990). Er machte sich zunächst einen

Namen durch eine Studie über 44 Diebe, bei der er nachweisen konnte, dass alle in ihrer frühen Kindheit unter einer Form der Mutterentbehrung zu leiden hatten. Er untersuchte dann unmittelbar nach dem Ende des zweiten Weltkrieges im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die psychische Gesundheit von obdachlosen Kindern. In dieser Studie verband er auf überzeugende Art und Weise seine Erkenntnisse über das kindliche Bindungsbedürfnis mit den psychischen Auffälligkeiten von Kindern, die keine sichere Bindung zu primären Bezugspersonen eingehen konnten (Holmes, 2002). (siehe auch Kasten 2)

**„Fremde Situation“**.- Eine Mitarbeiterin von Bowlby, Mary Ainsworth hat sich vor allem durch ihr Experiment „Die fremde Situation“ einen Namen innerhalb der Bindungsforschung gemacht. Dieses klassische Experiment untersucht die Art und Qualität des Bindungsverhaltens („attachment behaviour“) eines Kindes. Es hat folgendes Design:

1. Eine Mutter kommt mit ihrem Kind in einen Experimentalraum. Dort gibt es interessantes Spielzeug für das Kind. Die Mutter animiert das Kind zum Spielen und setzt sich auf einen Stuhl in der Ecke des Raumes.
2. Eine dem Kind fremde Person kommt dazu, setzt sich für eine Minute auf einen Stuhl in einer anderen Ecke des Raumes und nimmt dann für eine Minute Kontakt auf mit der Mutter und unterhält sich mit ihr.
3. Die fremde Person spielt dann eine Minute lang mit dem Kind.
4. Jetzt erhebt sich die Mutter von ihrem Stuhle und verlässt den Raum.
5. Je nach den Reaktionen des Kindes, tröstet die fremde Person das Kind und versucht es wieder zum Spielen anzuregen.
6. Die Mutter kommt nach drei Minuten zurück, die fremde Person geht unauffällig. Die Mutter steht dem Kind wieder zur Verfügung.
7. Die Mutter verlässt erneut den Raum und die fremde Person kommt zurück.
8. Die Mutter kommt zurück und die fremde Person geht.
9. Die Mutter geht und kommt nach 20 sek. Zurück.

In diesem Experiment gibt es als unabhängige Variablen:

- An- und Abwesenheit der Mutter,
- An- und Abwesenheit der fremden Person.

Als abhängige Variablen werden auf Seiten des Kindes untersucht:

- sein Spiel- und Explorationsverhalten,
- seine Reaktionen auf die Trennung von seiner Mutter,
- seine Reaktionen auf das Trösten und Ablenken durch die fremde Person,
- seine Reaktionen beim Zurückkommen der Mutter,
- die nonverbalen Stresssymptome des Kindes

## **Kasten 2:** Emotionale Bindung, Bindungsbedürfnis und Bindungsverhalten

Die Existenz und Qualität des menschlichen Bindungssystems und die emotionalen Folgen von Bindungsverlusten hat vor allem John Bowlby (1973, 1980) umfassend erforscht und beschrieben. Seine bereits in den 50iger Jahren des letzten Jahrhunderts veröffentlichten Forschungen finden heute zunehmend Anerkennung in der Psychologie und Psychotherapie (Brisch, Grossmann, Grossmann und Köhler, 2002).

Wie Spitz und Wolf (1946) zeigten, verkümmern Neugeborene und sterben sogar ohne ausreichenden Kontakt zu einer Bezugsperson trotz ausreichender Versorgung mit Nahrungsmitteln und Körperpflege (Stichworte "Hospitalismus"). In den Experimenten von Harlow und Zimmermann (1958) zeigte sich, dass Affenbabies zur wärmenden Plüsch- statt zur milchspendenden Draht"mutter" viel häufiger Kontakt suchten. Triebtheoretisch interpretiert: das Kontaktbedürfnis ist folglich stärker als der Nahrungstrieb oder lerntheoretisch gedeutet: soziale Zuwendung wirkt stärker belohnend als Nahrung; Nähe und Körperkontakt stellen einen "primären Verstärker" dar.

Bindung ist demnach ein von Geburt an sich aufbauender Prozess zwischen zwei Menschen (in erster Linie Mutter und Kind), der auf verschiedenen Ebenen stattfindet: Konditionierung von Geruchs- und Hautsinnesreizen ("Körperchemie"), von akustischen Qualitäten der Stimmen, von visuellen Mustern (zunächst reflektorisches Reagieren auf Gesichter, dann Erkennen des typischen Gesichts des primären Bindungspartners; vgl. das kindliche „Fremdeln“ im 7. bis 8. Lebensmonat), schließlich Interaktion durch eine spezifische verbale Kommunikation zwischen den Bindungspartnern.

Wesentlich am Bindungsgeschehen erscheint mir ihre emotionale Komponente. Emotionale Bindung ist ein Vorgang, durch den zwei oder mehr Menschen durch Gefühle – v.a. Liebe und Angst - von einander abhängig werden und in der Folge emotional aufeinander reagieren. Was der eine Mensch fühlt, wird auch für den anderen bedeutsam. Dieser emotionale Prozess beeinflusst in hohem Maße die körperlichen Vorgänge, gedanklichen Abläufe und auch die erinnerten Erlebnisse der beteiligten Personen.

Bindungsverhalten ist ein Verhalten, das die Abhängigkeit zwischen zwei oder mehr Menschen fördert und aufrechterhält. Es wird insbesondere aktiviert, wenn der Zusammenhalt bedroht ist oder eine Trennung sich ankündigt. Bei kleinen Kindern führen Sichtnähe, Körperkontakt oder besänftigende Worte zu einer Beruhigung des Angstgefühls, das durch eine Trennung hervorgerufen wird.

Die Fähigkeit, bindungsrelevante Informationen aufzunehmen und an andere zu senden, beruht möglicherweise auf einem eigenen, bislang noch nicht identifizierten Bindungsinn.

Wie Untersuchungen zum Bindungsverhalten von 1-2-jährigen Kleinkindern zeigen (vgl. Kasten 3) gibt es unterschiedliche Qualitäten des Bindungsverhaltens bei einem Kind. Es gibt sicher gebundene Kinder, aber auch Kinder, die bereits in diesem frühen Abschnitt ihres Lebens deutliche Zeichen von Unsicherheit und Stress zeigen und als unsicher gebunden bezeichnet werden. Ihre Bindungsunsicherheit zu ihrer Mutter führt später auch zu Störungen in ihrem Sozialverhalten und altersbezogen zu Rückständen in ihrer kognitiven Entwicklung. Während sicher gebundene Kinder offen auf ihre Umwelt zugehen und sie erkunden, sind unsicher gebundene Kinder ängstlich. Eine unsichere Bindung zur Mutter führt eher dazu, dass sich das Kind nur schwer aus dieser primären Beziehung lösen und neue und "reifere" Beziehungen eingehen kann. Es fällt ihm schwer, seine Autonomie zu entwickeln.

### **Kasten 3:** Arten von Bindungen im Kleinkindalter

Ainsworth (1973) unterscheidet 3 Bindungsarten, anhand des Verhaltens der Kinder, wenn eine Bezugsperson das Kind alleine im Raum zurücklässt und nach kurzer Trennung wiederkommt:

- *Kinder mit sicherer Bindung:* suchen und wahren die Nähe zur Mutter bei oder nach Belastungen, z.B. bei ihrer Wiederkehr; zeigen Kummer bei Alleingelassenwerden deutlich bezogen auf das Vermissen der Mutter; Fremde können sie dann nicht trösten; Begrüßen mehr als nur beiläufig; sie suchen innigen Körperkontakt und Trost und wehren sich gegen ein zu frühes Absetzen vom Arm der Mutter.
- *Kinder mit ambivalent-unsicherer Bindung:* suchen und halten Kontakt mit der Mutter, widerstreben aber Kontakt- und Interaktionsversuchen der Mutter; sind eher wütend bis passiv, wenn sie mit Fremden alleine gelassen werden.
- *Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung:* diese vermeiden bei der Rückkehr der Mutter auffallend deren Nähe und die Interaktion in den Wiedervereinigungsepisoden (Wegwenden, Blickabwenden, Vorbeibewegen); bei Aufnahmen kaum Klammern, sie widersetzen sich dem Absetzen nicht, zeigen keinen aktiven Widerstand gegen Kontakt; alleingelassen zeigen sie kaum Kummer, eher Unmut über das Alleinsein; Mutter und Fremde werden fast gleichbehandelt.
- In der Literatur zur Erforschung von Bindungen wird mittlerweile auch eine vierte Kategorie von Bindungsmodus thematisiert: die chaotische Bindung. In solchen Fällen erleidet das Kind entweder traumatische Verluste oder wird von seinen Eltern traumatisiert (z.B. durch körperliche Gewalt oder sexuellen Missbrauch) (Brisch, 1999, S. 53)
- Im Zeitraum von 6-12 Monaten sind diese Zuordnungen zu den sog. Bindungsqualitäten sehr stabil. Auch bei 2-4 Jährigen trifft diese Klassifikation zu, sie weinen jedoch weniger, suchen weniger Kontakt durch körperliche Nähe als durch Sprache.
- Bindungssichere Kinder zeigen positivere Entwicklung im kognitiven Bereich und im Sozialverhalten (z.B. mehr Hilfsbereitschaft); bindungsambivalente Kinder zeigen eine verlangsamte kognitive Entwicklung, bindungsunsichere zeigen eher Störungen im Sozialverhalten.
- Komplementär zum Bindungsverhalten entwickelt sich das Erkundungsverhalten, das bindungssichere Kind wagt sich weiter weg von der Bindungsperson zur Erkundung von Gegenständen und anderen Personen.
- Bei Kindern, die während des 2.Lebensjahres von sicherer zu unsicherer Bindung wechselten, konnten familiäre Belastungen ausgemacht werden.
- Eine Berufstätigkeit der Mutter beeinflusst die Qualität der Bindung nicht.
- Auch Kinder in Fremdpflege (halbtags, Kibbuz) bilden Bindungsbeziehungen primär zu ihrer Mutter aus. Bei Kindern in Gruppenpflege fanden sich jedoch mehr ambivalent-unsichere Kinder als in der Familienpflege.
- Diese Kategorisierung lässt sich auch auf Vater-Kind-Bindung anwenden, Kinder können aber unterschiedliche Bindungsqualitäten zu ihren Müttern und Vätern entwickeln.
- Längere Trennungen von der Mutter werden von Kindern unter einem Jahr wesentlich dramatischer erlebt als von zweijährigen Kindern.

**Bindungsmodus und Persönlichkeit.-** Menschen, die in ihrer Kindheit in den Genuss einer sicheren Bindung an mindestens einen Elternteil gekommen sind, haben ein ausreichendes Selbstwertgefühl, um sich mit sich, anderen Menschen und ihrer Umwelt „im Hier und Jetzt“

differenziert auseinander zu setzen. Sie können auch in belastenden Beziehungssituationen relativ ruhig und sachlich bleiben.

Menschen mit einer ambivalent-unsicheren Bindung sind in ihren Lebenszielen oft schwankend. Sie haben gelernt, auch alleine mit sich zurecht zu kommen, sie suchen aber auch genauso gerne Nähe und Kontakt. Weil sie den Beweis brauchen, dass sie wirklich gemocht werden, suchen sie eine sehr intensive Nähe herzustellen, die anderen leicht zuviel werden kann. Im Kontakt mit anderen geraten sie leicht in negative Gefühle, wenn sie sich nicht ganz angenommen fühlen. Sie reagieren daher schnell mit Rückzug oder geraten leicht in Wut und Empörung, wenn sie sich ablehnt fühlen. Sie wirken daher zuweilen unzuverlässig oder belasten ihre Beziehungen mit zuviel Nähe oder Distanz.

Menschen mit einer unsicheren Bindung zu ihren Eltern, sind sehr auf Beziehungen hin orientiert. Sie beobachten sich selbst sehr intensiv, ob sie liebenswert sind. Sie entdecken viele Mängel an sich selbst und sind auch sehr kritisch anderen gegenüber oder idealisieren diese unangemessen. Sie haben das Gefühl, dass andere für sie unerreichbar sind und geben sich selbst die Schuld dafür. Sie zeigen alle die typischen Symptome einer depressiven Persönlichkeitsstruktur (siehe Kapitel 4.6).

Menschen mit einer chaotischen Bindungserfahrung in ihrer Kindheit sind im Grunde unfähig, sich selbst und andere richtig einzuschätzen. Sie bekommen nicht richtig gespiegelt, wer sie sind und warum sie gemocht oder abgelehnt werden. Sie können nicht erkennen, was für Menschen ihre Eltern sind und was diese wollen. Sie suchen nach etwas, was berechenbar und vorhersehbar ist. Deshalb fühlen sie sich z.B. in der Natur relativ wohl. Im zwischenmenschlichen Kontakt, vor allem wenn er enger wird, geraten sie meist in ein Gefühlschaos zwischen übermäßiger Freude über die Zuwendung und panischen Ängsten vor Trennungen, Zurückweisungen und Bestrafungen. Sie sind selbst in ihren Verhaltensweisen für andere schwer einschätzbar.

**„Feinfühligkeit“.-** Der komplementäre Begriff zum Bindungsbedürfnis eines Kindes ist die Bindungsfähigkeit auf Seiten der Eltern. In der Bindungsforschung wird die Fähigkeit von Eltern und insbesondere von Müttern, eine sichere Bindung zum Kind herzustellen, als „Feinfühligkeit“ bezeichnet. Demnach ist eine feinfühligke Mutter nach Mary Ainsworth in der Lage,

- die kindlichen Signale mit großer Aufmerksamkeit und ohne Verzögerung wahrzunehmen,
- die Signale aus der Perspektive des Säuglings richtig zu deuten (z.B. bedeutet Weinen Hunger, Unwohlsein, Schmerzen oder Langeweile?),
- angemessen auf die kindlichen Signale zu reagieren und zwar
- innerhalb einer für das Kind tolerablen Frustrationszeit.

Eine mangelnde und nur wenig entwickelte Feinfühligkeit zeige sich darin, dass eine Mutter beim Kontakt mit dem Kind zu sehr mit ihren eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten beschäftigt sei und ihre eigenen Bedürfnisse in das Kind hinein projiziere. Dass sie also das Kind zu wenig oder zu viel stimuliere, es zu wenig oder zuviel füttere, es zu lange festhalte oder alleine lasse. Man nimmt an, dass diese Feinfühligkeit von Müttern trainiert und dadurch verbessert werden kann (Brisch, 1999, S. 41 ff.).

**Seelische Bindung entsteht und geschieht willensunabhängig.-** Meiner Ansicht nach leistet die Natur in hohem Maße Vorsorge dafür, dass eine seelische Bindung zwischen Mutter und Kind zustande kommt und zwar unbewusst, auch wenn Erfahrung und Lernen diesen Prozess



positiv unterstützen können. Beim zweiten Kind ist eine Mutter meist noch besser in der Lage zu verstehen, was das Kind ihr signalisiert.

Dennoch ist nach meiner durch therapeutische Erfahrungen gestützten Vermutung der seelische Bindungsvorgang in weiten Teilen vom bewussten Willen der beteiligten Personen unabhängig. Eine Mutter sucht instinktiv den emotionalen Kontakt zum Kind und das Kind sucht instinktiv den emotionalen Kontakt zu seiner Mutter.

**Strom von Gefühlen.-** Mutter und Kind leben dadurch in einem kontinuierlichen emotionalen Austauschprozess. Ein Strom von Gefühlen fließt zwischen beiden hin und her, wobei die Gefühle der Mutter sicher stärker und damit tonangebender sind. Sie bilden für das Kind die Grundlage seiner eigenen Gefühlswelt (Abbildung 1).

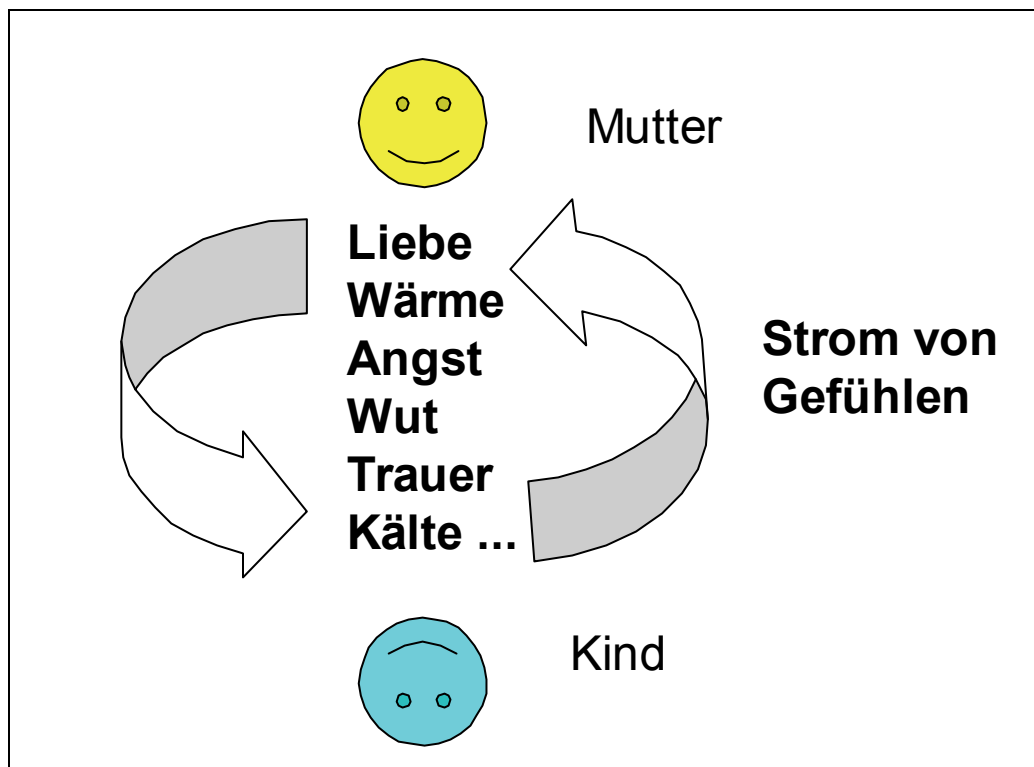


Abbildung 1: Das Kind im Gefühlsaustausch mit seiner Mutter

**Trauma und Bindungsunfähigkeit.-** Eine emotionale Bindung entsteht und entwickelt sich, wenn sie nicht durch massive Eingriffe von außen (z.B. Adoption) und/oder traumatische Ereignisse gestört und zerstört wird. Wenn eine Mutter traumatische Erfahrungen gemacht hat, so steht es in der Regel nicht in ihrer Macht, ihre Bindungsfähigkeit bewusst zu regulieren. Bei jedem Kontakt mit dem Kind, bei dem in ihr Gefühle aktiviert werden, kann es dazu kommen, dass sie diese Gefühle unterdrücken muss, um nicht wieder in einen Traumazustand zu geraten. Sie kann das Kind dann zwar körperlich bestens versorgen, ihm ihre Gefühle aber nicht zur Verfügung stellen. Wenn sie sich aufgrund ihrer Traumaerfahrung selbst emotional nicht mehr richtig spüren kann, so kann sie auch die Bedürfnisse des Kindes nicht mehr voll-

ständig und richtig erfassen. Statt gefühlsmäßig und intuitiv zu handeln, bemuttert sie das Kind „vom Kopf her“. Sie deutet sein Verhalten statt es „instinktiv“ zu verstehen.

### 4.3 Depressionen als Folge von traumatischen Bindungsverlusten

Bezogen auf die Frage nach dem Ursprung von Depressionen, die in einem späteren Lebensalter plötzlich ohne äußeren Anlass auftreten können, lautet die aus der Bindungstheorie und -forschung abgeleitete These: Depressivität findet ihren Anfang darin, dass ein Kind in einer frühen Entwicklungsphase keine Bindungssicherheit erlebt, zwischen Anklammern und Loslassen hin und her schwankt und eine altersgemäße Lösung aus der Bindung an die Mutter nicht gelingt, weil diese primäre Bindung nicht zu einem erfolgreichen Abschluss gekommen ist.

**Trennungstraumen.-** Der Bindungsprozess in der frühkindlichen Entwicklung wird dramatisch gestört, wenn die Mutter für das Kind verloren geht. Dies ist insbesondere der Fall durch

- den Tod der Mutter,
- die Weggabe des Kindes zur Adoption,
- eine Trennung von Mutter und Kind durch lange körperliche oder seelische Krankheiten der Mutter (z.B. Psychiatricaufenthalte der Mutter),
- eine gewaltsame Trennung von Mutter und Kind in Kriegssituationen,
- eine Trennung des Kindes von seiner Mutter durch eine Heimeinweisung (z.B. weil die Mutter alkoholabhängig ist).

Selbst unmittelbar nach der Geburt zur Adoption freigegebene Kinder erleben das Trauma der Trennung, das einen Bruch der seelischen Bindung an die Mutter darstellt, dem das Kind machtlos ausgeliefert ist (vgl. dazu meine Skriptum zur Adoption). Es kann nichts dagegen tun.

Für Kinder bis zu zwei Jahren können sogar kürzere Phasen der sog. Mutterentbehrung eine traumatische Qualität bekommen (z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt der Mutter). Es gibt sogar Hinweise darauf, dass eine sofortige Trennung des Kindes von der Mutter unmittelbar nach der Geburt für das Kind einen Schockzustand darstellen, der in seinem seelischen Gedächtnis gespeichert wird.

**Emotionale Folgen eines Bindungsverlustes.-** Es kommt nach einer Trennung eines Kindes von seiner Mutter zu einem emotionalen Prozess, bei dem das alleine gelassene Kind verschiedene Stadien durchläuft. Diese wurden von John Bowlby (1980) erstmals wissenschaftlich beschrieben.

- *Angst und Panik:* Das primäre Gefühle nach einer Trennung und dem Verlust seiner Bindung an die Mutter ist für das Kind Angst. Deshalb weint und schreit es in der Hoffnung, die Mutter durch dieses Schreien und Weinen wiederzubekommen. Es ist eine abgrundtiefe Angst, die einer Todesangst gleichkommt. Denkt man daran, dass in der Natur Jungtiere ohne den Schutz ihrer Mutter dem Untergang geweiht sind, wird verständlich, dass dieses Gefühl der Angst in einem ursprünglichen Gefühl der Existenzbedrohung wurzelt.
- *Zorn und Wut:* Die zweite Reaktion des Kindes auf eine Trennung ist der Protest gegen das Alleingelassenwerden. Zorn und Wut verleihen seiner Forderung nach dem Wiederkommen seiner Mutter den entsprechenden Nachdruck. Bei einem Trennungstrauma ist dieser Protest aber vergeblich und läuft sich nach einer gewissen Zeit tot.

- *Verzweiflung und Apathie*: In der dritten Phase ist das Kind von seinen Anstrengungen erschöpft, den Kontakt zu seiner Mutter wieder zu bekommen. Es jammert und wimmert nur noch leise, bis es sich schließlich in sich zurückzieht, um seinen Schmerz über die Trennung nicht mehr zu spüren. Es reagiert immer weniger auf seine Umwelt. In dieser Situation ist sogar die Gefahr, dass sein Lebenswillen erlischt groß. Das Kind befindet sich in einem Zustand höchster Depressivität.
- *Somatisierung*: Nach meinen Beobachtungen folgt auf die Stufe der emotionalen Verzweiflung und der Ohnmacht meist eine Verschiebung des seelischen Schmerzes ins Körperliche. Der seelische Schmerz wird gleichsam in den Körper weggedrückt. Das hat den Vorteil, dass er nicht mehr gespürt wird, aber zugleich den Nachteil, dass er sich als körperliche Verspannung, Verkrampfung und auf Dauer auch als chronische Erkrankung ausdrückt (z.B. Beklemmung in der Brust, Kopfschmerz) und dem bewussten Erleben nicht mehr zugänglich ist. Der betreffende Mensch sucht dann Hilfe beim Arzt, der ihm aber durch seine Behandlungsmaßnahmen die Verspannung nicht nehmen und höchstens kurzfristig lindern kann.

**Früher Verlust eines Elternteiles.**- Zu diesen Reaktionen kommt es auch, wenn ein Kind seine Eltern bis etwa zum 20. Lebensjahr verliert. Je älter das Kind allerdings ist, desto schwieriger ist es für das Kind, seinen Kummer offen zum Ausdruck zu bringen. Die Phase des offenen Weinens und Klagens fällt oft weg, besonders dann, wenn das Kind den Tod des Elternteiles nicht richtig begreifen kann (z.B. weil der Vater im Krieg gefallen ist). Zum Teil wird auch vom Kind erwartet, dass es die Fassung bewahrt, z.T. versucht das Kind selbst, sich vor den seelischen Schmerzen zu schützen, in dem es seine Trauergefühle wegdrückt. Auch mit Rücksicht auf den anderen Elternteil, der ja auch durch den Tod des Partners leidet, zeigt das Kind nach außen hin nur wenig von seinen seelischen Schmerzen.

Auf diese Weise bleibt das Trauma des Verlustes aber stecken und wesentliche Teile der kindlichen Seele werden abgespalten. Es kann zur Entstehung einer Traumainnenperson kommen (vgl. Ruppert, 2002, S. 151 ff.). Eine Patientin schilderte mir die Reaktion auf den plötzlichen Tod ihres Vaters als sie acht Jahre alt war, wie folgt: „Mein Vater hat mir die Natur gezeigt und ich hatte viel Freude mit ihm. An die vier Jahre nach seinem Tod kann ich mich nicht erinnern. Ich weiß auch nicht, ob und wie sehr ich getrauert habe. Ich glaube, ich habe mir dann eine Ritterrüstung angezogen, um mich davor zu schützen, dass ich nicht an diese schlimmen Gefühle denken muss. Ich meine, sonst muss ich auch sterben.“

Um den Kontakt mit den Traumagefühlen zu vermeiden, werden alle Gefühle auf Sparflamme gesetzt, die positiven wie die negativen. Anstelle der Gefühle tritt dann ein kontrollierender Verstand, der Prinzipien aufstellt, um unbeschadet durch das Leben zu kommen. Das Leben wird damit aber zur Anstrengung und Last. Ihm fehlt die Lust. Der Verlust eines Elternteiles wird zum Ver-Lust im Leben.

**Depression auf Seiten der Mutter.**- Auch Mütter, die ein Kind verlieren, sei es durch eine Fehlgeburt, durch eine Abtreibung, durch Unfall, Krankheit oder weil sie selbst nicht in der Lage sind, das Kind groß zu ziehen, geraten durch den Bindungsverlust in einen Zustand der Depressivität. Die bedeutet, dass sie nicht nur ihre Gefühle in Bezug auf dieses Kind in sich zurückziehen müssen. Sie haben dann auch allgemein Schwierigkeiten, ihren Gefühlen wieder freien Lauf zu lassen. Gefühle berühren stets auch das Trennungstrauma.

#### 4.4 Bindungsunfähigkeit in Folge eines Traumas

**Angst vor Traumagefühlen.-** Menschen, die ein Trauma erleiden mussten, können dies oft nur bewältigen, wenn sie emotional weniger ansprechbar sind. D.h. sie reduzieren ihr emotionales Empfinden, um nicht wieder von den schmerzvollen Gefühlen der Traumasituation überschwemmt zu werden, von Panik, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Sie entwickeln eine Scheu vor Gefühlen und unterdrücken ihren Ausdruck. Dieser seelische Selbstschutzmechanismus ist für sich genommen ein depressiver Prozess.

Diese emotionale Zurückhaltung bzw. dieses in großen Teilen Abgeschnittensein von den eigenen Gefühlen wirkt sich insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehung als hinderlich aus. Es können zwar Beziehung mit anderen Menschen gestaltet werden, emotionale Bindung kommen auf diesem Wege aber nur schwer zustande. Dies würde bedeuten, dass sich der Mensch mit seiner Traumaerfahrung wieder öffnet. Dadurch läuft er aber Gefahr, wieder in seine Traumagefühle zu kommen. Meist zieht er sich daher emotional schnell wieder zurück.

Diese Bindungsunfähigkeit hat sowohl für die Mutter-Kind-Bindung wie für die Mann-Frau-Bindung erhebliche Konsequenzen.

**Mütter im emotionalen Rückzug.-** Mütter, die selbst Traumaerlebnisse erlitten haben (z.B. weil einer ihrer Eltern früh gestorben ist oder weil sie als Kind sexuell missbraucht wurden), haben erhebliche Schwierigkeiten, eine emotionale Bindung an ihr Kind zuzulassen. Sie sind oft äußerlich sehr besorgt um ihr Kind, pflegen und versorgen es gut, können aber den emotionalen Kontakt nur schwer ertragen. Oft wehren sie durch ihre äußere Geschäftigkeit die Möglichkeit ab, zur Ruhe und damit wieder näher an ihre Gefühle zu kommen.

Für das Kind wird der Versuch, sich emotional an die Mutter zu binden, zu einer erheblichen Anstrengung. Die Suche nach Gefühlen bei seiner Mutter wird zu einem seelischen Kraftakt. Dort, wo normalerweise die mütterlichen Gefühle zu finden sind, herrscht Leere.

In Aufstellungen zeigt sich dieser abwehrende Prozess seitens der Mutter oft so: Das Kind will auf seine Mutter zugehen, je näher es dieser aber kommt, desto mehr verschließt diese ihre Augen und weicht aus.

Dringt das Kind tiefer in diese Leere der mütterlichen Seele ein, droht es einerseits selbst von den abgespaltenen Traumagefühlen der Mutter überschwemmt zu werden. Andererseits findet es dort aber auch die gesuchten positiven Gefühle, welche die Mutter z.B. zu ihrer eigenen früh verstorbenen Mutter hatte. Auf diesem Weg findet ein unbewusster Identifikationsversuch des Kindes z.B. mit einem früh verstorbenen Großeltern teil statt.

**Zuflucht beim Vater.-** Ein Kind, das die Seele seiner Mutter nicht erreicht, nimmt meist Zuflucht bei der Seele seines Vaters, wenn diese erreichbar ist. Wurde der Vater von Traumaerfahrungen in seinem Leben verschont, kann dies für das Kind ein wesentlicher Rettungsanker gegen die Entwicklung einer Depression werden. Da aber häufig sich Paare aufgrund ähnlicher Traumaschicksale sich finden, läuft das Kind auch beim Vater Gefahr, an seiner Seele abzugleiten und keine emotionalen Halt zu finden. Ebenso besteht das Risiko, dass es sich in den Traumaprozess des Vaters hineinverstrickt und es beim ihm zu Identifikationsversuchen mit dessen abgespaltenen Gefühlen kommt.

Jüngere Kinder haben oft noch die Chance, bei ihren älteren Geschwistern einen seelischen Halt zu bekommen. Aber auch dies ist unter dem Vorzeichen, dass ja auch die älteren Geschwister unter der emotionalen Zurückgezogenheit ihrer Eltern leiden, keine Garantie für einen tragfähigen seelischen Rückhalt.

## 4.5 Verstrickungen eines Kindes mit seinen Eltern

**Identifikation des Kindes mit früheren Partnern der Eltern.-** Ein in Familienaufstellungen häufiger zu erkennender Vorgang ist die Identifizierung des ältesten Kindes mit einem früheren Partner der Mutter oder des Vaters. D.h. einer der Eltern, manchmal auch beide, haben sich noch nicht aus einer früher bestehenden Bindung an einen anderen Mann bzw. an eine andere Frau gelöst. Der Verlust des Partners kann durch eine Trennung (z.B. Auflösung einer Verlobung) oder auch durch Tod (z.B. bei einem Verkehrsunfall) geschehen sein.

Das Thema frühere Partner und eine fortbestehende, nicht aufgelöste emotionale Bindungen an diese Expartner ist in ehelichen Beziehungen in der Regel hoch tabuisiert. Der als schmerzlich und oft auch als traumatisch erlebte Verlust des früheren Partners wird seelisch abgespalten, verdrängt und die damit verbundenen Gefühle führen daher ein unkontrolliertes Eigenleben.

Das erste Kind repräsentiert dann diese alte Liebe, weil in dieser Bindung die größte Gefühlsintensität für es zu finden ist. Es entwickelt sich in einer zu großen seelischen Nähe zum identifizierenden Elternteil und in einer zu großen Distanz zum anderen. Es kann nicht als Kind an seinem Platz sein. Es erspürt unbewusst den Auftrag, den als trauernd erlebten Vater oder die Mutter zu trösten und über Gebühr mit Liebe zu versorgen, ihn bzw. sie für die nichtgelebte alte Liebe zu entschädigen. Solche Kinder denken sich tief in die unerfüllten Sehnsüchte und Bedürfnisse ihres Vaters oder ihrer Mutter hinein und versuchen ihn bzw. sie glücklich zu machen. Sie spüren auch, dass ihre Eltern nicht zusammenkommen und nebeneinander her leben. Das macht sie zusätzlich sehr unglücklich.

Daraus entstehen Muttersöhne oder Vaternöchter, die sich auch als Erwachsene seelisch kaum von ihrem jeweiligen "Partner", d.h. ihrer Mutter oder ihrem Vater, lösen können. Sie fühlen sich in dieser Bindung wie gefangen. Und weil sie sich nicht lösen können, entwickeln sie allmählich auch Wut und Hass auf ihre Mutter oder ihren Vater.

"Meine Aufgabe als Sohn war es, meine Mutter zu retten. Sie hatte mir das aufgebürdet. *Wir beide* waren in die Falle geraten, aus der sie uns nicht befreien konnte. Dabei war sie noch die Einzige. Die Frau, der ich mein Leben verdanke, auf die ich total angewiesen war. Die erste in meinem Leben. Ich werde offen über meine Mutter sprechen. Ich will sie nicht anklagen. Mir wird heute manchmal schwindlig, wenn ich mir ihre Not vorstelle, ihre Schmerzen, ihre grenzenlose Einsamkeit, ihren qualvollen Tod. Diese Vorstellungen bedrängen und beunruhigen mich. Dann denke ich, wie selten sie glücklich war. ... Ihrer Distanzlosigkeit wegen war ich meist zu dicht an meiner Mutter dran. Ich versteife mich nicht, wie Hesse, darauf, dass meine Mutter mich von allen am besten verstanden hat. ... Dazu sehe ich ihre erbärmliche Abhängigkeit von meinem Vater, ihre melancholische Lebensbewältigung und ihre permanente Feindseligkeitserwartung zu deutlich. Darin, dass sie mich von allen am meisten verwöhnt hat, liegt wenig Güte." (Wieck, 1992, S. 16)

Das Kind, das seelisch zu sehr mit einem gegengeschlechtlichen Elternteil verwoben ist, kann weder richtig Kind noch Partner sein. Es ist in seiner Geschlechtlichkeit früh herausgefordert und muss sie zugleich leugnen. Der Junge entwickelt dadurch eher feminine, das Mädchen eher maskuline innere Haltungen. Die Chance durch die Anlehnung an den gleichgeschlechtlichen Elternteil die eigene Geschlechtsrolle zu festigen, kann nicht genutzt werden. Der gleichgeschlechtliche Elternteil wird im Gegenteil sogar massiv abgewertet. Mit früheren Partnern der Eltern identifizierte Kinder sind offen oder verdeckt anklagend und anmaßend: "Mein Vater war kein Patriarch und dennoch ein für die patriarchalische Kultur typischer Mann, ein kraftloser Geselle, der auch mit uns Kindern nicht fürsorglich umging. Mit meiner Schwester war er wohl geduldiger, während ich seiner Zuneigung nie sicher war. Er lernte nichts hinzu, was über seine technisch-kulturlose Ingenieurwelt hinausging. In die-

ser nüchternen Büroatmosphäre wurde nicht gesprochen, weil Dinge und Maschinen die eigentlichen Partner waren. ... Klar, dass die unemanzipierte Frau eines derart reduzierten Mannes in vieler Hinsicht unbefriedigt war." (Wieck, 1992, S. 23)

Der kleine Junge phantasiert sich selbst in die Rolle des eigentlich besseren Mannes seiner Mutter hinein, der besser als der Vater weiß, wodurch die Mutter befriedigt werden kann. Das Mitgefühl mit der Mutter wird zwar als tiefe Liebe gefühlt, muss sich aber vor sexuellen Wünschen und Phantasien in acht nehmen. Liebe wird daher als "reiner" Zustand phantasiert, als eine Art Symbiose und innige Verschmelzung ohne sich körperlich als Mann und Frau nahe zu kommen.

**Identifizierung eines Kindes.-** Bei der "Identifikation" wird die psychische Aktivität des Kindes betont. Es versucht eine seelische Bindung zu seinen Eltern aufzubauen, indem es seelisch gleichsam die Stelle desjenigen einnimmt, zu dem der Vater oder die Mutter positive und warme Gefühle zulassen kann.

Demgegenüber bringt der Begriff "Identifizierung" zum Ausdruck, dass das Kind eher das empfangende Medium eines psychischen Prozesses in einem Familiensystem ist und die Eltern unbewusst eine andere Person in es hinein projizieren. Hellinger (1994) beschreibt diesen Vorgang beispielhaft wie folgt: *"Seine Mutter suchte unbewusst jemanden, der ihren Bruder, den sie in ihrem Ursprungssystem aufgegeben hatte, für sie im Gegenwartssystem repräsentierte. Daher übernahm der älteste Sohn für sie die Rolle des Bruders, aber ohne dass es er oder seine Mutter oder sonst jemand merkte."* (S. 40)

Die Hauptquellen für unbewusste Identifikations- und Identifizierungsprozesse sind früh verstorbene Eltern oder Geschwister der Eltern und frühere Partner eines Elternteiles, zu denen dieser eine intensive emotionale Bindung hatte.

**Parentifizierung.-** Unter Parentifizierung versteht man den unbewussten psychischen Prozess, dass Kinder für ihre Eltern die Elternrolle einnehmen. Richter (1991) hat dafür den Begriff "das Kind als Substitut für eine Elternfigur" gewählt: *"Es ist demnach eine geläufige Erfahrung in der kinderpsychiatrischen Praxis, dass Mutter oder Vater auf das Kind Erwartungen und Gefühle richten, mit denen sie eigentlich ihre Eltern "meinen", weil sie aus ihrem inneren Konfliktdruck heraus nicht darauf verzichten können, für ihre aus der eigenen Kindheit her unbewältigten Liebesansprüche oder Aggressionen einen geeigneten Ersatzpartner zu finden. Es treibt sie unbewusst dazu, an dem Kind die Züge des eigentlichen Konfliktpartners (nämlich eines der Großeltern) wiederzuentdecken."* (S. 90)

Diese Parentifizierung findet vor allem dann statt, wenn die Mutter des Kindes entweder ihre eigene Mutter früh verloren hat oder selbst keinen emotionalen Halt an ihrer Mutter gefunden hat. Kurzum, wenn die Mutter sehr starke depressive Züge aufweist. Das Kind spürt die Schwäche und Haltlosigkeit seiner Mutter und versucht sie zu stützen.

Das Kind wird dadurch wie bei der Identifizierung mit einem früheren Partner eines Elternteils in eine völlig unangemessene Rolle gebracht. Es soll erwachsener sein als seine Eltern. Es kann die Wiedergutmachung im Verhältnis Großeltern-Eltern aber nicht leisten. Der Vater oder die Mutter sind prinzipiell unzufrieden mit dem Kind (z.B. 'Ich erwarte immer, dass die Kleine mich mal umarmt. Immer muss ich erst anfangen!') und leben unbewusst den alten ungelösten Konflikt mit den eigenen Eltern weiter. So wird das Kind emotional beständig überfordert.

**Schuldgefühle.-** Gelingt es einem Kind nicht, sich gegen eine solche Umklammerung und Überforderung durch seine Eltern abzuschirmen, droht es sich, zwar unter Protest und Fluchtgedanken, aber ohne Aussicht auf einen Ausweg, immer mehr in Schuldgefühle zu

verstricken. "Angst vor Nähe hatte ich, weil in Mutters Zuwendung Unfreiheit war, der Zwang zur Treue, das Gesetz, zu anderen Distanz zu halten. Zu dieser Gewalt gehörte das permanente Duell mit Vorwürfen, die zu wechselseitigen Schuldgefühlen und zum Gegenteil von Freilassen führten." (Wieck, 1992, S. 29)

Das parentifizierte oder mit früheren Partnern identifizierte Kind lernt in diesem Prozess: Ich bin schlecht, weil ich meine Mutter nicht so liebe, wie ich sollte. Alles, was das Gefühl der Liebe zu den Eltern und damit die innige Verbindung verletzt, verursacht Kindern Schuldgefühle. Wenn es den Eltern schlecht geht, geht es Kindern ebenfalls schlecht. Doch wegen der Schuldgefühle bedeutet dies noch mehr: Solche überforderten Kinder *müssen* sich selbst schlecht fühlen, weil es ihnen nicht gut gehen darf, wenn es den Eltern schlecht geht.

Diesen Schuldgefühlen liegt auch ein Gewissen zugrunde, das sich meldet, sobald der Ausgleich von Geben und Nehmen nicht gewährleistet ist. Für das Kind sind die Eltern primär die Gebenden, es selbst das Empfangende, es muss also etwas für den Ausgleich tun. *"Bleibt das Kind wegen seiner eigenen Weichheit, wegen der Intensität der mütterlichen Einwirkung oder infolge Mangels an anderen erreichbaren Bezugspersonen wehrlos dem unerfüllbaren Rollenanspruch der Mutter ausgeliefert, so können sich, wie bei den drei Kindern unserer Untersuchungsgruppe, depressive Schuldgefühle einstellen: Das Kind entwickelt aus der Erfahrung, die mütterlichen Erwartungen fortgesetzt zu enttäuschen, massive Selbstvorwürfe. Die stehende Redewendung solcher Mütter: 'Du hast mich nicht lieb, das macht mich ganz unglücklich!' setzt sich in dem Kind auf dem Wege der Introjektion als drückende Selbstanklage fest."* (Richter, a.a.O., S. 108)

Die Aufgabe der Eltern ist es also, ihre Kinder von diesen Schuldgefühlen zu entlasten, ihnen eine Abgrenzungschance zu geben. Die Individuation wird dem Kind umso eher ermöglicht, je mehr sich die Eltern als Personen mit eigenen Interessen und einer eigenen Intimsphäre gegenüber dem Kind abgrenzen.

So müssen die Eltern ihre Partnerschaftskonflikte unter sich ausmachen und dürfen ihre Kinder nicht in diese hineinziehen, sie etwa zum Verbündeten gegen den Partner machen oder in eine Schiedsrichterposition bringen. Gelingt ihnen dies durch ihr Verhalten und ihre Erziehungsmaßnahmen nicht, treiben sie das Kind immer weiter in Schuldgefühle hinein. Es wird für etwas verantwortlich gemacht - das "Glück" der Eltern als Mann und Frau -, was es gar nicht verantworten kann.

**Versagensgefühle.**- Wie Friedman (1986) vermutet, laufen Kinder aufgrund mehrerer Erziehungspraktiken und familiärer Interaktionsmuster Gefahr, eine depressive Haltung zu entwickeln:

- Liebesentzug, Drohung mit Trennung, Verlassen oder Selbstmord: *"Solche Drohungen können eine Disposition zur Depression bei später tatsächlichen Trennungen oder Verlust schaffen, da das Elternteil dem Kind bei Androhung einer Trennungsmöglichkeit vermittelt hatte, "böse" zu sein. Mit einer Trennung ist demnach das Gefühl verbunden, "böse" zu sein."* (a.a.O., S. 254)
- häufige körperliche Bestrafung, die als unverdient und übermäßig erlebt wird und gegen die das Kind nicht rebelliert: *"Ohne Rebellion gegen häufig als unfair und unverdient empfundene Bestrafung entwickelt sich möglicherweise eine masochistische Haltung aus Werten und Erwartungen, von jedem, den der Betreffende liebt, bestraft zu werden. Dies geht oft soweit, Bestrafung sogar als Liebesbeweis zu betrachten. Traurigkeit und Ärger werden unterdrückt, und die Zuneigung wird durch die offensichtlich schlechte Behandlung noch stärker, weil sie als Zeichen von Fürsorge gewertet wird. Solche Menschen können schlechte Behandlung bei ihrem Partner oft geschickt provozieren, weil das Gefühl intimer Zusammengehörigkeit dadurch bestätigt und der Partner durch Schuldgefüh-*

le an die Beziehung gebunden wird. Moralisch gibt es dem masochistischen Partner zusätzlich die Oberhand. Hierin liegt die Grundlage für depressive Entwicklung, da die Einstellung einer Person, nicht viel wert zu sein, durch fortgesetztes Akzeptieren der Bestrafung bestätigt und verstärkt wird." (a.a.O., S. 253 f.)

- Überschätzung der Leistungsfähigkeiten des Kindes: "Wenn eine Familie einem Kind die Erwartung vermittelt, es könne alles erreichen, was es sich in den Kopf gesetzt hat, kann dies durch verschärften Leistungsdruck zur späteren Depression beitragen." (a.a.O., S. 262)

**Zweifel am Selbstwert.-** Schuldgefühle und Drohungen mit Liebesentzug stellen nicht ein bestimmtes Verhalten, sondern die ganze Person in Frage. Um einen Menschen von seinen Schuldgefühlen zu entlasten, muss seine gesamte Person neu akzeptiert und angenommen, das Gefühl der Liebe wieder hergestellt werden. Wird daher ein Kind nicht von seinen Schuldgefühlen entlastet - z.B. durch angemessene Bestrafungen, wenn es Grenzen überschritten hat; indem nur solche Leistungen von ihm erwartet werden, die seinen momentanen Fähigkeiten entsprechen - so gerät es immer mehr in Zweifel über sich selbst. Es zweifelt dann an seinem Selbstwert: 'Was ich auch mache, es reicht nie. Ich kann meine Mutter/meinen Vater nicht genug lieben!' Das Kind glaubt, es den Eltern nie gut genug machen zu können. Ein Kennzeichen von Verstrickungen ist, dass sie zu maßlosen und prinzipiellen Haltungen und Einstellungen führen.

**Das Ringen um Anerkennung.-** Weil kein wirklicher emotionaler Austausch zwischen dem Kind und seinen Eltern zustande kommt, wird das Streben nach einer liebenden Verbindung des Kindes zu den Eltern durch sein Bemühen um deren Anerkennung ersetzt. "Die Leistung selbst ist ihnen nicht genug, was wirklich zählt, ist nur, wie andere darüber denken und darauf reagieren. Depressive können sich nicht selbst belohnen, können sich zu ihren eigenen Leistungen nicht bekennen und darüber freuen und können ihr narzißtisches Gleichgewicht nicht regulieren. Stattdessen brauchen sie noch immer - wie kleine Kinder - die Rückmeldung anderer zur Erhaltung ihres Selbstwertgefühls. Wenn sie die Reaktionen, die sie brauchen, nicht bekommen, wenn z.B. der andere einfach abgelenkt ist, fühlen sie sich persönlich abgelehnt und sind völlig zerstört." (Slipp, 1986, S. 289)

Das Kind versucht, durch eigene Opfer die Liebe der Eltern gleichsam zu erzwingen. Neue negative Gefühle kommen dabei hinzu: Neid und Hass auf jene, die Anerkennung bekommen. Die erhaltene Anerkennung entlastet daher nicht von Schuldgefühlen, sie steigert sie eher noch, weil sie auch häufig durch das Vorspiegeln falscher Tatsachen erschlichen wird. Das schlechte Gewissen über Lügen und Heuchelei stellt sich als dauernder Begleiter des Strebens nach Anerkennung ein.

Friedman (a.a.O.) hat diesen Ersatz von familiärer Intimität und Wärme durch das Ringen um Anerkennung der Kinder bei ihren Eltern v.a. in solchen Familien beobachtet, die größten Wert auf ihre soziale Reputation und ihr gesellschaftliches Prestige legten. Dort pochten die Eltern in erster Linie auf konformes Verhalten, auf das, 'was sich gehört': "Diese Kinder werden extrem sensibel für Neid und Konkurrenzdenken. Sie spüren es bei anderen und reagieren verstört, wenn es gegen sie gerichtet ist. Selbstunterschätzung und das Verbergen eigener Fähigkeiten werden für sie zu einem unbewussten Schutz vor Neid. Aus dem gleichen Grund und auch, um Anerkennung zu bekommen, wollen sie außergewöhnlich hilfsbereit zu Familienmitgliedern sein (aufdringliche Fürsorglichkeit). Im Gegenzug erwarten sie unbewusst, von anderen vollkommen akzeptiert und überall bevorzugt zu werden. Wenn diese Hoffnungen enttäuscht werden, werten sie sich selbst ab und der Prozess geht immer so wei-



*ter. Die größte Furcht des Depressiven besteht darin, von der Autoritätsperson, deren Anerkennung er so sehr sucht, verlassen zu werden." (a.a.O., S. 256)*

Solche Familien, denen die liebende Verbindung zum Erhalt ihrer Gemeinschaft abhanden gekommen ist, bzw. in denen die notwendige Paarbindung keine ausreichende Grundlage für Elternschaft darstellt, haben dann zu tun, die sich notwendig immer stärker einstellenden negativen Gefühlsäußerungen zu unterdrücken: "In unserer Familie kritisieren wir einander nicht!"

**Trotz und Wut.-** Zum Repertoire der Gefühle und Verhaltensweisen, die Depressionen kennzeichnen, gehört der Trotz. Im Trotz zieht sich die Seele des Kindes zurück und verweigert sich dem Kontakt. Durch die trotzig Haltung schädigt sich das Kind aber meist selbst. Es nimmt nichts mehr an: keine Nahrung, kein Kontaktangebot, keine Hilfestellung. Durch seinen Trotz will es signalisieren, dass es ihm schlecht geht und dass dies endlich jemand bemerken soll. Trotz ist Ausdruck von Überforderung und Hilflosigkeit, passiver Widerstand auf eigene Kosten: Jetzt habt ihr es davon, wenn es mir schlecht geht! Das einzige Machtmittel, das ein Kind noch zu haben glaubt, ist die Selbstschädigung und deren Demonstration.

Ebenso sind die Wutgefühle des depressiven Kindes nicht geeignet, seine emotionale Situation zu verbessern. Seine Wutgefühle steigern nur seine Verzweiflung und richten sich am Ende gegen sich selbst: Ich schaffe es nicht. Ich bin dumm, unfähig, ein Versager ...

Kinder laden sich das Leid ihrer Eltern auf ihre Seele. Weil sie allmählich instinktiv spüren, dass Gefühle ihre Eltern in Not bringen, wählen die eigene Depressivität als Anpassungsstrategie, um ihre Eltern nicht mit Gefühlen zu konfrontieren. Sie getrauen sich nicht glücklich und lebendig zu sein, weil das die traumatisierten Eltern in ihren Schmerz stürzt. Sie haben Angst, mit ihrer Wut die Eltern noch unglücklicher zu machen.

**Generationsübergreifende Depressivität.-** Erleidet die Großmutter ein Verlusttrauma (z.B. den frühen Tod ihrer Mutter), wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch deren Tochter in eine depressive seelische Entwicklung mit ihr verstrickt. Hat diese Tochter wiederum eigene Kinder, so werden auch diese auf emotionale Schranken in der Seele ihre Mutter stoßen und dementsprechend ohnmächtig darunter leiden. Das Verlusttrauma zieht seine Spur also durch viele Generationen. Dies bedeutet für das Verständnis von Depressionen auch: die Wurzeln depressiven Erlebens und Verhaltens muss oft weiter zurückverfolgt werden. Dann kommt man vom scheinbar unmotivierten Symptom zu seinem realen Ursprung.

#### **4.6 Die Übertragung kindlicher Bindungserfahrungen in Partnerbeziehungen**

**Das Kindheits-Ich in Partnerschaften.-** Körperliche, geistige und soziale Entwicklungen können sich bei Menschen mit problematischen Bindungserfahrungen mit ihren Eltern von der seelischen Reifung abkoppeln. Weil die seelische Entwicklung durch Traumatisierungen schwer gestört ist, machen sich diese Defizite in späteren Beziehungserfahrungen ebenfalls als störend bemerkbar. In Beziehungen rutscht der Erwachsene gleichsam in sein kindliches Ich zurück und denkt, fühlt und handelt wie ein Kind. Der Partner wird zur Mutter oder zum Vater, wird einerseits bewundert und idealisiert, andererseits aber immer wieder genauso frustrierend erlebt wie die Eltern. Es wiederholt sich das Muster der alten Verstrickung: der andere ist unerreichbar und man ist im Leid an ihn gebunden.

**Immerwährende Suche nach Liebe.-** Für depressive Menschen spielen ihre Partnerschaften in der Regel eine sehr wichtige Rolle (vgl. das Fallbeispiel Anne). Sie erscheinen als Menschen, denen nichts wichtiger ist, als "wahre" Liebe: *"Liebe, Liebenwollen- und Geliebtwerdenwollen ist dem depressiven Menschen das Wichtigste im Leben."* (Riemann, 1992, S. 66)

Was jedoch auffällt: Sie werden weder mit noch ohne einen Partner "richtig glücklich". Sie quälen sich in ihren Beziehungen, sie versinken nach Trennungen ins scheinbar Uferlose. Ihre Liebe erscheint ihnen nie genug, sondern führt sie nur in Verstrickungen. Ihre Erfahrungen der Enttäuschungen in Partnerschaften führt sie aber nicht zu einer Aufhebung von Täuschungen, sondern zum Versuch, das praktische Leben einer Partnerschaft durch den Himmel der Ideale zu ersetzen.

Depressive Menschen können sich an ihre Partner nicht binden, weil sie sich aus dem vergeblichen Bemühen um die Bindung an einen ihrer Elternteile nicht lösen können. Das Verlassen dieses Elternteils und die Hinwendung an einen Partner erzeugt wieder Schuldgefühle, besonders dann, wenn es von dem Vater oder der Mutter auch noch verstärkt wird: *"Als ich mich mit meiner ersten Frau verlobte, brach meine Mutter in Tränen aus und war kaum zu beruhigen. Nicht nur die unrealistisch, aber hartnäckig verfochtene Fiktion von der richtigen Partnerin, auch die unnachsichtige Bedingung der vollkommenen Liebe machte Mutters Misstrauensbekundungen zu einem Alptraum. ... Darum litt ich unter Mutters bohrenden Fragen. Sie trafen mich an einer sehr schwachen Stelle. ... Jedes Mal fühlte ich mich ertappt und gescheitert. Und ich regte mich auf."* (Wieck, 1992, S. 28)

Der Auszug aus dem Elternhaus verläuft häufig als Drama und Flucht. Entstehende Partnerschaften beginnen unter einem ungünstigen Vorzeichen. Die Gefühle zu einem Partner können nicht klar von den Gefühlen zum Elternteil getrennt werden: *"Dagegen muss ich Irmgard (seine Frau/Anm. F.R.) unberechenbar und labil erschienen sein. ... Nie fragte ich sie, ob sie sich von mir geliebt fühlt. Ich nörgelte, unterminierte und belästigte ihre Gefühle nur. Mein Misstrauen stammte aus Mutters Alpträumen, nicht aus unserer Lebenswirklichkeit. Nähe zur Mutter hatte Entfremdung zu allen anderen Personen bedeutet. So hatte ich gelernt, Nähe zu fürchten, Nachbarschaft zu vermeiden. Tuchfühlung bedeutete Distanzlosigkeit, Verbannung in Muttergefühle. Berührungen führten zur Übertragung in Mutters Trauer und Depression."* (Wieck, 1992, S. 29)

**Grenzenlose Liebesbereitschaft.-** Die Liebesbereitschaft depressiver Menschen scheint grenzenlos. Dabei steht nach Riemann in der Praxis ihrer Liebe mehr das Zeigen von Zuneigung und Zärtlichkeit im Vordergrund, weniger die Sexualität. Sie können sich in einen beziehungsreifen Partner sehr gut hineinfühlen, seine Ansichten weitgehend übernehmen, ihm sämtliche Wünsche von den Augen ablesen, mit ihm gleichsam in symbiotischer Eintracht leben, ohne darin einen Mangel an eigener Handlungsfreiheit zu empfinden. Diese Form der grenzenlosen Liebe als Garant der Beziehung wird zum Sinn des eigenen Daseins erhoben. Ihre Liebe erscheint wie ein beständiger Versuch, die Trennung zwischen Ich und Du soweit wie möglich aufzuheben.

Grenzenlose Liebesbereitschaft ist unter dem Blickwinkel des Ausgleichs von Geben und Nehmen in Beziehungen eine Zumutung für den Partner: Der Depressive will immer nur geben und selbst dafür nichts oder nur so wenig wie möglich nehmen. Indem er selbst nichts annimmt, versagt dem anderen den Ausgleich und erhält sich selbst den Anspruch, als der eigentlich Gute in der Beziehung dazustehen. Nicht zu nehmen, bedeutet im Grunde auch: sich nicht auf die Beziehung einlassen. Die Partner depressiver Menschen haben daher häufig das Gefühl, diesen nicht erreichen zu können.

**Idealisierung von Partnern.-** Ein Partner wird von einem depressiven Menschen schnell überbewertet und idealisiert, seine Schwächen werden verharmlost, die Augen vor seinen Fehlern bewusst verschlossen, um Konflikten und Spannungen aus dem Weg zu gehen und die äußerliche Beziehung damit nicht zu gefährden. Gegensätze zu harmonisieren gehört zu den gut geübten Fertigkeiten depressiver Menschen.

**Gutmütigkeit und Verzichtsbereitschaft.-** Wegen der Angst, den Partner nie genug zu lieben, stellen sich auch hier Schuldgefühle ein, die durch Opfer gesühnt werden sollen. Die Liebe zum Partner wird a priori zu einem Verzichtsprogramm.

Eine dazu passende Haltung ist der Gestus der Kindlichkeit und Naivität, ein fester Glaube an das Gute im Menschen und die Absicht, selbst prinzipiell gut sein zu wollen, d.h. für sich selbst kaum etwas zu fordern, bescheiden, verzichtsbereit, friedfertig, selbstlos, voller Mitgefühl und Mitleid zu sein; Schuldgefühle entstehen bereits, wenn man Unlust empfindet, die vielen Verzichtsansprüche an die eigene Person zu erfüllen. Beispiele der Überanpassung und Unterordnung können bis zur Selbstaufgabe praktiziert werden, im Extrem masochistisch-hörige Verhaltensweisen können die Folge sein.

**Passivität und Dienstbarkeit.-** Depressive Männer haben große Angst, von einer Frau zurückgewiesen zu werden. Sie trauen sich von einer Frau kaum etwas zu fordern und wirken auf Frauen daher eher neutral.

Da die traditionelle Frauenrolle sich mit dieser Passivität verträgt, fällt Depressivität bei Frauen weniger auf als bei Männern. Depressive Frauen sprechen viel von (gescheiterter) Liebe und sind sexuell eher passiv und genügsam.

Die Beziehung zu einem depressiven Menschen erscheint anfangs sehr bequem: Der Partner erfährt darin die Widerspiegelung seines Idealselbst, die Beziehung lockt anfänglich als eine schier unerschöpfliche Quelle narzißtischer Befriedigungen. Andererseits besteht aber auch die Gefahr der Langeweile, es gibt z.B. keine Herausforderung durch den Partner zur persönlichen Weiterentwicklung, da dieser sich vor allem als "dienstbarer Geist" verhält.

**Brauchen statt lieben.-** Die Beziehung eines depressiven Menschen zu einem Partner kann sich nur wenig entwickeln und reifen. Sie bleibt in ihrem Anfangsstadium stecken. Der Depressive braucht den anderen mehr als dass er ihn liebt. Den anderen Menschen zu "brauchen" zerstört als Anspruchshaltung das Gleichgewicht in der Beziehung. Es ist der Versuch, dem anderen die Verantwortung für das eigene Glück aufzulasten, es nimmt diesen die Freiheit seiner Entscheidung. *"Ich brauche dich, weil ich dich liebe und ich liebe dich, weil ich dich brauche."* (Erich Fromm)

Wer auf diese Weise Halt bei einem Partner sucht, begibt sich in große Abhängigkeit von diesem und dessen Lebenszielen. Weil der Depressive durch sein Verhalten die Beziehung wenig positiv fördert, nährt er bei seinem Partner Trennungswünsche. Er lebt beständig mit der Angst vor einer Trennung. *"Der depressive Mensch ist dieser Angst besonders ausgesetzt. Bei ihm kann schon ein sich von anderen Unterscheiden, ein anderes Denken oder Fühlen Verlustangst konstellieren, weil er es als Entfernung und Entfremdung erlebt. Deshalb versucht er, alles ihn von anderen Unterscheidende aufzugeben."* (Riemann, 1992, S. 61)

Da jede wahrgenommene Distanzierung des Partners zu Trennungs- und Verlustängsten führt, kann der depressiv eingestellte Mensch sich nicht vorstellen, dass sein Partner nicht das gleiche Bedürfnis nach Nähe bzw. eine ebenso große Angst vor Distanz hat wie er. Er deutet dessen geäußerte oder auch nur vermuteten Bedürfnisse nach Distanzierung daher als Zeichen seiner mangelnden Zuneigung und Suche nach einer neuen Beziehung. Die Suche

nach Strategien, die Beziehung gegen solche (vermeintliche) Auflösungstendenzen abzusichern, liegt daher nahe. Paradoxerweise sind es aber gerade die stets spürbare Angst vor dem Verlust des Anderen und die damit verbundenen Strategien der Absicherung der Beziehung, die einem Partner Anlass geben, sich aus der dieser Umklammerung zu lösen.

**Klammern.-** Mit Rücksicht auf die Trennungsängste wird dem Partner abverlangt, seine Eigenständigkeit einzuschränken und auf manches zu verzichten. Bei Konflikten, die dann nicht ausbleiben, kommt es beim Depressiven zu einem Klammern an den Partner: Du darfst mich nicht verlassen! Dies verstärkt jedoch die Krise: Je mehr der eine klammert, desto stärker erlebt der andere seine Eigenständigkeit bedroht, desto größer wird sein Bedürfnis nach Distanz, desto heftiger reagiert der andere wiederum mit seinem Bedürfnis nach Nähe usw. . Die Grundlage einer befriedigenden Beziehung, die freiwillige Zustimmung der Beziehungspartner zu ihr, wird damit immer weiter untergraben.

Wenn der Partner die eigene Handlungsfreiheit mehr und mehr als bedroht erlebt, kann er sie sich nur noch heimlich und mit schlechtem Gewissen erhalten. Ein stetig wachsendes Kontingent an Heimlichkeiten untergräbt die Beziehung dann weiter.

Die Abgrenzungsstrategien des Partners zu durchkreuzen, wird so zu einer Hauptsorge eines depressiven Menschen. Dies kann z.B. mit der Drohung geschehen, die Beziehung von sich aus abubrechen. Durch Hinwendung an eine andere Person kann auch Eifersucht provoziert werden in der Hoffnung, der Partner würde sich dann des Wertes der Beziehung wieder bewusst. Diese Taktik führt aber in der Regel zu einer Kränkung des Partners, der sich dann entweder selbst zur Trennung entschließt oder nach erfolgter "Rückeroberung" bei entsprechender Gelegenheit die Kränkung zurückzahlt, um das "Beziehungskonto" (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1993) wieder auszugleichen. Daraus entwickeln sich dann Machtspiele mit den gegenseitigen Entwertungen der jeweiligen Taktiken. Beide Partner sind dann immer mehr durch negative Gefühle aneinander gekettet.

**Demonstration von Abhängigkeit.-** Der depressive Partner verfällt einerseits auf die Strategie, den anderen noch mehr von sich abhängig zu machen, zu versuchen, ihm den Willen und sogar die Fähigkeiten zu einer Trennung zu entziehen. Andererseits versucht er dem Partner seine eigene Abhängigkeit beständig vor Augen zu führen, indem er seine Hilflosigkeit demonstrativ unter Beweis stellt, d.h. Misserfolge inszeniert und provoziert, sich sogar entgegen seinen sonstigen Gewohnheiten gehen lässt, körperliche Beschwerden (z.B. Migräneanfälle) und Krankheiten benutzt, um dem anderen zu verstehen zu geben: Du darfst, d.h. du kannst mich nicht verlassen!

Dass dieses Fordern nicht offen geschieht, erklärt sich dadurch, dass der depressive Mensch aufgrund seines Liebesideals den anderen nicht zur Liebe zwingen, sondern seine freiwillige Bereitschaft dazu erleben möchte. Den Vorwurf der Berechnung und der Erpressung des Partners würde er daher weit von sich weisen: Seine Hilflosigkeitszustände erlebt er selbst nicht als Nicht-Wollen, sondern als Nicht-Können ("die eigenen Nerven sind zu schwach", "der Körper ist zu krankheitsanfällig" usw. ).

Die Demonstrationen entsprechender Verhaltensweisen bis hin zu Selbstmorddrohungen ("Wenn du mich nicht mehr liebst, will ich nicht mehr leben!") rufen zwar bei einem für solche Taktiken noch empfänglichen Partner Schuldgefühle hervor und bewirken, dass er seine Trennungsabsichten immer wieder aufgibt, doch erhält er diese Beziehung schließlich nicht aus echtem Wohlwollen zu seinem Partner, sondern nur noch aus einer Mischung von Angst, Mitleid, schlechtem Gewissen und Verantwortungsbewusstsein - Gefühlen und moralischen Einstellungen, hinter denen sich leicht Hass aufstaut bis hin zum Wunsch, der Partner möge endlich tot sein.

Dass sich solche Beziehungen trotz allem oft als sehr stabil erweisen, liegt daran, dass Menschen mit einer depressiven Interaktionsstrategie häufig Partner finden, die durch eine komplementäre Lebenseinstellung geprägt sind. Nach Riemann finden depressive Menschen am ehesten Partner mit einer schizoiden Charakterstruktur, weil diese die Kunst beherrschen, Beziehungsangebote abzuwehren, umzudeuten und zu entwerten: Ich bin so unabhängig und stark, dass ich andere, die mich brauchen, stützen kann! Schizoide Persönlichkeiten präsentieren sich als jemand, der im Grunde keinen anderen braucht, der deshalb viel nehmen kann, ohne deswegen gleich Schuldgefühle zu bekommen. Fanita English (1985) bezeichnet solche Partner als "Typ 2 = "Retter"- und "Beschützer"- Charaktere: *"Thea - die Klientin mit der depressiven Symptomatik - gehört ganz offensichtlich zur Typ 1-Kategorie und Charles - ihr Ehemann - zum Typ 2. Der Leser wird verstehen können, weshalb Charles seine Identität zu einem Großteil daraus bezog, "heroisch" im Umgang mit der "Bürde" durch seine Frau zu sein (Freunde bewunderten immer wieder seine Geduld und "Kraft"), d.h. ihr jeden Tag, trotz übervollen Tagespensums, das Frühstück ans Bett zu bringen, tagsüber mehrmals anzurufen, um nach ihrem Befinden zu fragen, ihretwegen auf soziale Verpflichtungen zu "verzichten" usw. - und nicht einmal eine Affäre nebenbei zu haben."* (a.a.O., S. 226)

English zeigt an diesem Fallbeispiel auch, dass dem "heroischen" Partner ein Funktions- und damit Selbstwertverlust droht, wenn der depressive Partner durch eine Therapie beginnt, selbständiger zu werden: *"... weshalb Theas baldige Besserung nach Eintritt in die Transaktionsanalyse-Gruppe eine Bedrohung für Charles bedeutete. ... Er entwickelte Schlafstörungen, wurde übermäßig erregbar, verfiel periodenweise in mürrisches Schweigen (im Gegensatz zu seiner sonstigen Gutmütigkeit), aber er schob dies alles auf Frustrationen bei seiner Arbeit."* (S. 226)

Nach Trennungen (Scheidung, Tod des Partners) suchen Depressive nach Riemann (1993, S. 68) - wenn dies die Lebenssituation zulässt - sofort wieder nach einem neuen Partner, auch wenn sie den alten doch so sehr geliebt haben. Auch wegen des vernachlässigten Eigenlebens und dem sich innerlich Verschließen ist die Fähigkeit von Depressiven groß, sich sofort auf einen neuen Partner einzustellen.

**Unattraktivität als sich selbst erfüllende Prophezeiung.-** Depressive Menschen passen sich an und machen sich abhängig. Sie entwickeln wenig Eigeninitiative. Nach Außen werden die eigenen Ansprüche nach Anerkennung immer weiter heruntergeschraubt ("Wenigstens an meinem Geburtstag hättet ihr an mich denken können!"), auf die Belohnungserwartung für die eigenen Dienste und Opfer - weil dadurch kein Geliebtwerden zustande kommt, wird das Gleiche, was zuvor gerne gemacht wurde, jetzt durchaus als Opfer erlebt - wird demonstrativ zu verzichten versucht ("Von den Kindern hat man ja doch nichts zu erwarten."), der eigene Liebes"hungers" lebt aber weiterhin ungestillt im Inneren fort. Er kann sich von den Verhaltensweisen eines Partners völlig lösen, sich blind gegenüber seinen Bedürfnissen stellen und seiner Bereitschaft, überhaupt etwas anzunehmen ("Wenn ich dich liebe, und Opfer für dich bringe, was geht es dich an?!"). Verzicht wird im Voraus einzuüben versucht, dann kann man nur noch angenehm enttäuscht werden.

So entsteht eine Tendenz zu einer "Saure-Trauben-Strategie": Verzicht wird im Voraus geübt, damit man nicht mehr enttäuscht werden kann. Was der Depressive eigentlich möchte, aber nicht zu erreichen sich im Stande sieht, wird als nicht mehr erstrebenswert hingestellt - die Welt wird so immer grauer, farb- und reizloser, leerer, langweiliger und schließlich völlig sinnlos. Müdigkeit, Teilnahmslosigkeit, Wahrnehmungsabwehr als Schutzfilter verstärken seine Depression, weil er immer wieder vor seinem Ideal versagt und immer mehr von sich enttäuscht ist.

Die Welt erscheint ihnen als eine immerwährende Quelle von Versagungen. Sie werden von Missgunst und Neid auf andere angefressen, die sich an der Welt freuen. Sie zeigen durch ihre Mimik, Gestik, Körperhaltung, Kleidung und Frisur wie wenig sie von sich selbst überzeugt sind und wie unattraktiv sie sich im Grunde fühlen.

Es kann sich ebenso ein fressender Neid auf all die anderen entwickeln, die sich das herausnehmen, worauf man selbst verzichten muss (aggressive Komponente der Depression), weil man es sich nicht erlaubt zu nehmen. Am Ende bleibt nur noch Selbstmitleid, aus dem eine Art masochistischer Befriedigung gezogen werden kann.

Dadurch wächst für den depressiven Menschen die Gefahr, von anderen ausgenutzt zu werden; andere danken ihm die erbrachten Opfer nicht, halten ihn für naiv und dumm und verachten ihn für seine Opferbereitschaft sogar. Er wird allmählich auch praktisch zu dem beklagenswerten Menschen, für den er sich selbst hält.

**Suizidneigung aus Enttäuschung.-** Aus dem bisher Gesagten ergeben sich zahlreiche Motive für depressive Menschen, sich das Leben zu nehmen. Das eigene Leben erscheint wert- und sinnlos, Liebe und Anerkennung zu erreichen aussichtslos. Vielleicht wird man mich schmerzlich vermissen erst wenn ich tot bin ... .

#### 4.7 Wahnhafte Depressionen

Die zuvor beschriebenen Gefühle, Haltungen und Verhaltensweisen charakterisieren die depressive Neurose, bei der es immer wieder zu seelischen Zusammenbrüchen kommen kann. Der betreffende Mensch kommt aber immer wieder auf die Beine. Oft braucht er dazu die Unterstützung eines Psychotherapeuten. Wenn dieser den Entstehungszusammenhang depressiver Hilflosigkeits- und Ohnmachtgefühle nicht verstehen, ziehen sich die Therapien in die Länge, ohne das Grundproblem der ursprünglichen Bindungsstörung zu heilen. Welche therapeutischen Strategien dabei hilfreich sind, dazu später.

Zum vollständigen Verständnis von Depressionen gilt es zunächst noch, das Rätsel der sog. endogenen Depressionen zu lösen. Warum fallen Menschen in einen depressiven Zustand, der wahnhaft erscheint, weil ihm die äußeren Anlässe völlig zu fehlen scheinen?

Der Schlüssel zum Verständnis dieser schwersten Formen von Depressionen liegt meines Erachtens wiederum beim Konzept des seelischen Traumas. Bei den Ereignissen, welche diese schweren Formen von Depressionen verursachen, handelt es sich nicht mehr nur um einfache Verlusttraumen. Nach meiner Erfahrung mit schwerst depressiven Patienten sind die Ursprünge der Depressionen traumatische Ereignisse, bei denen es auch um schwere Schuld geht.

**Der Sohn als Rivale.-** Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Einer meiner Patienten war mit etwa 25 Jahren in eine schwere depressive Krise geraten und verbrachte fast ein Jahr in einer psychiatrischen Klinik. Alle Versuche, ihn mit Medikamenten aus seiner Depression zu erlösen, schlugen fehl. Durch eigene Initiative und sozialarbeiterische Unterstützung war er allmählich wieder so weit, zunächst einfache Jobs und später eine Berufsausbildung aufzunehmen. Er suchte sich dann aus eigenem Entschluss psychotherapeutische Unterstützung. Wie sich herausstellte, war er das einzige Kind seiner Eltern. Der Vater seiner Mutter war im Krieg gefallen, als die Mutter noch ein Kind von acht Jahren war. Dieser Umstand hätte ausgereicht, um bei ihm den Prozess einer neurotischen Depression in Gang zu setzen (siehe Kap. 5.3 und 5.4).

Der eigentliche Grund für seine psychotische Depression liegt meines Erachtens jedoch beim Vater. Dieser musste als 5jähriger erleben, wie sich sein Vater umbrachte. Der Hintergrund für diesen Selbstmord war die Tatsache, dass seine Mutter ein Verhältnis mit einem anderen Mann begonnen hatte, den sie nach dem Selbstmord ihres Mannes dann auch heiratete. Der Vater des Patienten musste also einen Mann als seinen Stiefvater akzeptieren, der zumindest indirekt für den Tod seines eigenen Vaters verantwortlich war. Diese schizophrene Situation führte beim Vater zu einer tiefen seelischen Verwirrung, zu Verbitterung und abgespaltenen Hassgefühlen auf seine Mutter. In seinem Sohn sah er jemand, der ihm den Platz an der Seite seiner Frau streitig machen wollte. Er identifizierte ihn also unbewusst mit dem Rivalen seines Vaters und bekämpfte ihn.

Obwohl er seinen Vater liebte, spürte der Patient also auch dessen Abneigung gegen und die Wut auf ihn. Alle seine Anpassungsstrategien mussten unter diesen Voraussetzungen irgendwann einmal zusammenbrechen. Er konnte es seinem Vater nicht recht machen. Der Zusammenbruch kam dann während des Studiums.

**Übernommene Schuld.-** Schwere und wahnhaftige Depressionen scheinen gerade in Deutschland mit dem zweiten Weltkrieg und den Verbrechen in Verbindung zu stehen, die vor allem von deutschen Vätern und Großvätern begangen wurden. Die abgespaltenen Schuldgefühle der Täter werden auf dem Weg der seelischen Bindung von ihren Kindern, z.T. auch Enkelkindern in ihre Seele aufgenommen. Werden deren Ich-Strukturen geschwächt – z.B. durch den Konsum von Drogen – so können diese Schuldgefühle und Bilder des Grauens in ihr Bewusstsein dringen. Unerklärbare Schuldgefühle und das Bedürfnis nach Sühne überfluten dann ihre Seele.

## 5 Hilfen bei Depressionen

### 5.1 „Krankheit Depression“ – die Sichtweise der medizinischen Psychiatrie

**Die Anwendung des Krankheitsparadigmas.-** Die Psychiatrie ist ein Spezialgebiet der Medizin. Entsprechend dem allgemeinem Modell, das die Medizin von Krankheiten hat, werden daher auch die Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten eines Menschen, die man zu einem Oberbegriff „Depression“ zusammenfasst hat, als eine *spezielle Form von Krankheit* aufgefasst. Die Symptome der Depression gelten daher als Anzeichen einer dahinterliegenden Krankheit.

Logisch betrachtet wird damit der Fehler der Verdoppelung gemacht: die Erscheinungen (als depressiv bezeichnete Symptome) werden mit ihrem dahinter vermuteten Wesen (Krankheit Depression) gleichgesetzt. Psychische, seelische und soziale Phänomene werden so für die medizinische Wissenschaft und Heilkunst zum Konstrukt einer medizinisch behandelbaren Krankheit. Die „Krankheit Depression“ zu beseitigen wird demzufolge zur Aufgabe der psychiatrischen Therapie im Umgang mit depressiven Menschen. Diese werden demzufolge wie körperlich kranke Menschen entweder ambulant mit Medikamenten oder stationär in Krankenhäusern mit physikalischen, chemischen oder biologischen Methoden behandelt.

Sprachlich macht sich diese Sichtweise in vielerlei Hinsicht als Verdinglichung menschlichen Erlebens und Verhaltens bemerkbar. Man sagt dann z.B. nicht, dieser Mensch *ist* depressiv oder zeigt depressive Verhaltensweisen, sondern er *hat* eine Depression, als wäre die Depression etwas von ihm und seiner Person Getrenntes.

**Gehirnstoffwechselstörung?**- Da für die Medizin der letzte Grund einer Krankheit nur ein materiell fassbarer sein kann, vermuten Psychiater in den Stoffwechselfvorgängen des menschlichen Gehirns den Ursprung der „Krankheit Depression“. Letztlich verursacht sei diese wiederum durch die Gene als die Grundbausteine des gesamten Organismus. Weder gibt es aber seitens der Medizin einen Nachweis dafür, welche Stoffwechselstörungen in einem menschlichen Gehirn ursächlich für die depressiven Symptome bei Menschen sorgen, noch konnte bewiesen werden, dass bestimmte Gene oder Gensequenzen für das Entstehen dieser Stoffwechselstörungen verantwortlich sind.

„Jahrelang wurde die biologische Theorie der Depression wie die Dopamin-Neurotransmitter-Theorie der Schizophrenie von Spekulationen geleitet, wie und warum die Medikation die Depression manchmal zu mildern scheint. Eine der früheren Gruppen der Antidepressiva, die Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) - ... – tendieren dazu, die Menge des verfügbaren Noradrenalin im Zentralnervensystem ansteigen zu lassen. So stellte man die Hypothese auf, dass die Depression ein Ergebnis des Gegenteils sein könnte: zu wenig Noradrenalin. Spätere Studien zeigten, dass manche der sogenannten Antidepressiva auch einen Anstieg in der Verfügbarkeit eines anderen Neurotransmitters, des Serotonin, verursachen. So wurde die Theorie erweitert: Einige Arten der Depressionen könnten auch einem Mangel an Serotonin zugeschrieben werden. ... Schließlich wurde diese Theorie durch entgegengesetztes Beweismaterial als lückenhaft gestempelt. Manche Medikamente zum Beispiel, die diese biochemischen Wirkungen imitierten, schienen die Depression nicht zu verringern, und andere, von denen man annahm, dass sie die Depression manchmal erleichtern, hatten einen völlig anderen biochemischen Mechanismus. ... Zum gegenwärtigen Zeitpunkt können wir die angenommene Beziehung zwischen der beeinträchtigten Serotonin-Neurotransmission und manchen destruktiven oder selbstzerstörerischen Verhaltensweisen nicht wissenschaftlich bestätigen. ... Wissenschaftliche Überprüfungen der Biochemie der Depression waren nicht in der Lage, eine schlüssige biochemische Basis zu identifizieren.“ (Breggin, 1996, S. 210 ff.)

**Experimente mit Medikamenten.**- Die psychiatrischen Behandlungen können daher als eher experimentelle Versuche an depressiven Menschen bezeichnet werden, mittels Physik (Elektroschocks) oder Chemie deren Zustand zu bessern. Wie mir Patienten immer wieder berichten, werden ihnen zunächst bestimmte Medikamente verordnet. Da diese die Depressionen aber nicht beseitigen können, werden, ohne weitere Begründungen, immer wieder neue Medikamente an ihnen ausprobiert. Ein Patient, der bei mir eine Therapie begann, berichtete, dass an ihm zuvor acht verschiedene Medikamente ausgetestet worden sind.

Selbst die Erfolgsmeldungen der Psychiatrie - "Gerade für endogene Depressive wird für 50 - 60% ein gutes Ansprechen auf Medikamente berichtet." (de Jong-Meyer und Cloer, 1995) – weisen eher auf die Zufälligkeit der erzielten Ergebnisse hin. Denn was bedeutet „gutes Ansprechen“? Sind 50 – 60% der Patienten damit von ihren Depressionen geheilt? Wie lange halten diese Effekte an - wenn sie überhaupt auftreten, was bei der anderen Hälfte der Patienten nicht der Fall ist?

Die Psychopharmakotherapie (MAO-Hemmer, trizyklische Antidepressiva, Thymoleptika, Lithium) zeitigt bei depressiven Menschen so gut wie keine Langzeiterfolgen: "Depressive Phasen im Rahmen endogener Depressionen haben eine starke Tendenz zur Spontanremission; mit Antidepressiva wird die Phasendauer verkürzt, nicht aber die Grundkrankheit geheilt, da Monate oder Jahre später neue depressive Phasen auftreten können." (Spiegel, 1991, S. 171)



**Die sog. Nebenwirkungen.-** Die gesundheitlichen Risiken und Nebenwirkungen der als Antidepressiva verordneten Medikamente sind vielfältig: "Die Mittel gegen Depressionen machen nicht abhängig, aber sie können mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sein. Dazu zählen beispielsweise Herzjagen und Störungen des Herzrhythmus, Beeinträchtigungen des Reaktionsvermögens, Zittern, Schüttelkrämpfe und Verwirrtheit oder auch Störungen der sexuellen Lust und Veränderungen des Menstruationsrhythmus." (Ernst, 1995, S. 18)

Ein Betroffener schildert seine Erfahrungen mit Lithium wie folgt: „Damals ... stand die Lithiumtherapie bei Depressionen in hohem Ansehen – ich sollte mich ihr auch unterziehen. Als Vorteile wurden geringe Nebenwirkungen genannt, keine Abhängigkeiten wie bei Beruhigungsmitteln. Nur dass die Konzentration des Medikamentes im Blut wöchentlich kontrolliert werden musste, um die therapeutisch richtige Menge korrekt dosieren zu können, war eine etwas lästige, aber immerhin harmlose Begleiterscheinung. Dieses sich dann doch als tückisch herausstellende Medikament hatte nicht nur über Monate keine positive Wirkung, sondern den fatalen Nebeneffekt, dass ich mich in den Augen meiner Mitmenschen offenbar inzwischen zum Schwerstalkoholiker entwickelt hatte, dessen Hände schon morgens beim Aufstehen zu zittern begannen.

Kurz: Ich konnte meine Feinmotorik und meine Muskeln nicht mehr einwandfrei kontrollieren, sondern zitterte ständig, wenn ich auch nur ein Wasserglas korrekt zum Mund führen wollte. Als Folge mied ich ab sofort Situationen, in denen ich mich durch mein Zittern outen würde, was mich zusätzlich in die Isolation führte. Irgendwann empfand ich auch diese Therapie als absurd und sagte meinem Arzt sehr deutlich, dass ich, wenn irgend möglich, sofort alle Medikamente absetzen möchte. Merkwürdigerweise stimmte er ganz selbstverständlich zu, so, als hätte ich nach Jahren der Behandlung die normalste Regung der Welt an den Tag gelegt.“ (Reiners, 2002, S. 28 f.)

**Elektroschocks – reinigendes Gewitter oder therapeutischer Krampf?-** Wie es ein Bericht in der Süddeutschen Zeitung vom 27.5.2002 ans Licht brachte („Wenn der Tag zur Nacht wird“) wird das Elektroschockverfahren bei schwer depressiven Patientinnen mittlerweile wieder routinemäßig angewandt. Der Zeitungsartikel schildert den Fall einer Patientin in einer Münchner Universitätsklinik. „Die sogenannte Elektrokonvulsionstherapie (EKT) hat sie zwei Wochen vor Ostern kennen gelernt. ... ‚Man verdrahtet dich mit Elektroden, dann kommt die Vollnarkose, und du bist weg‘, berichtete sie. Frau K. litt anschließend nicht, wie eine andere Patientin, unter Störungen im Kurzzeitgedächtnis.“ Frau K. hat bereits sechs „Behandlungen“ bekommen. Sechs weitere, verteilt über zwei Wochen, hatte sie dem Bericht zufolge noch vor sich.

Dass es sich bei dieser „Therapie“ wie bei den Medikamenten um ein reines Ausprobieren handelt, gesteht der behandelnde Psychiater ein. Er „... weiß nicht genau, welcher Effekt der Stromimpulse heilsam wirkt. Der behandelnde Arzt sagt: ‚Es findet ein Krampfanfall im zentralen Nervensystem statt.‘ Doch warum die elektrisch ausgelösten Krämpfe seinen Patienten helfen, ist unbekannt. ... Ist das elektrische Trommelfeuer zwischen den Nervenzellen ein reinigendes Gewitter? Werden falsche Ladungen, Ungleichgewichte im Nervensystem wieder in Balance gebracht?“

Dabei kann von „heilsam wirken“ und wirklich helfen bei der im Zeitungsbericht geschilderten Patientin nicht die Rede sein. Sie äußert, dass nach einem Schock ihre „Welt heller geworden ist“. Was das konkret für sie bedeutet und wie lange das anhält, darüber gibt der Zeitungsbericht keine Informationen. Ebenso werden die langfristig gesundheitsschädigenden Effekte von Stromstößen in das Gehirn nur angedeutet.

Diese Folgen hat der Psychiatriekritiker Peter Breggin genauer untersucht: „Für ein paar Tage oder Wochen ist der Patient in Folge der Hirnschädigung möglicherweise hochge-

stimmt oder euphorisiert, und dies kann als ein „Sich-besser-Fühlen“ erfahren werden. Auf längere Sicht jedoch wird der Patient apathischer und beschwert sich weniger.“ (Breggin, 1996, S. 290) Zerstörung von Gehirngewebe, Konzentrationsstörungen, schwere Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung sind nach Breggin weitere nachgewiesene Spätfolgen von Stromstößen durch das menschliche Gehirn. Welcher gesunde Mensch würde sich dem Risiko von sechs Vollnarkosen in zwei Wochen aussetzen – mit „psychisch Kranken“ kann man das offenbar machen.

Als ewig Gestrige werden seitens der Psychiatrie mittlerweile wieder die Menschen diffamiert, die gegen diese unwissenschaftliche und schädliche Behandlungsmethode Einwände erheben. „Bei der Behandlung von depressiven Patienten stößt die Elektro-Krampf-Therapie immer noch auf Vorurteile“ lautet der Untertitel dieses Beitrages in der Süddeutschen Zeitung. Der Mainstream scheint also derzeit in Richtung der Rehabilitation eines Verfahrens zu gehen, das einmal ein zentraler Kritikpunkt an inhumanen Zuständen in der Psychiatrie wahr. Auch in einem Sonderheft des Magazins Stern vom Oktober 2003 zum Thema seelische Gesundheit wird kritiklos Werbung für die Elektroschock“therapie“ bei schweren Depressionen gemacht.

**Die körperlichen Dimensionen der Seele.-** Bei aller Kritik an der medizinischen Sichtweise in Bezug auf Depressionen wäre es einseitig anzunehmen, dass körperliche Vorgänge keinen Einfluss auf depressive Erlebens- und Verhaltensweisen hätten. Oder dass umgekehrt eine schlechte psychische Verfassung ohne körperliche Folgen wäre. Schlaflosigkeit, zu wenig Bewegung, zu wenig oder schlechte Ernährung oder zuviel Essen hinterlassen auch im und am Körper Spuren.

Auch wenn man aber nicht von einer körperlichen, sondern einer seelischen Verursachung der depressiven Symptome ausgeht, so können zumindest die negativen gesundheitlichen Folgen für den Körper durch gute Ernährung und ausreichende Bewegung gering gehalten werden. Durch sportliche Aktivitäten schaffen es manche Menschen, positiv wirkenden Stoffwechselfvorgänge im Körper so weit zu aktivieren, dass es ihnen zumindest zeitweise auch seelisch besser geht: „Ich hatte für mich den Dauerlauf als ‚Heilmittel‘ entdeckt. Seit über 20 Jahren laufe ich jetzt, wenn es geht, jeden Morgen. Das Laufen bedeutet für mich keine Anstrengung, es ist das reine Vergnügen, ein Geschenk, das ich mir jeden Tag mache.“ (Reiners, a.a.O., S. 32)

Es gibt äußere Einflüsse auf den Körper, die zu depressiven Verstimmungen führen können wie z.B. zu wenig Licht, Sauerstoff, Gifte in der Nahrung oder schädliche Impfungen. So führen z.B. Psychopharmaka bei Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ zu einer depressiven Grundstimmung, weil diese Medikamente die Gefühle generell dämpfen. Licht und Sonne sind daher günstige Bedingungen zur Überwindung depressiver Verstimmungen.

**Glaubwürdig, trotz Erfolglosigkeit?.-** Warum ist das medizinische Konstrukt einer Krankheit Depression in westlichen Gesellschaften so glaubwürdig, obwohl es in der Behandlung depressiver Menschen in großem Umfang erfolglos ist? Dies hat vermutlich mehrere Gründe:

- Die medizinische Psychiatrie profitiert vom guten gesellschaftlichen Image der Medizin. Die Medizin hat der Menschheit schon viel Segen gebracht. Die Menschen vertrauen den Ärzten und ihrer Heilkunst.
- Viele Menschen erleben es als eine persönliche Kränkung „psychisch gestört“ oder gar „verrückt“ zu sein. Sie bevorzugen es daher, im Ernstfall lieber von einem Arzt als von einem Psychologen behandelt zu werden. Sie möchten sich auch oft mit den wirklichen Ursachen ihrer depressiven Symptome nicht auseinandersetzen und erhoffen sich eine schnelle Hilfe durch Medikamente.

- Die Ärzteschaft hat es verstanden, aus ihrem guten Ruf, eine starke berufspolitische Stellung in der Gesellschaft zu machen. Gesundheitspolitische Reformen, die von Ärzten verlangen, ein von ihnen bereits besetztes Terrain beruflichen Handelns mit anderen Berufsgruppen zu teilen oder gar an diese abzugeben, scheitern in der Regel am Widerstand der ärztlichen Standesorganisationen oder werden auf eine Weise in das berufs- und sozialrechtliche System der Ärzteschaft „integriert“, dass wirkliche Veränderungen unterbleiben. Als Beispiel der jüngsten Vergangenheit sei hier das Psychotherapeutengesetz erwähnt.
- Die Produktion von Psychopharmaka ist ein Wirtschaftsfaktor. Mit psychosozialen Dienstleistungen lassen sich keine großen Gewinne machen.
- Auch die Alternative zur medizinischen Behandlung, die Psychotherapie, hat bei schweren Depressionen den Nachweis einer erheblich höheren Wirksamkeit auf breiter Basis bislang nicht erbringen können. Selbst nach jahrelangen intensiven Psychotherapien sind manche Patienten auch nicht viel weiter als zu Beginn der Therapie. Wenn man annimmt, dass Depressionen ihre Ursprünge in Bindungsstörungen und Traumatisierungen haben, so ist Psychotherapie grundsätzlich der angemessenere Weg der Behandlung depressiv gewordener Menschen. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass die derzeit gängigen Psychotherapieverfahren bei schweren Depressionen keine besonders hohen Erfolgsraten aufweisen: "Gegenüber den Effekten medikamentöser Behandlungszugänge erwiesen sich die Effekte der psychologischen Behandlungszugänge als vergleichbar ausgeprägt (Elkin et al., 1989); in einigen anderen Untersuchungen deutet sich auch diesbezüglich eine Überlegenheit der psychologischen Ansätze an." (Blöschl, 1991, S. 288)

**Hin- oder Wegsehen?**- Auf einer tieferen Ebene scheinen mir in der oft sehr emotional geführten Diskussion um das Für und Wider medizinischer versus psychotherapeutischer Behandlung zwei grundsätzliche Haltungen zum Ausdruck zu kommen:

- Die eine Haltung möchte sich den Ursachen seelischer Schmerzen eher nicht zuwenden und sucht das Heil im Wegsehen von den lebensgeschichtlichen und familienbiografischen Wurzeln von Depressionen und in der Unterdrückung von Symptomen. Es besteht eine große Angst, bei der Konfrontation mit den Ursachen des seelischen Schmerzes in unkontrollierbare Zustände zu geraten. Dies ist verständlich, wenn man bedenkt, welche Angst-, Wut-, Ohnmachts- und Schmerzgefühle in Traumaerfahrungen stecken. Wer möchte sich schon gerne solchen Gefühlen erneut aussetzen müssen?
- Die andere Haltung erhofft sich durch die Konfrontation mit den Ursachen seelischer Schmerzen eine dauerhafte Heilung und setzt sich daher dem Schmerz der Aufdecken aus. Sie geht den mühevollen Weg der erneuten Konfrontation mit den Trauma- und Bindungsstörungen.

Für beide Haltungen gibt es gute Gründe. Eine unvorbereitete Konfrontation mit Ursachen kann tatsächlich zu einer Verschlechterung von seelischen Befindlichkeiten führen, wenn nicht genügend Ressourcen vorhanden sind, diese Hinsehen zu den Ursachen zu verkraften. Für das Hinsehen und Aufdecken spricht der dauerhafte Erfolg, auch wenn der Weg zum Ziel oft langwierig und mit schmerzhaften Veränderungen verbunden ist.

Welchen Weg er wählt, muss jeder Patient selbst entscheiden. Niemand kann gezwungen werden, sich dem zu öffnen, was ihm Angst macht, niemand darf davon abgehalten werden, den Weg des Hinsehens zu gehen, wenn er bereit dazu ist.

## 5.2 Depressive Reaktionen und ihre seelische Verarbeitung

Anhand der Krisensituation "Trennung von Frauen von ihren Männern" versuchte Dross (1991) die Frage aufzuklären, warum Menschen trotz einer Krise seelisch gesund bleiben. Sie stellt dabei vier verschiedene *Phasen der Krisenbewältigung* dar:

- zuerst emotionale Überwältigung durch die krisenhafte Situation,
- unmittelbare Bewältigungsversuche kürzerer Reichweite (sich ablenken),
- gezieltes Bewältigungsverhalten (Ursachensuche),
- Neukonsolidierung (etwas Neues beginnen).

Dabei kann es immer wieder zu Rückfällen, zu emotionaler Verstörung und gedanklicher Desorientierung kommen. Kompetenzen zur Rückfallbewältigung sind Strategien zur gefühlsmäßigen Beruhigung und gedanklichen Strukturierung. Eine entscheidende *Ressource für die Krisenbewältigung* war in der Untersuchung von Dross die Rückzugsmöglichkeit in eine bereits eingerichtete Wohnung.

Obwohl für die in dieser Studie untersuchten Frauen das Sozialhilfegeld sehr gering bemessen war, bewerteten sie ihre finanzielle Lage nach der Trennung besser als zuvor, weil sie nunmehr alleine über das Einkommen verfügen konnten (*Ressourcenkontrolle*).

Entscheidend für die *Bewältigung einer psychischen Gefährdung* ist, dass die in der Krisensituation auftretenden psychischen und psychosomatischen Symptome (Angst, Herzrasen, Depression, Verdauungsbeschwerden ...) als situationsangemessen interpretiert werden, zunächst einmal sich selbst zugestanden werden, um dann die Gegenwehr zu aktivieren:

- abschalten, sich ablenken, sich verwöhnen,
- Probleme bewusst reflektieren, nach Verbesserungen suchen,
- sich positive Vorstellungen machen,
- mit jemandem sprechen, der eine solche Krise gut bewältigt hat,
- keine Selbstanklage und -vorwürfe machen.

Woran machten die befragten Frauen ihre psychische Gesundheit fest?

- am Funktionieren können (Kinder, Beruf, selbst die Steuererklärung ausfüllen...),
- am sich wohl fühlen, Zufriedensein, Spaß haben und
- ein positives Selbstwertgefühl haben.

Von den Frauen, die ein "Ich bin o.k."-Gefühl als ihre Grundstimmung angaben ("ausgeglichener Charakter", "glückliches Naturell"), wurde auch mindestens ein Elternteil als harmonisch, mit sich selbst in Einklang lebend bezeichnet. Sie hatten zu diesem auch eine liebevolle Beziehung. Tendenzen zur Selbstkritik, zum Selbstzweifel resultierten aus einer inneren Stimme, die oft der Mutter zugeschrieben wurde. Ein schlechtes Verhältnis zur Herkunftsfamilie wurde als lebenslange Beeinträchtigung erlebt. Verunsicherungen des positiven Selbstbezugs brachten vor allem die Pubertät (Sorge um die eigene Attraktivität) und Partnerbeziehungen (Zweifel an der eigenen Liebesfähigkeit und der Möglichkeit, einen Partner durch Liebe an sich zu binden).

*Strategien zur Auflösung der negativen Selbsteinschätzung* waren:

- Distanzierung von der negativen Elternstimme,
- eigene Ziele setzen, sich selbst positiv instruieren;
- Akzeptanz des eigenen Körpers,
- Distanzierung von beeinträchtigenden geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und Partnererwartungen,

- Akzeptieren von Alleinleben und zeitweiliger Einsamkeit,
- Knüpfen eines eigenen Beziehungsnetzes mit Möglichkeiten zur freien Aussprache,
- selbstbestimmte Tätigkeiten machen ("Aneignung der Welt"),
- Unterscheiden können zwischen partnerschaftsbezogenen Glücksvorstellungen und psychischem Wohlbefinden.

### 5.3 Verhaltenstherapie

Viele Menschen können sich ohne professionelle Hilfe aus depressiven Zuständen wieder befreien und die notwendige Seelenarbeit leisten. Sehr viele Menschen kommen aber ohne professionelle Unterstützung nicht aus den oben geschilderten Teufelskreisen heraus, machen statt etwas ganz anderes nur "mehr vom selben", was ihr Problem nur verschärft, statt es zu lösen.

Verhaltenstherapeutische Interventionen bei Depressionen begründen sich auf unterschiedlichen theoretischen Annahmen (im Folgenden zitiert aus Blöschl, 1991, S. 282 ff.).

**Depression und Verstärkerausfall.-** Nach Lewinsohn erleiden Depressive einen Verlust von Verstärkern z.B. durch den Wegfall einer geliebten Person; weil sie kaum etwas tun, inaktiv, antriebs- und interesselos sind, zeigen sie auch wenig Verhalten, das von der Umwelt verstärkt werden könnte. Nach Rehm können Depressive externale Verstärkerverluste nicht durch ausreichende internale Regulationsmechanismen überbrücken.

**Depression als Kognitive Verzerrung.-** Nach Beck haben Depressive eine verzerrte Sicht der Welt, der eigenen Person und der Zukunft ("negative kognitive Triade"):

- selbst bei geringen Belastungen werden diese einseitigen und verzerrten kognitiven Schemata aktiviert;
- sie ziehen willkürliche Schlüsse (z.B. ich bin schuld, wenn etwas nicht klappt), übergeneralisieren und personalisieren; sie nehmen selektiv wahr, denken moralisch-absolutistisch, machen sich Selbstvorwürfe und setzen sich selbst herab;
- zirkuläre Feedbackprozesse vertiefen und verfestigen die Depression.

**Depression als Reaktion auf sozialen Streß.-** McLean erklärt Depressionen als ineffiziente Bewältigungsstrategie im Umgang mit belastenden Lebenssituationen, v.a. sozialen Belastungen.

**Verhaltenstherapeutische Interventionen.-** Entsprechend dieser Annahmen werden folgende verhaltenstherapeutische Interventionen bei depressiven Klienten vorgenommen:

- Aufbau angenehmer Aktivitäten, die verstärkt werden,
- Aufbau sozialer Fertigkeiten,
- Abbau sozialer Basisängste,
- Anleitung zur Aufnahme positiver Kontakte,
- Erhöhung der Frequenz positiv verstärkender Aktivitäten,
- Veränderung einseitiger Wahrnehmungen und Bewertungsmuster,
- Korrektur absolutistischer Grundüberzeugungen und automatisch ablaufenden Gedanken,
- Veränderung der Hilflosigkeitsattributionen: statt internale, globale und stabile Kausalattributionen zu wählen, soll external, situationsspezifisch und variabel attribuiert werden,
- realistische Ziele setzen lernen,
- Selbstwertgefühl erhöhen,

- Hausaufgaben: Führen von Aktivitäts- und Stimmungsprotokollen,
- Eigenständigkeit und Unabhängigkeit entwickeln,
- den Verlust externaler Verstärker ausgleichen können,
- ein erhöhtes Maß an Selbststeuerung gewinnen durch Selbstbelohnungspläne (materiell, verbal).

Es ist deutlich zu erkennen, dass diese Interventionsstrategien symptomorientiert sind, die Beziehungsprobleme eines depressiven Klienten nicht grundlegend thematisieren und ihm lediglich eine andere Umgangsweise damit nahe legen. Das liegt am pragmatischen Therapieansatz der Verhaltenstherapie: Durch verändertes Verhalten soll das Erleben mitverändert werden.

#### 5.4 Psychoanalyse

Nach Freud wehrt sich der Melancholiker (= Depressive) gegen die Trennung vom und den Verlust des Liebesobjektes und introjiziert es unbewusst, d.h. er nimmt es in das eigene Ich auf. So besteht das verlorene Liebesobjekt in ihm fort und wird auch wegen seiner "Untreue" angeklagt, was als Schuldgefühle und Selbstvorwürfe zum Ausdruck komme.

*"Depression ist demnach keinesfalls eine verstärkte Trauer. Sie ist eher eine chronifizierte Kränkungs- bzw. Trotzreaktion. Die Gedanken kreisen um Enttäuschung, Wut und Trauer. Das Gedankenkreisen ist von den Gefühlen abgekoppelt, die sich in gewisser Weise verselbständigen als "Schwere", "Herzschmerzen", "Angst", "Schlafbedürfnis". Eine innere Leere tritt ein." (Kipp & Jüngling, 1994, S.91)*

Verluste können dabei nicht nur Liebesobjekte betreffen, sondern auch Fähigkeiten, die für den Depressiven eine wichtige Bedeutung haben, "narzißtisch besetzt" sind. Der Verlust bleibt auch aus dem Bewusstsein ausgeklammert, wenn die depressiven Beschwerden als von außen erzeugt empfunden werden. Der Depressive setzt sich so nicht mit sich selbst, sondern mit seinen Schädigern auseinander.

Ziel der tiefenpsychologischen Therapie ist es daher, dem Klienten seine Verdrängungsmechanismen und Abhängigkeiten von "Introjekten" (v.a. "böses" und "gutes" Elternobjekt) bewusst zu machen.

#### 5.5 Gestalttherapie

Die Gestalttherapie möchte die von depressiven Menschen unterdrückten Trauerreaktion über Enttäuschungen durch körperbezogene Arbeit provozieren (Idee der Kartharsis = Reinigung von negativen Gefühlen): *"Das Spezifische der Gestalttherapie/Integrativen Therapie bei Depressiven zeigt sich anfänglich besonders in dem kriseninterventionsähnlichen Vorgehen, das ein sehr aktiv-stützendes Verhalten des Therapeuten fordert und methodisch stark körperliche, emotionale und imaginäre Aspekte in der therapeutischen Arbeit vereint.*

*Speziell die Technik des Fokussierens zur Verdeutlichung von Körperempfindungen, aber auch zur schärferen Wahrnehmung von Trauer, Schmerz, Schuld und ähnlichen "Leitthemen" führen von der Initialphase über zur Aktionsphase. In jetzt prägnanterer Form verdichtet sich das therapeutische Geschehen für den Klienten zu manchmal karthartischem Erleben: er bearbeitet in oft dramatischer Art die ihn ehemals belastenden Situationen wie z.B. die familiäre Szene seiner Kindheit, das Familiendrama, die negative Lebensentwicklung mit Partnern und Kindern oder im Beruf und die aktuelle krisenhafte Entwicklung und gibt unter Führung*

*des Therapeuten allmählich seine Verdrängungen und Vermeidungsmechanismen auf. Das führt manchmal bis zum phantasierten Suizid." (Bach & Coellen, 1986, S. 338)*

## 5.6 Systemische Therapie

Der systemische Ansatz geht davon aus, dass die seelischen Probleme eines Menschen im Rahmen seines familiären Herkunftssystems entstanden sind und daher auch mit Bezug auf dieses Beziehungssystem therapiert werden müssen.

*"Der familiensystemische Ansatz bei Depressionen untersucht die Interaktionen, Werte und Einstellungen innerhalb der Ursprungsfamilie, die zu einem negativen Selbstbild beitragen und zur Entwicklung von Verhaltensmustern führen, die spätere Beziehungen zum Scheitern bringen. ... Seine (des Patienten) Erwartungen, Antizipationen und sein Verhalten in gegenwärtigen Beziehungen replizieren Aspekte seiner Ursprungsfamilie, in dem er sich gegenwärtigen Bezugspersonen gegenüber genauso verhält wie gegenüber Familienmitgliedern." (Friedman, 1985, S. 246 f.)*

Eine systemische Paar/Familien-Therapie zielt oft auch darauf ab, das gesamte System und nicht nur den Symptomträger zu verändern. Die Familienmitglieder müssen z.B. erkennen, welche Erwartungen sie gegenseitig haben und in welchen gegenseitigen Verstrickungen sie gefangen sind, um darüber ihre relative Autonomie zu vergrößern und mehr Möglichkeiten für ihre persönliche Lebensgestaltung zu erreichen.

**Hellinger.-** Eine eigene Variante systemischer Familientherapie hat Bert Hellinger entwickelt. Zur "Schicksalsgemeinschaft" eines Menschen gehören nach seiner Ansicht auch die (Ur)Großelterngeneration, frühere Partner der Eltern oder im Kindbett verstorbene Geschwister. Er lässt dabei den Klienten mittels anderer Therapieteilnehmer bzw. -beobachter sein Ursprungs- oder Gegenwartssystem aufstellen, veranlasst diese zu berichten, wie es ihnen in dieser Konstellation ergeht und sucht dann nach einer guten Lösung für den Klienten in dieser Situation. Er orientiert sich dabei an elementaren Vorstellungen von Bindung, Geben und Nehmen, Ordnung in verschiedenen menschlichen Systemen, die er für konstitutiv für menschliche Beziehungen, insbesondere die Mann-Frau- und Eltern-Kind-Beziehung hält (vgl. Weber, 1995).

"Lösungen" sind seine Interventionsversuche im wörtlichen Sinne: eine Person soll angeleitet werden, sich aus einer Verstrickung mit einer anderen Person zu lösen, Grenzen zu ziehen. Dies fällt den meisten Menschen zunächst sehr schwer. Er begründet dies mit der Loyalitätsbindung eines Kindes an sein Ursprungssystem: *"In der Praxis der Psychotherapie kann man feststellen, dass Klienten mit allen Kräften am Problem festhalten und die Lösung vermeiden. Das hängt damit zusammen, dass das Problem oder das Unglück oder das Symptom, das sie haben, ihnen innerlich versichert, dass sie, wenn sie es behalten, weiter zur Familie gehören dürfen. Die Probleme sind für unsere Kinderseele ein Beweis von Unschuld. ... Die Lösung der Probleme wird von uns trotz gegenteiliger Beteuerungen gefürchtet und gemieden, denn damit verbindet sich die Furcht vor dem Verlust der Bindung und das Gefühl von Schuld und Verrat, Abfall und Treuebruch." (Weber, a.a.O., S. 1991)*

Im Unterschied zu anderen Therapieformen, bei denen eine Ablösung (z.B. von den Eltern, einem früheren Partner) durch eine mit Aggressionen und Wut unterstützte Distanzierung herbeigeführt werden soll, sucht Hellinger nach einer Auflösung der Verstrickung durch positive Gefühle wie Liebe, Achtung und Demut: *"Ein Problem wird mit der gleichen Liebe gelöst, die es auch aufrecht erhält. In die Lösung fließt die gleiche Kraft, nur mit etwas mehr Einsicht. Die therapeutische Aufgabe ist es, zuerst den Punkt zu finden, an dem der Klient*

*liebt. Wenn ich den habe, dann habe ich den Hebel. Die gleiche Liebe, die das Problem bewirkt, führt auch zur Lösung." (a.a.O., S. 191)*

Nach Ansicht Hellingers entstehen Depressionen, wenn ein Kind seine Eltern, insbesondere seine Mutter nicht „nehmen“ kann. Er führt dies u.a. auf Erfahrungen in der Kindheit zurück, z.B. bei einer frühen Trennung zwischen Kind und Eltern (etwa durch einen längeren Krankenhausaufenthalt). Er bezeichnet dies als "unterbrochene Hinbewegung": *"Hier wurde eine Hinbewegung unterbrochen, und an dem Punkt gibt es dann Gefühle von Verzweiflung, von Trauer, sehr häufig von Wut, und die resignierte Einsicht: 'Es hilft ja doch nichts.' ... Wenn nun jemand, bei dem eine frühe Hinbewegung so unterbrochen wurde, später auf einen anderen zugeht, zum Beispiel auf einen Partner, kommt die Erinnerung an die Unterbrechung wieder hoch, und sei es unbewusst im Körper. An der gleichen Stelle, an der er damals die Hinbewegung unterbrach, unterbricht er sie wieder. Statt dass er die Hinbewegung zum Ziel bringt, weicht er aus und beginnt eine Kreisbewegung, weg von dem Punkt, an dem er die Bewegung unterbrach, und dorthin wieder zurück." (Hellinger, 1994, S. 70f.)*

Hellinger nimmt dann z.B. den Kopf des Klienten in seine Hände und drückt in leicht nach vorne, fordert den Klienten auf, in seine Kindheit zurück zu gehen und tief zu atmen. Dann veranlasst er ihn, seine Hände nach vorne zu strecken und "Bitte, Mama!" zu sagen, solange bis es kraftvoll klingt.

In dieser Situation soll der "Helfer oder Therapeut" sich innerlich mit der Mutter oder dem Vater des Kindes verbünden. Er leitet dann "die Liebe des Kindes, die vordergründig ihm entgegengebracht wird, an sich vorbei hin zu den Eltern. Sobald das Kind bei seinen Eltern angekommen ist, zieht er sich still zurück. So wahrt er bei aller Intimität die Distanz und bleibt innerlich frei." (a.a.O., S. 126)

Bei Erwachsenen sieht Hellinger häufig Schwierigkeiten, sich auf diesen Prozess einzulassen: *"Beim erwachsenen Kind steht der Hinbewegung manchmal entgegen, dass es seine Eltern verachtet oder ihnen Vorwürfe macht, weil es sich besser vorkommt und besser sein will als sie oder weil es von ihnen anderes will, als sie ihm geben. Dann muss eine tiefe Verneigung der Hinbewegung vorausgehen." (a.a.O., S. 126)*

Als „innerer Vollzug“ soll diese „tiefe Verneigung“ dazu dienen, das Trennende zwischen Kind und Eltern zu überwinden. Sie wird begleitet von Sätzen wie: "Es tut mir leid." "Ich gebe Dir/Euch die Ehre." "Bitte sei mir nicht böse. Du hast mir sehr gefehlt." Erst wenn dieser Prozess gelinge, in dem der Klient seine tiefe Ohnmacht als Kind noch einmal schmerzlich erlebe, werde der Weg frei für eine Umarmung der Eltern, die von den Stellvertretern entgegengenommen werden soll.

## **5.7 Systemische Traumatherapie bei Depressionen**

Ich habe durch die Einsichten von Bert Hellinger viel gelernt und das von Hellinger entwickelte Familienstellen ist für mich der entscheidende Zugang zu den „Bewegungen der Seele“ geworden. Während sein therapeutisches Konzept im Wesentlichen mit der Liebes- und Loyalitätsbindung eines Kindes zu seinem Ursprungssystem argumentiert, scheint mir sein Ansatz immer dort zu kurz zu greifen, wo er über die komplexen seelischen Folgen einer Traumatisierung eher hinweg sieht. Dies macht sich in seinen Interventionen dann bemerkbar, wenn er nicht mit dem „Widerstand“ eines Patienten arbeitet, sondern diesen durch massives Eingreifen (z.B. Verneigungen vor den Eltern bis auf den Boden) zu überwinden versucht. Es besteht dann die Gefahr, dass in die Therapie sehr viel an moralischer Belehrung hinein fließt und vielleicht sogar eine Frage der Weltanschauung wird.



**Verzicht auf Nähe.-** Nach meinen Erfahrungen macht es z.B. keinen Sinn, die vorgeschlagene Methode „die unterbrochene Hinbewegung ans Ziel bringen“ bei Menschen mit schweren Depressionen einzusetzen, deren Mütter in einem seelischen Trauma gefangen sind. In solchen Fällen habe ich eher gute Erfahrungen in der Arbeit mit Patienten damit gemacht, dass sie das Trauma ihrer Mutter erkennen konnten und Abschied von dem Wunsch nahmen, ihrer Mutter emotional und körperlich wie ein Kind nahe zu sein. Dies löst bei einem Patienten zwar zunächst heftige seelische Schmerzen aus, führt schließlich jedoch zu einem Ablöseprozess, der in eine gesunde Trauer mündet.

Damit entfällt für den Patienten auch die Fixierung auf den leidvollen Seelenzustand seiner Mutter und das Bedürfnis, dieser helfen zu wollen. Die Stellvertreterin einer Mutter in einer solchen Aufstellung berichtete dann z.B. eine große Erleichterung, von ihrem Kind nicht weiter bedrängt und dadurch in ihre eigenen Traumagefühle gestoßen zu werden. Auf diese Weise kann aus der Distanz eine wohlwollende Beziehung der Mutter zum Kind entstehen.

**Wirkliche Schuldige benennen.-** Psychotische Depressionen können in der Regel nur aufgelöst werden, wenn der Hintergrund von schweren Schuldgefühlen im Familiensystem Aufklärung findet. Der wahre Schuldige muss gefunden und benannt werden. Dann kann sich der Patient aus dieser Verstrickung lösen und der seelischen Verwirrung durch die eigene Distanzierung und die Auflösung seiner seelischen Verstrickung mit einem Täter entkommen (vgl. dazu Ruppert, 2002, S. 245 ff.).

#### **Literatur:**

- Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (eds.), *Review of child development research* (vol. 3). Chicago: University of Chicago Press.
- Bach, I. & Coellen, M. (1986). Gestalttherapie. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression*. (S. 315-340). München: Ernst Reinhardt.
- Blöschl, L. (1991). Depressive Störungen: Intervention. In M. Perrez und U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 280-290). Bern: Huber.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. II. Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. III. Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1993). *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Breggin, P. (1996). *Giftige Psychiatrie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H., Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Köhler, L. (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brown, G. W., Harris, R. & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. *Brit. J. Psychiat.*, 1-18.
- de Jong-Meyer, R. & Cloer, E. (1995). Endogene Depression. In H. Reinecker (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Psychologie*. (S. 77-94). Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1992). *Weltgesundheitsorganisation - Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

- Dross, M. (1991). "Warum bin ich trotz allem gesund geblieben?" In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. (59-69). Heidelberg: Asanger.
- English, F. (1986). Transaktionsanalyse. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression*. (S. 219-244). München: Ernst Reinhardt.
- Ernst, A. (1995). Was Frauen krank macht - zur Medikalisierung des Alltags. In C. Sußmann (Hrsg.), *Schlucken und Schweigen? Frauen und Medikamente* (S.7-27). München: o.V. .
- Friedman, L., J. (1986). Systemorientierte Familientherapie. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression*. (S. 315-340). München: Ernst Reinhardt.
- Gove, W. R., Hughes, M. & Briggs, S. C. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122-131.
- Harlow, H. F. & Zimmermann, R. R. (1958). The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501-509.
- Hautzinger, M. (1995). Aktuelle depressive Episode. In H. Reinecker (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Psychologie*. (S. 65-75). Göttingen: Hogrefe.
- Hazleton, L. (1995). *Dein Recht, dich schlecht zu fühlen*. München: Goldmann Verlag.
- Hellinger, B. (1994). *Ordnungen der Liebe*. Heidelberg: Carl Auer.
- Holmes, J. (2002). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt.
- Kipp, J. & Jüngling, G. (1994). *Verstehender Umgang mit alten Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Muhr, C. (1978). *Depression. Tagebuch einer Krankheit*. Frankfurt/M. : Fischer.
- Reiners, H. (2002). *Das heimatlose Ich. Aus der Depression zurück ins Leben*. München: Kösel.
- Renne, K. S. (1971). Health and the marital experience in an urban population. *Journal of Marriage and the Family*, 33, 338-350.
- Richter, H. E. (1991). *Eltern, Kind, Neurose*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Riemann, F. (1985). *Grundformen der Angst*.
- Ruppert, F. (2002). *Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie*. München: Kösel.
- Saß, H., Wittchen, H.-U & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Slipp, S. (1986). Psychoanalyse. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression*. (S. 275-295). München: Ernst Reinhardt.
- Spiegel, R. (1991). Psychopharmakotherapie. In M. Perrez und U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention* (S. 161-174). Bern: Huber.
- Spitz, R. & Wolf, K. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic study of children*, 3, 313-342.
- Sulz, S. (Hrsg.) (1986). *Verständnis und Therapie der Depression*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wahl, R. (1994). *Kurzpsychotherapie bei Depressionen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Weber, G. (Hrsg.) (1995). *Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers*. Heidelberg: Carl Auer.
- Wieck, W. (1992). *Männer lassen lieben. Die Sucht nach der Frau*. Frankfurt/M.: Fischer.