

Heidi Möller

Didaktische Überlegungen zur Ausbildung von Psychotherapeuten, Fachspezifikum >Psychoanalyse/Tiefenpsychologie<

Die theoretischen Grundlagen einer Psychotherapieschule zu lehren, bietet einige Vorteile, die man bei anderen Gegenständen nicht so leicht findet. Wenn wir nämlich davon ausgehen, dass jeder Mensch (und schon gar einer, der Psychotherapeut werden will) menschliche Probleme und psychische Störungen nicht nur kennt, sondern auch einige davon hat, dann wird klar, dass man die Vermittlung von Lehre in diesem Bereich sehr persönlich gestalten kann – und eigentlich muss! In den folgenden Thesen soll dies aufgezeigt und mit einigen Beispielen demonstriert werden.

1. Lehre kann dann gelingen, wenn es den Dozenten gelingt, die Ausbildungskandidaten möglichst umfassend zu erreichen, d.h. ihr Denken, Fühlen und Handeln zu berücksichtigen

So macht es z.B. Sinn, die Lehrveranstaltung über Essstörungen/Adipositas mit der Imaginationsübung "Party" zu beginnen (Orbach 1984, 171). Die Teilnehmer erleben dabei nach einer kurzen Entspannung in der Fantasie, wie sich ihr Selbst- und Leibgefühl und ihre Beziehung zu den anderen einmal mit einem Idealkörper und dann schließlich im aufgeblähten, adipösen Zustand anfühlt. Über das Sammeln der Impressionen während der Imagination ist es recht leicht, die unbewusste Bedeutungen, die mit

Dicksein und Schlanksein verknüpft sind, vom Erleben her zur Theorie hin zu entwickeln. Die systematische Aufbereitung ist dann sehr viel lebendiger und wird von den Teilnehmern nicht mehr als mühsam erfahren.

Eine andere didaktische Möglichkeit im Seminar über Angststörungen besteht darin, dass man die Teilnehmer ihre „Angstbiografie“ aufzeichnen lässt. Man versucht dabei, entlang einer Zeitachse die verschiedenen Ängste, die man als Kind, als Adoleszenter, junger Erwachsener etc. hatte, aufzulisten und auf ihre Rationalität/Irrationalität hin zu befragen. Das Ergebnis dieser Reflexion kann man dann in einem vertrauten Zweier-Dreiergespräch erläutern lassen. Auch dabei wird in einem ersten Anlauf klar, mit welchen Kriterien Ängste als pathologisch oder realitätsgerecht, beurteilt werden, wie sehr sie vom Lebensalter abhängen, ob sie „von selbst“ verschwinden bzw. nur durch fremde Hilfe bewältigbar erscheinen. Auch literarisch-belletristische Beispiele können sehr hilfreich sein.

2. Lehre kann dann gelingen, wenn man die Verlaufsform des Unterrichtskonzepts vom Erleben zum Verstehen verfolgt

In einem Seminar zur Grundlegung von Übertragungs- Gegenübertragungsphänomenen lässt sich beispielsweise durch eine kurze Sensibilisierung der Teilnehmer für eigene Übertragungsauslöser, die sie senden, die Geschichte des Übertragungsbegriffs in der psychoanalytischen Theoriebildung zeigen. Die Kandidaten erfahren durch Feedback der anderen, welche Erwartungen, Ängste, Kompetenzzuschreibungen sie durch ihr jeweiliges, schlichtes Sosein evozieren. Diese Sequenz lässt sich wie eine Laufstegübung anlegen. Es ist ebenso möglich nur das Hereinkommen und Setzen der Seminarteilnehmer zum Ausgangspunkt zu nehmen; auch die erinnerten Assoziationen, die bei der ersten Begegnung zu Beginn der Ausbildung entstanden sind, ermöglichen selbsterfahrungsorientiertes Lernen.

3. Lehre kann dann gelingen, wenn die Ressourcen der Teilnehmer aktiviert werden

Nach einem abgeschlossenen Studium und Jahren der beruflichen Tätigkeit in unterschiedlichen Feldern darf die Kränkung, die es bedeutet, erneut den Schülerstatus einzunehmen, nicht unterschätzt werden (vgl. Möller 1998). Den begleitenden Affekten lässt sich sicher am ehesten begegnen, indem die Dozenten die Ausbildungskandidaten immer als zukünftigen Kollegen respektvoll betrachten. Eine praktische Möglichkeit ist aber auch, die Kenntnisse der Teilnehmer, die sie sich bereits erworben haben systematisch zu nutzen. Als Beispiel sei ein Seminar "Krise und Suizidalität" genannt, in dem in drei Kleingruppen das Wissen der Kandidaten zum Ausgangspunkt des Seminars gemacht wird. Sie beantworten die Fragen arbeitsteilig nach Krisenauslösern, Krisenphänomenen und Wegen aus der Krise heraus. Dies hat den Vorteil, dass die Teilnehmer sich in ihrer Professionalität zeigen können und voneinander lernen. Der Dozent ermöglicht durch ein solches Vorgehen zudem, das Niveau der Lehrveranstaltung optimal an den Wissens- und Erfahrungsstand der Kandidaten anzupassen. Nach einer Posterpräsentation wird Fehlendes ergänzt und/oder die Arbeitsergebnisse systematisiert. Die Teilnehmer sind von Beginn an der Theorieentwicklung beteiligt und halten zumeist dieses Aktivitätsniveau über die gesamte Veranstaltung, auch weil sie sich als kompetente Kollegen angesprochen fühlen.

4. Lehre kann dann gelingen, wenn man die Person der Ausbildungskandidaten nicht heraushält

In einer Kleingruppenarbeit zur Frage: Welche Patienten machen mir die meiste Mühe? Mit welcher Klientel arbeite ich am liebsten? Können individuelle Übertragungs-Gegenübertragungsdynamiken deutlich gemacht und eventuelle Kollusionsneigungen aufgedeckt werden. Mit dieser Übung sensibilisieren sich die Teilnehmer für ihre spezifischen Kompetenzen und Gefahrenstellen,

z.B. für notorische Eigenübertragungen. Unsere Didaktik kann an diesem Punkt als berufsbezogene Selbsterfahrung verstanden werden, die jedoch in deutlicher Abgrenzung zur Lehrgruppenanalyse zu sehen ist. Berufsbezogene Selbstreflexion hält weder die Person heraus, noch stellt sie sie so stark wie in der Lehrtherapie in den Mittelpunkt. Selbsterfahrung in den Seminaren verläuft immer als triangulärer Prozess: die Person des Seminarteilnehmers wird immer über die Bezogenheit zum Klientel und in Hinblick auf die neu zu erlernende Rolle betrachtet. Hier finden sich deutliche Analogien zur Supervision: die Person wird nur berufsbezogen fokussiert, immer in Hinblick auf künftige Klienten, alles andere gehört in die Lehrtherapie.

5. Lehre kann dann gelingen, wenn man die Möglichkeiten des gruppalen Settings nutzt

Wahrhaft psychoanalytisches Unterrichten heißt, unsere Möglichkeiten im Sinne des szenischen Verstehens (Argelander 1970) und der Spiegelphänomene (Kutter 1992) ausschöpfen. Gruppendynamik und fachliche Inhalte beeinflussen einander stets. Es ist sinnvoll, immer wieder einmal die Gruppenstimmung in den Fokus der Aufmerksamkeit zu nehmen und diese auf Gegenübertragungsphänomene auf das Thema bezogen zu untersuchen. Welche Stimmung breitet sich im Seminar beim Thema Sucht aus und warum? Welche Befindlichkeiten dominieren das Seminar zu Krise und Suizid? Welche Affekte sind u.U. als Gegenübertragungsphänomene auf das zu behandelnde Störungsbild (narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Syndrom) zu sehen? Es macht Sinn, den Ansatz Balints bei der Darstellung von Störungsbildern so viel wie möglich zu nutzen, um ein anschauliches Erleben z.B. von Spaltungsprozessen und Gegenübertragungsphänomenen zu ermöglichen.

6. Lehre kann dann gelingen, wenn Ausbildung auch übende Teile enthält

Viele Ausbildungskandidaten mit wenig Praxiserfahrung erleben es als hilfreich, sanft an die neue Rolle des Therapeuten herangeführt zu werden. Dies kann zu Beginn geschehen, indem in einem Rollenspiel der "unmögliche Therapeut" verkörpert wird. Die Übung dient der Entlastung von allzu viel professionellem Über-Ich-Druck. Ein wichtiger Baustein, um den neuen Beruf des Psychotherapeuten zu erlernen, stellt die Triadenarbeit dar. Die Kandidaten finden sich zu dritt in Kleingruppen zusammen und verteilen die Rollen: Ein Teilnehmer geht in die Rolle des tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeuten. Zu Beginn lässt sich die Hemmschwelle senken, indem die Rolle „aufmerksamer Begleiter“ genannt wird. Der Klient wird entweder im Rollentausch mit einem vertrauten "echten Klienten" verkörpert und/oder es wird eigenes biographisches Material zur Verfügung gestellt. Der Beobachter achtet auf den zeitlichen Rahmen (mahnt z.B. fünf Minuten vor Ablauf der vereinbarten Zeit zum Ende zu kommen) und betrachtet den Interaktionsprozess und eigene Gegenübertragungsphänomene um den zukünftigen Kollegen zum Abschluss der Arbeitssequenz Feedback zu geben. Diese Lernform kann als eine Form von Live-Supervision jenseits des Praxisdrucks gesehen werden. Die Seminarteilnehmer können vereinbaren, jederzeit ein "Timeout" zu nehmen und sich mit dem Plenum, dem Beobachter und/oder Klienten zu beraten, welches der nächste Interventionsschritt sein könnte. Rückfragen sind also immer möglich und bestehende blinde Flecken können erkennbar und damit bearbeitbar werden.

7. Lehre kann dann gelingen, wenn wir im Kontakt zu den Teilnehmern bleiben

Zu Beginn der Ausbildung kann durch Namensspiele schnell eine persönlichere Ansprache ermöglicht werden. Auch wenn Dozenten nur wenig unterrichten, lohnt es sich, die Namen zu ler-

nen, indem z.B. Namensschilder ausgeteilt werden. Da auch Dozenten in die regelmäßigen Besprechungen der Lernfortschritte der Kandidaten einbezogen werden, macht es Sinn, die Namen zu lernen und zu erinnern.

Befindlichkeitsblitzlichte im Laufe von anstrengenden Wochenenden (sofern solche eingeplant sind, was dringend empfohlen wird!) machen den Dozenten die Arbeit leichter. Sie können auf diese Weise überprüfen, ob sie die Kandidaten über- oder unterfordern, wieviel Aufmerksamkeit noch zur Verfügung steht und u. U. durch methodischen Wechsel, das "Ausklinken" der Ausbildungskandidaten verhindern. Auch Bewegungsübungen zwischendurch haben bei Ermüdungserscheinungen günstige Effekte. Durch Kurzblitzlichte (z.B. werden am Abend die Teilnehmer aufgefordert, Symbole für den Verlauf des Tages zu finden) steigert sich die Selbstaufmerksamkeit der Teilnehmer, sie üben sich in ihrer Symbolisierungsfähigkeit und der Dozent erhält ein Feedback über seine Lehre.

Durch Kleingruppenarbeit gerade zu Beginn der Ausbildung kann die Vertrautheit miteinander systematisch erweitert werden. Bei der Kleingruppenbildung kann der Wahlmodus der Einzelnen fokussiert werden. Tiefenpsychologisch/psychoanalytisch zu unterrichten heißt immer auch, die Möglichkeiten unserer Theorie voll auszuschöpfen.

Es ist außerdem sinnvoll, die jeweilige Ausbildungskohorte als Lebensgemeinschaft auf Zeit zu begreifen und viel für deren Vernetzung und die Gruppenkohärenz tun.

Beispiel: Depressive Störungen

Exemplarisch wird nun ein Unterrichtsentwurf gezeigt, wie er für den Stil der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP) kennzeichnend ist. Die Seminarteilnehmer sollen in dem zehn Unterrichtsstunden umfassenden Seminar die Phänomenologie depressiver Erkrankungen kennen lernen. Sie sollen sicherer werden in der Diagnostik und Interventionsplanung. Neben der Sozialepidemiologie des depressiven Störungsbildes gilt es, sich differenzialdiagnostisch zu stärken. Die wichtigsten ätiologischen Konzepte werden vorgestellt und die Seminarteilnehmer setzen sich mit der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik depressiv Erkrankter auseinander, um die Psychodynamik des Einzelfalls zu erleben und generelle Anregungen zur Diagnostik und Intervention zu bekommen.

Allgemein anerkannt ist die Aussage, dass affektive Störungen, und hier insbesondere die Depressionen, zu den häufigsten psychischen Störungen des Erwachsenenalters gehören. Epidemiologische Untersuchungen in verschiedenen europäischen Ländern weisen darauf hin, dass etwa 15-30 % aller Erwachsenen irgendwann während ihres Lebens klinisch manifeste depressive Episoden zumeist mittleren Schweregrades durchmachen. Dabei sind die neurotischen und reaktiven Depressionen etwa zehnmal so häufig wie die „endogenen“ und psychotischen Depressionen. Die Ausbildungskandidaten werden in diesem zehnstündigen Seminar mit der Symptomatik, der Häufigkeit und dem Verlauf der Störung, der Diagnostik, Ätiologie und Psychogenese depressiver Störungen vertraut gemacht. Neben der Fokussierung der zentralen Konflikte, werden typische Übertragungs-Gegenübertragungsfiguren und der Behandlungsverlauf besprochen.

1. Träume Depressiver
(Kleingruppenarbeit, Präsentation im Plenum) (60 Min.)
2. Häufigkeit, Alter, Geschlecht und soziale Schicht
(Vortrag) (30 Min.)
3. Symptomatik (Arbeit im Plenum) (45 Min.)
4. Diagnose und Differentialdiagnostik
(Vortrag und Diskussion) (60 Min.)
5. Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik
(Rollenspiel, Plenum) (120 Min.)
6. Ätiologie, Psychogenese und Psychodynamik (Vortrag) (45 Min.)
7. Fallbeispiel
(Kleingruppenarbeit, Präsentation im Plenum) (90 Min.)

1. Träume Depressiver

Den Einstieg des Seminars bilden einige Träume Depressiver, die einen besonders guten Einblick in ihre Innenwelt bieten. Die Träume sind dem Buch von Will et al. (2000, S. 19f.) entnommen und werden als Handout verteilt. Der Arbeitsauftrag der Kleingruppen (4-5 Teilnehmer) lautet:

Welche zentralen Themen tauchen in den Träumen auf?

Welche Hinweise geben die Träume auf die Landkarte der inneren Objekte?

Welche zentralen Konfliktkonstellationen lassen sich zeigen? (Verweis auf die Kenntnisse des OPD)

Die Seminarteilnehmer werden aufgefordert, ihre Arbeitsergebnisse auf Flipchartpapier zu notieren und eine Person für die spätere Präsentation im Plenum zu wählen.

Handout

- Eine 29jährige Jurastudentin, die sich im Vergleich zu ihren Mitstudentinnen alt und hässlich findet, träumt von einem Kommilitonen, der jung und schön ist. „Wir haben uns geküsst und waren zärtlich zueinander. Aber ich habe es nicht genossen, weil ich das Gefühl hatte, er wird mir eh nur weh tun und mich verletzen. Das kann ja nichts werden“.

- Ein 27jähriger Soziologe erzählt im zweiten Vorgespräch folgenden Traum: „Ich sitze hier bei Ihnen und Sie hören mit nicht zu. Unter der Oberfläche brodelt es bei mir, die Kehle ist mir zugeschnürt. Ich bin im Traum herausgeplatzt und habe sehr laut gesagt: ‚Sie sind doch dafür da, mir zuzuhören!‘“ Er habe sich im Traum sehr verletzt und enttäuscht gefühlt, und diese Gefühle seien ihm sehr bekannt.

- Ein 33jähriger Jurist träumt: „Ich war auf einem Ausflug mit einer Bekannten. Wir hatten eine Panne mit dem Auto. Sie verschwand dann einfach und ließ mich sitzen. Ich saß eine Woche mit dem kaputten Auto da, und am Schluss wurde mir dann noch mein Geldbeutel und der Schlüssel gestohlen.“

- Folgender Traum stammt von einem 25jährigen Studenten, der in der Kindheit bei Mutter und Vater auf viel Unverständnis gestoßen war: „Ich hatte heute einen Traum mit einem Embryo gehabt. Es war eine Frau, die ihren Enkel auf dem Arm gehabt hat, ein Baby war das. Das war in meinem Heimatort, ich habe genau das Haus und die Tür gesehen. Sie sagte mir, das ist das Kind von der J. Ich bin dann in der Mensa gewesen mit dem Baby, und das wurde immer kleiner und war schließlich ein Embryo in meiner Hand. Es ist mir ins Essen gefallen und war in der Soße, wie eine Kaulquappe, die ihren Schwanz verliert“.

- Nach dramatischen Zuspitzungen hat ein 47jähriger Grafiker sich von seiner Lebensgefährtin getrennt. Seit längerem schon war er im Zusammenhang der Streitigkeiten depressiv dekompenziert.

In der folgenden Nacht hat er zwei Träume: „Ich beobachte, wie sich vom Fenster meiner Wohnung eine Katze herausstürzt, vom 3. Stock aus auf das Pflaster, und ganz platt daliegt. Sie hat sich dann weggeschleift, schwer verletzt“. Er ist verzweifelt und muss weinen, als er von den Geschehnissen der letzten Tage berichtet. Er erzählt den zweiten Traum: „Da war ein Mensch, der hatte blutige Armstümpfe und Beinstümpfe und versuchte irgendwie wegzukommen“.

- Eine 26jährige Praxisassistentin erzählt ihren Initialtraum: „Ich ging auf der Straße und hatte einen Traum mit Ihnen (dem Analytiker). Es war schon fünf oder sechs Minuten nach der Zeit; ich bin geeilt. Statt der Tür war eine Glastür da. Ich konnte Sie sehen, Sie haben telefoniert, ich habe Sie gestört. Es war unangenehm, weil ich wusste, was nachher kommen würde, ich hab gedacht, jetzt kriege ich von Ihnen eine auf den Deckel“.

- Eine 51jährigen Apothekerin träumt: „Es war in einem Rohbau im Keller, ein Raum mit Möbeln. Eine Frau lag auf dem Boden und verlangte, dass ich ihr mit Gegenständen den Kopf einschlage. Das klappte nicht. Ich versuchte, ihr die Hände mit den Haaren zu fesseln, zog ihr dabei den Kopf aus dem Hals, dann war sie tot. Ich wollte jemand holen, aber es war niemand da. Sie sagte noch, schalte das Radio ab“.

Anschließend werden die von den Kandidaten erarbeiteten Ergebnisse im Plenum gebündelt. Dabei sind folgende Aspekte bedeutsam:

- Ideale Beziehungserwartung und Enttäuschung
- Hilflosigkeit und Verzweiflung
- Narzisstische Wunde, Defizit im Ich
- Aggression, Schuld und Bestrafung
- Aggression und Zerstörung
- Suizidalität und Tod

2. Häufigkeit, Geschlecht, Alter und soziale Schicht

In einem Kurzvortrag werden die wichtigsten epidemiologischen Forschungsergebnisse referiert: Für die städtische Bevölkerung Mannheim fand Schepank (1987) in seiner psychoanalytisch orientierten Feldstudie unter 600 Bürgern 23, bei denen eine „depressive Neurose“ diagnostiziert wurde, 187, die über „depressive Verstimmungen“ klagten, und 224, die von den Untersuchern als „depressive Persönlichkeitsstruktur“ ohne akuten Krankheitswert eingeschätzt wurden, wobei jeweils die Frauen weit überwogen.

Während die Epidemiologen lange Zeit darin übereinstimmten, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer an Depressionen erkranken, und dass dieses Verhältnis von 2:1 für alle Depressionsformen gilt, scheint sich in letzter Zeit die Situation zu ändern. Einerseits zeigen neue Untersuchungen, dass Frauen nicht häufiger als Männer an depressiven Störungen erkranken, sondern dass sie eine sehr viel höhere Rückfallneigung haben und zu chronischen Verläufen neigen; andererseits scheinen Männer heute offener als früher über ihre emotionalen Befindlichkeiten zu sprechen, erhalten deswegen häufiger die Diagnose Depression. Im Vorfeld depressiver Erkrankungen finden sich gehäuft belastende Lebensereignisse. Brown und Harris (1978) fanden in ihrer bekannten Studie über die sozialen Ursprünge depressiver Störungen bei Frauen in Süd-London und auf einer Hebriden-Insel, dass Verlust und Enttäuschung die zentralen Wirkfaktoren der auslösenden Ereignisse waren. Häufig genannt wurden außerdem Trennung vom Ehepartner und Tod eines Elternteils, also signifikante Objektverluste.

3. Symptomatik

Sehr anschauliche Beschreibungen der depressiven Problematik finden sich in der Depressionsfibel von Faust (1987). Diese Systematik dient als Grundlage des Zusammentragens der Erfah-

rungen der Ausbildungskandidaten. Die Struktur des Sammelns erfolgt anhand der Kategorien:

Äußerer Eindruck: niedergeschlagen, monotone Stimme, reduzierte Mimik und Gestik, Verlust an Vitalität und Lebensfreude, typische Körperhaltung und -bewegung, auch Missmut und Gereiztheit u. a.

Psychische Symptome: traurige Verstimmung, Lustlosigkeit, Interessenlosigkeit, Energielosigkeit, Passivität und Apathie, einhergehend mit innerer Erregung und psychomotorischer Unruhe, unergiebiges Grübeln und Gedankenkreisen u.a.

Körperliche Symptome: vegetative Funktionen und Missempfindungen, Globus- oder Würgegefühl im Hals („Kloß“, „Zusammenschnüren“), Verdauungsstörungen, verstärkte Geräuschempfindlichkeit, Libidoverlust u.a.

Symptome, die die Teilnehmer nicht erwähnen, werden entsprechend der Depressionsfibel ergänzt.

4. Diagnose und Differenzialdiagnostik

Einige Jahrzehnte lang war man sich darüber einig, die depressiven Erkrankungen in drei Gruppen aufzuteilen: organisch bedingte und symptomatische Depressionen, endogene Depressionen mit bipolarer oder monopolarer Verlaufsform und psychogene Depressionen bei depressiven Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und depressiven Reaktionen.

Diese Aufteilung bestimmt noch den Diagnoseschlüssel psychiatrischer Erkrankungen die ICD-9 der WHO von 1978. Mit der idealtypischen Gegenüberstellung von psychotisch/endogen und neurotisch/reaktiv waren die meisten Kliniker sehr zufrieden, weil sich gut damit arbeiten ließ, die Wissenschaftler aber nicht, was zu neuen Einteilungen in neuen diagnostischen Manualen (ICD-10, DSM III, DSM III-R, DSM IV) geführt hat. Hier werden die depressiven Störungen überwiegend in die Gruppe der affektiven Störungen einge-

ordnet und von den übrigen neurotischen und psychosomatischen Störungen getrennt. Mit dieser neuen Klassifikation ist die neurotische Depression im Grunde keine neurotische Störung mehr. Hintergrund dessen ist der immer wieder aufflackernde Konflikt zwischen biologisch orientierten Psychiatern und psychodynamisch denkenden Theoretikern. Die Verschiebung der Symptomatik hin zu den affektiven Störungen legt zudem eine medikamentöse Behandlung nahe und verlagert diese große Störungsgruppe in die Zuständigkeit der Medizin. Die Diagnose Dysthymia der ICD 10 entspricht noch am ehesten der in der psychoanalytischen Literatur beschriebenen neurotischen Depression und wird deshalb vorgestellt:

F34.1 Dysthymia

A: Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.

B. Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes sind so schwer oder dauern so lange an, so dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung (F33.0) erfüllen.

C. Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen:

1. verminderter Antrieb oder Aktivität
2. Schlaflosigkeit
3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit
4. Konzentrationsschwierigkeiten
5. Neigung zum Weinen
6. Verlust des Interesses oder Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten
7. Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung
8. erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des

täglichen Lebens fertig zu werden

9. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit

10. sozialer Rückzug

11. verminderte Gesprächigkeit

Von klinisch großer Relevanz sind ebenfalls die weniger chronisch, sondern episodisch verlaufenden depressiven Störungen, die sog. depressiven Episoden (F32), die in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.3) Formen sowie in rezidivierende depressive Störungen (F33) unterteilt werden.

F 32 Depressive Episoden

Die betreffende Person leidet in diesen Episoden gewöhnlich unter gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs. Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung. Deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf.

Andere häufige Symptome sind:

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)

Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen

Schlafstörungen

Verminderter Appetit

5. Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik

Zur tiefenpsychologischen Diagnostik gehört jedoch, neben der obligaten und sorgfältigen Erhebung der Symptome und der

Bestimmung des Strukturniveaus, die Auswertung der szenischen Informationen und der Gegenübertragungseindrücke. Die Teilnehmer holen sich Erinnerungen an depressive Bekannte, Verwandte (keine Familienmitglieder!!) oder Patienten, die sie in der Klinik während der Hospitation kennen gelernt haben, vor ihr inneres Auge. Um ein psychodynamisches Verständnis der speziellen Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation zu entwickeln wird folgendes Rollenspiel angeleitet:

Ein Teilnehmer stellt (kurz) einen depressiven Klienten vor. Er macht nur Angaben zum Geschlecht, zum Alter, den äußeren Umständen und umreißt in einigen Sätzen die Problematik. In die Mitte des Kreises werden zwei Stühle gestellt. Der Berichtende nimmt auf einem Stuhl Platz und sucht sich einen Teilnehmer als Protagonisten für den vorgestellten Menschen. Er tauscht den Platz mit dem (stummen) Patienten und gibt einige Sätze vor, die derjenige äußern könnte. Es erfolgt wiederum ein Platzwechsel, und der depressive Protagonist wiederholt diese Sätze sinngemäß. Der Berichtende sagt dazu gar nichts. Die Gruppe wird aufgefordert, diese Sätze auf sich wirken zu lassen und sie eventuell nochmals zu wiederholen. Dann bekommt die Gruppe die Aufforderung, sich sowohl mit dem depressiven Patienten als auch mit dem Berichtenden, dem Therapeuten, zu identifizieren und sich in ihre Gedanken und Affekte einzufühlen. Jedes Gruppenmitglied kann aufstehen und sich als vorgestellter Rolleninhaber dazu äußern, und zwar in der Ich-Form. Man stellt sich dabei hinter den jeweiligen Stuhl, auf dem die beiden (Therapeut und Patient) sitzen bleiben und „doppelt“. Der depressive Patient könnte z.B. sagen: „Niemand fühlt sich so elend wie ich“. „Mich kann ja doch keiner verstehen“. Oder: „Ich verabscheue alle fröhlichen Menschen“. Der Berichtende könnte empfinden: „Wie mich das nervt, immer diese Klagen!“ „Er tut mir ja so leid, könnte ich nur etwas tun!“ Oder: „Ich fühle mich so hilflos“. Das Doppeln sollte sehr ruhig erfolgen. Jeder Teilnehmer kann sich so oft einfühlen, wie sie nur will, und natürlich auch in jeder Positi-

on. Wenn sich niemand mehr meldet, gehen die beiden aus der Mitte wieder in den Kreis. Sie werden als erstes vom Seminarleiter befragt: „Welche Dopplung kam Ihnen sehr adäquat vor? Wo haben Sie sich missverstanden gefühlt? Was ist Ihnen nahe gegangen?“ Dann werden die Rückmeldungen aus dem großen Kreis angesprochen: „Was hat Sie besonders getroffen? Wo haben sich eigene Erinnerungen eingestellt?“ Das Spiel hat sehr viele Facetten. Der Leiter der Gruppe merkt sich die wichtigsten und kann daran wieder ein Stück theoretisch weiterarbeiten: am „Inneren“ der Depression und an der Gegenübertragung des Therapeuten.

6. Ätiologie, Psychogenese und Psychodynamik

In der psychoanalytischen, aber auch in der älteren psychiatrischen Literatur wurden immer wieder spezifische Kindheitserfahrungen als ätiologische Faktoren für die Genese der Depression entdeckt. In „Trauer und Melancholie“ postulierte Freud (1916-17g) die pathologische Verarbeitung eines frühkindlichen Objekt- oder Liebesverlustes als Prädisposition zur Erwachsenenendepression. Abraham (1924) sprach von einer schweren Liebesenttäuschung an der Mutter, welche dem Kind plötzlich unerreichbar wurde, und einer darauf folgenden kindlichen Urverstimmung, die in der Erwachsenenendepression wiederbelebt werde. In den folgenden Jahrzehnten kristallisierten sich allmählich folgende zentrale Themen heraus: das Vorliegen signifikanter Objektverluste in der Kindheit, eine widrige Lebensumwelt, die nicht adäquat auf das Kind eingehen konnte, und das Vorherrschen elterlicher oder familiärer Bedürfnisse, denen das Kind sich anzupassen hatte – und nicht umgekehrt – was seine Entwicklung zur psychischen Verselbständigung behindert.

Zur Psychogenese werden folgende Konzepte vermittelt: die „böse“ Mutter (Abraham 1911), die „tote“ Mutter (Green 1983), die doppelte Enttäuschung (Abraham 1924), die Urverstimmung,

die Hilflosigkeit, der Rückzug und die Passivität (Dornes 1997, Mahler 1966) und die Introjektion, die narzisstische Identifizierung und die Über-Ich-Bildung (Freud 1916-17g).

Bei der Psychodynamik einer Störung geht es um die Erarbeitung der typischen und zentralen Konflikte. Der depressive Grundkonflikt ist begründet in der Unverträglichkeit zweier Wünsche: einerseits dem Liebesobjekt nahe sein zu wollen bis hin zur Verschmelzung, andererseits eine Wut ausleben zu wollen, die bis hin zur Zerstörung des Objekts oder seiner selbst gehen könnte. Im folgenden werden einige neurotische Konfliktlösungen der Depressiven vorgestellt, wie sie aus der Verarbeitung dieser Grundsituation entstanden sind:

Orale Konflikte und Regression, Selbstwertkonflikte, Über-Ich- und Schuldkonflikte sowie Verlust, Hilflosigkeit und akute Depression.

7. Fallbeispiel

Die vorgetragenen Inhalte werden anhand eines Fallbeispiels in Kleingruppen vertieft und zum Abschluss im Plenum eingebracht.

Symptomatik

Der Pat., ein ungelernter Tischler, 46 Jahre alt, gibt an, sich nicht zu kennen. Er drehe sich im Kreis. Er sei entscheidungsschwach. So schiebe er seine Scheidung vor sich her, obwohl er seit vier Jahren von seiner Familie getrennt lebe. Der Kinderwunsch seiner neuen Freundin scheint ein weiterer Grund für die Konsultation zu sein. Er fühlt sich zu alt, um noch einmal Vater zu werden, möchte auf der anderen Seite seine Partnerin nicht verlieren und nicht enttäuschen. Die Schuldgefühle über das Verlassen der Familie kompensiert er in Träumen, mit all seinen Kindern und seiner neuen Partnerin zusammenzuleben. Die Kinder (5-jähriger Sohn und 7-jährige Tochter) leben weit entfernt. Er vermisst den Alltag mit ihnen

und bemüht sich um intensiven Kontakt, so weit dies in seinen Möglichkeiten steht. Er hat vor 14 Tagen seine Arbeit als Schreiner verloren und ist recht verzweifelt darüber, wie er seinen hohen Unterhaltsverpflichtungen nachkommen kann. Der Pat. beschreibt sich als Einzelgänger, der sich selbst nicht mag. Erst im Laufe des Gesprächs wird das Ausmaß seiner Selbstverachtung deutlich: „Ich bin ein Arschloch und Kleinganove“. Er hat keinerlei Freude am Leben, wundert sich, dass Menschen mit ihm Kontakt haben wollen. Er sei egozentrisch, lethargisch und auf nichts stolz, was er bislang erreicht habe. Seine Selbstanklagen lassen sich kaum unterbrechen. Massive Einschlafstörungen und Grübelzwänge werden gegen Ende des Gesprächs deutlich.

Lebensgeschichte

Der Pat. ist im häuslichen Milieu in einer Kleinstadt aufgewachsen. Er hat sieben Geschwister, von denen drei gestorben sind. Der Vater (+44) war Buchhalter und ist an einem Schlaganfall gestorben, als der Pat. sechs Jahre alt war. Der Pat. war zu der Zeit in den Ferien und sollte auch der Beerdigung nicht beiwohnen. Der Verlust traf ihn völlig überraschend. Er hat den Vater als liebevollen, sympathischen Mann in Erinnerung, der den Kindern Süßigkeiten unter das Kopfkissen tat und schön mit ihnen gespielt habe. Er habe allerdings viel getrunken und seine Zeit gern mit Freunden in Kneipen verbracht. Zwischen den Eltern erinnert der Pat. ständigen Streit ums Geld, die Familie war sehr arm. Die Mutter (+35) wird als fröhlich, gestresst, streng und brutal beschrieben, die mit viel Arbeit die Kinder durchgebracht habe. Sie sei sehr hübsch gewesen, habe auch gern gefeiert und täglich bis zu 100 Zigaretten geraucht. Sie sei vor zwei Jahren elendig gestorben. Als der Pat. zwei Jahre alt war, gebar die Mutter ein Zwillingsspaar, das nach sechs Monaten verstarb. Sein großer Bruder habe versucht, nach des Vaters Tod dessen Stelle einzunehmen, womit der Pat. nicht einverstanden

war. Er schildert sich seit diesem Zeitpunkt als aufsässig. Er sei mit allen Lehrern angeeckt, habe die Schule geschwänzt und selbst im Gymnasium, auf dem sein ältester Bruder Lehrer war, nach anfänglich guten Leistungen nur protestiert. Er verweigerte das Abitur und beging, um rauchen und ins Kino gehen zu können, Diebstähle. Nach einer Lehre zum Bauzeichner verließ er sein Heimatland und lebte sechs Jahre im europäischen Ausland, wo er sich als Drogendealer seinen Lebensunterhalt verdiente. In dieser Zeit lebte er exzessiv, konsumierte harte Drogen und trieb sich im kriminellen Milieu herum. Vor 16 Jahren flüchtete er quasi als Selbstheilungsversuch in ein Dorf, konnte auf seinen Drogenkonsum bis auf Haschisch verzichten und arbeitete als Kellner. Nachdem er seine Frau kennen gelernt hatte, machte er sich mit einer Gaststätte selbständig und arbeitete nahezu rund um die Uhr. Seine Frau war ihm aufgefallen, da sie in einer Kneipe mit 7-8 Männern mithalten konnte, ihr Lachen und ihre Schönheit imponierten ihm. Er habe keine Kinder gewollt, es sei „einfach so“ passiert. Auf meine Frage, ob er sich so gefühlt habe, als ob sie ihm die Kinder untergeschoben habe, mag er nur zögerlich zustimmen, es scheint ihm ein zu massiver Angriff auf seine Frau zu sein. Stattdessen beschreibt er seine nicht einfühlsame Art und seine Egozentrik. Insbesondere seine Tochter, die er als schön, ihn fordernd und humorvoll beschreibt, ist ihm sehr ans Herz gewachsen. Ihr zuliebe gab er seine Selbständigkeit auf und arbeitete als Angestellter in der Gastronomie, um mehr Zeit für sie zu haben. Sein Sohn bleibt in den Schilderungen blasser, er wurde 18 Monate später geboren, ebenfalls „aus Versehen“. Die Atmosphäre zwischen den Eheleuten bleibt im Dunkeln, er kann wohl nichts Kritisches anmerken. Er wirkt in dieser Zeit recht einsam und nicht sozial integriert. Seine neue Partnerin (32 Jahre) kennt er seit 10 Jahren, sie sei sehr verliebt in ihn gewesen. Er habe sie aber zurückgewiesen, da sie ihm zu jung und unerfahren gewesen sei. Später geht er auf die Wünsche der als sportlich, intelligent, liebenswürdig und wenig böse geschilderten starken

Frau mit hohen Zielen ein und zieht zu ihr, nachdem sie ihn vor die Entscheidung gestellt hat. Er hatte zudem seine Arbeit aufgrund seiner „Aufsässigkeit und Arroganz“ verloren und suchte per Internet eine Anstellung am Heimatort der neuen Partnerin. Die Beziehung habe viel Potential, die Sexualität sei zufriedenstellend. Er sei jedoch recht renitent, etwas von sich preiszugeben, sie müsse ihm alles aus der Nase ziehen.

Lernziele:

- Sozialepidemiologie der depressiven Erkrankungen
- Differentialdiagnose
- Konzepte zur Psychogenese der depressiven Erkrankungen
- Psychodynamik des Einzelfalls

Literatur:

- Abraham, K. (1911): Giovanni Segantini. In: Ders. (1971): *Psychoanalytische Studien*, Bd. 2. Frankfurt/M.: Fischer, 269-328.
- Abraham, K. (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Ders. (1971): *Psychoanalytische Studien*, Bd. 1. Frankfurt/M.: Fischer, 113-183.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978): *Social origin of depression. A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock.
- Dornes, M. (1997): *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Faust, V. (1987): *Depressionsfibel*. Stuttgart, New York: Fischer.
- Freud, S. (1916-17g): Trauer und Melancholie. *GW X*, 427-446.
- Green, A. (1983): Die tote Mutter. *Psyche*, 47, 205-240.
- Kutter, P. (1992). Das direkte und indirekte Spiegelphänomen. In: H. Pühl (Hrsg.). *Handbuch der Supervision I*, S. 291-302. Berlin: Edition Marhold.
- Mahler, M. (1966): Notizen zur Entwicklung von Grundstimmungen: Der depressive Affekt. In: *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett-Cotta, 309-326.
- Möller, H. (1998). Schamerleben in Supervisionsgruppen. *Gruppendynamik*, 4, 403-419.
- Orbach, S. (1984). *Anti-Diät Buch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Esssucht*. München: Frauenoffensive.
- Schepank, H. (1987): *Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Berlin: Springer.
- Will, H. et al. (2000): *Depression. Psychodynamik und Therapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.