

DEPRESSION

HINWEISE FÜR DEN PRAKTISCHEN ARZT,
WANN EIN PSYCHOTHERAPEUT KONSILIARISCH
HINZUGEZOGEN WERDEN SOLLTE

Von
Prof. Dr. Michael B. Buchholz

DEPRESSION - VON DEN SYMPTOMEN ZUR INTERAKTION

Das Krankheitsbild der Depression scheint neben Herzinfarkt und Alkoholismus zu einer der großen Volkskrankheiten geworden zu sein. Sie gilt nicht nur als die häufigste psychische Erkrankung, sondern zählt zu den fünf häufigsten Erkrankungen überhaupt (Wolfersdorf und Rupprecht 2001). Ihre Prävalenzrate beträgt – nach verschiedenen Schätzungen – zwischen 15 und 30 % der Bevölkerung, sie verläuft bei etwa 50% der Betroffenen (Frauen etwas häufiger) chronisch; diese werden sich nie mehr so recht davon befreien und zu unbefangener Lebensfreude zurückfinden können. Etwa 15% der Betroffenen versuchen ihr Leben mit einem Selbstmordversuch zu beenden (Wolfersdorf 1990). Die Kosten der Depression und ihrer gesundheitsökonomischen Folgen wurden in den USA auf 30 Milliarden Dollar geschätzt (nach Greenberg, Stiglein, Finkelstein und Berndt 1993). Das macht verständlich, daß die verschiedensten schulischen Zugänge um die „richtige“ Behandlung der Depression wetteifern, bestehe sie nun in „Gesprächen“ oder in der Gabe von Medikamenten. Dem Ernst dieser Lage steht als scharfer Kontrast entgegen, daß es Mode geworden ist, sich bei zahllosen Gelegenheiten als „deprimiert“ zu bezeichnen und dabei jeden Zusammenhang zwischen einem möglicherweise auslösenden Ereignis und der psychischen Verarbeitung zu ignorieren. Unkenntnis ist auch bei Fachleuten weitverbreitet, der Kostendruck hoch. Die Diagnose ist unscharf und franst an den Rändern aus.

Dem steht freilich gegenüber, daß auch die Weltgesundheitsorganisation die Depression und ihre verschiedenen Erscheinungen als eine krankheitswertige Störung erkannt und anerkannt hat, die in allen Ländern volkswirtschaftliche Schäden erheblichen Ausmaßes hervorruft, abgesehen von den Beeinträchtigungen des individuellen Wohlergehens und von den negativen Auswirkungen, die ein depressiv Erkrankter auf seine soziale Nah-Umwelt hat. Man muß sich nur vor Augen halten, daß in einem Land wie der Bundesrepublik Deutschland sich pro Jahr etwa 13.000 Menschen selbst umbringen (bei Jugendlichen die häufigste Todesursache, in der gesamten Bevölkerung häufigere Todesursache als Verkehrsunfälle), um die Dimensionen des Problems abschätzen zu können.

Hinzu kommt eine beträchtliche Konfusion bezüglich der Klassifikation. Die seit dem 1.1.2000 gültige 10. Version der ICD unterscheidet verschiedene Formen der Depression bei den sog. Anpassungsstörungen der Kategorie F43.2, die dann fünfstellig weiter verschlüsselt werden können. Man kann eine „kurze depressive Reaktion“ von einer „verlängerten depressiven Reaktion“ unterscheiden und diese dann von einer „Anpassungsstörung mit vorherrschender Störung des Sozialverhaltens“ und weiter eine „Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten“ (F43.25). Wenn dann zur Unterscheidung von kurzer und verlängerter depressiver Reaktion Zeiten in Tagen angegeben werden, wird jedem sofort die Willkürlichkeit solcher Definitionen auffallen.¹ Wie diese Beispiele zeigen, sind Diagnosen manchmal kaum verhüllte moralisierende Kategorisierungen. Die Diagnosenstellung erscheint vielfach offen als sozialer Bewertungsprozeß („Anpassung“). Wer feinhörig ist, weiß, daß manchmal Patienten von „Urteilen“ sprechen, wenn sie von Diagnosen sprechen und sie anderen mitteilen.

Kliniker fragen etwas zweifelnd, ob hier klinische Erfahrungen abgebildet werden? Die immer weitere Verfeinerung einzelner Merkmale und ihre, scheinbar „theoriefreie“ immer detailliertere Auflistung hat bei Klinikern (Landis 2001) erhebliches Unbehagen hervorgerufen, denn hier werden scheinbar immer neue Krankheiten definiert, deren Unterscheidbarkeit nicht überzeugend ist, wenn zugleich die Einheit des klinischen Bildes nicht gewahrt werden kann und auch das angestrebte Ziel, spezifische Methoden für spezifische Störungen daraus abzuleiten, offenbar so nicht eingelöst werden kann. Im Feld der Psychotherapie bestreitet Wampold (2001) in einem sehr kenntnisreichen Überblick über die empirische Forschungslage die weitere Berechtigung dieses Forschungsprogramms, das

¹ Ebenso wird im Text der BDA zu einer Zertifizierten Fortbildung über Depression ein Zeitraum von 14 Tagen für das Vorliegen depressiver Symptome angegeben. Warum nicht 5 Tage? Oder 24? Liegt eine Depression nicht vor, wenn die Symptome nur 13 Tage bestanden, als der Patient zum Hausarzt kam?

spezifische Behandlungen für spezifische Störungen zu finden hofft und das so gefundene Evidenzbasierte Wissen dann in „Leitlinien“ zu formulieren hofft. Die empirische Befundlage, so dieser renommierte Autor, ergebe eindeutig, daß Psychotherapie nicht mit einem „medizinischen Modell“, sondern mit einem „kontextuellen Modell“ operiere. Das richtet sich in keiner Weise gegen Ärzte, sondern gegen die Vorstellung, Psychotherapie wirke analog einer Medikamentendosis. Wampold warnt: „Cast in more urgent tones, the medicalization of psychotherapy might well destroy talk therapy as a beneficial treatment of psychological and social problems“. Hier befindet er sich in sehr guter Übereinstimmung mit anderen renommierten Psychotherapieforschern (Henry 1998, Strupp 1996, Stiles und Shapiro 1989). Der verhaltenstherapeutisch orientierte Vorsitzende der weltweit führenden „Society of Psychotherapy Research“ sprach in seiner „presidential adress“ für das neue Jahrtausend davon, eine so orientierte Forschung sei „infant science“ (Goldfried 2000). Es befindet sich in Übereinstimmung damit, wenn in der genannten BDA-Broschüre richtig festgehalten wird, Psychotherapien seien bei Angststörungen und Depressionen „ebenso erfolgreich wie eine medikamentöse Behandlung“. Und es ist ebenfalls richtig, wenn dem Hausarzt empfohlen wird, eigene Psychotherapieversuche unter selbstkritischer Einschätzung eigener Kompetenz zu unternehmen. Nicht richtig aber ist die Behauptung, für Psychoanalyse fehle der Wirkungsnachweis. Diese Nachweise für Psychoanalyse mit sorgfältiger empirisch-statistischer Begleitung vor (Leuzinger-Bohleber et al. 2001, Blomberg et al. 2001) liegen vor. Der grundsätzliche Einwand trifft freilich eine Forschungsprogramm, die meint, das fraglos erfolgreiche Vorgehen in der Medizin nun auch auf die Psychotherapie übertragen zu können; hier hat Wampold (2001) den empirischen Nachweis geführt, daß diese Programmik wahrscheinlich das hilfreiche Unternehmen „Psychotherapie“ insgesamt zerstören könnte. Ähnliche Hinweise haben andere renommierte Forscher (Strupp 1996, Henry 1998) schon erhoben und regelrecht vor den zerstörerischen Wirkungen einer solchen Forschungsstrategie im Bereich der Psychotherapie gewarnt (Übersicht bei Buchholz 2000).

Mit besonderem Bezug auf die Depression warnen Streeck und Schweitzer (2001), psychoanalytischer und systemischer Herausgeber eines Themenheftes der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“, vor einem allzu schlichten „Leitlinienoptimismus“ und plädieren dafür, „lieber komplex zu denken“. Schon 1998 hatte sich ein Jurist, Ulsenheimer (1998) über die Leitlinieneuphorie in der Medizin äußerst verwundert gezeigt. Leitlinien beförderten eine „Defensivmedizin“, beschränkten die Autonomie des Patienten und die Behandlungsfreiheit des Arztes gleichermaßen und wirkten sich, so die Analyse dieses Autors, kostentreibend aus. Der erfahrene Kliniker wisse nämlich oft, daß bestimmte kostspielige Untersuchungen nichts neues ergäben, ordne sie aber leitlinienkonform an, um sich gegen evtl. Regressansprüche des Patienten abzusichern. Die Formulierung von Leitlinien als Folge einer Spezifitätsprogrammik weist Ärzten unterschiedlicher Ausbildung dann bestimmte Patientengruppen zu; die Überlegung drängt sich auf, daß hier weniger patientenorientiert gedacht als vielmehr die Sicherung von claims betrieben werden könnte. Es war der ehemalige Heidelberger Ordinarius für Psychiatrie, Janzarik, der diese Vermutung unverblümt äußerte: Die „Präferenz für das eine oder andere System richtet sich uneingestanden auch nach der Machtkonstellation im psychiatrischen Wissenschaftsbetrieb, die über die Kontrolle der Publikationswege entscheidet“ (Janzarik, zit. nach Frommer 1996, S. 27). Ganz ähnlich äußerte sich Helmchen (1991) und der Psychiater Weitbrecht (zit. nach Lungershausen und Rechlin 1996, S.91) formuliert 1968: „... hier wie überall, wo es um den lebendigen Menschen geht, müssen wir uns hüten, Ordnungsschemata zum Tyrannen über uns zu setzen.“

Das kontextuelle Modell der Psychotherapie hingegen, so nun wiederum Wampold (2001), sieht die Überzeugungen der Beteiligten, ihre Deutungsmuster und Wertvorstellung, ihre Beziehung und die Art ihrer Kommunikation als entscheidend an. Die Einsicht, daß Kooperation mit einem Patienten nur herzustellen ist, wenn man berücksichtigt, in welcher Weise er die Dinge versteht, wie er die Behandlungsmaßnahmen in sein Weltbild „einbaut“ und wie er seine Autonomie wahren kann, hat im Feld der Compliance-Forschung entsprechende Überlegungen ausgelöst, die das, was Wampold mit „contextual model“ bezeichnet, in gleicher Tendenz unterstützen.

Tatsächlich kann man schon im Vorspann der amerikanischen DSM IV die folgende Bemerkung finden:

„Making a DSM-IV diagnosis is only the first step in a comprehensive evaluation. To formulate an adequate treatment plan, the clinician will invariably require considerable information about the person being evaluated beyond that required to make a DSM-IV diagnosis” (American Psychiatric Diagnosis 1994).

Dieser Hinweis heißt systematisch: Um eine angemessene Diagnose im Bereich der Psychotherapie zu stellen, benötigt man nicht nur eine Liste von Krankheitszeichen, sondern auch ein „außer-medizinisches“ Bild der Person. Ausdrücklich wird gesagt, es geht um Informationen, die jenseits dessen liegen, was erforderlich wäre, um eine DSM-Diagnose zu erstellen. Gebraucht wird gerade bei der Depression mehr als eine Auflistung von Symptomen.

Dieser amerikanische Hinweis ist mehr als beachtlich. Er besagt in aller Klarheit, daß es nicht genügt, eine „Krankheit“ zu diagnostizieren, sondern der Kliniker sich ein Bild von der Person machen muß. Damit wird die Forderung, über eine *krankheitsorientierte* Medizin hinauszugehen zu einer *patientenorientierten* Medizin (Balint 1964) auch von dieser Seite nachhaltig unterstrichen.

Dieser Wechsel von der Diagnose einer an ihren Symptomen und Zeichen ablesbaren Krankheit zu einem an der Person interessierten Bild ist besonders im Fall der Depression unverzichtbar. Die Person freilich teilt sich dem Kliniker nie in reiner und unmittelbarer Form mit; Rückschlüsse auf die Person entstehen immer im Kontext einer Beziehung, eines aktuellen Interaktionsgeschehens, das zu erkennen der Kliniker freilich geschult werden kann. Dazu dienen die folgenden Hinweise.

WENDUNG ZU DEN DEPRESSIVEN INTERAKTIONSMUSTERN

In der Erforschung der Depression hat man sich seit den Arbeiten von Coyne (1976) sowie Brown und Harris (1978) immer mehr mit den depressiven Interaktionsmustern befaßt. Das bescheidene Ziel meiner Darstellung hier ist deshalb nicht die Aufstellung einer Liste von Symptomen, sondern von Beziehungsereignissen. Beim Vorliegen von einigen dieser Beziehungsereignisse sollte der Kliniker erwägen, einen psychotherapeutischen Konsiliarius hinzu zuziehen.

Die Schwierigkeiten im Kontakt mit depressiven Menschen liegen nicht nur an dem vielfältigen, an Gegensätzen nicht armen klinischen Bild. Schwieriger zu erkennen ist ein charakteristisches Interaktionsmuster des Präsentierens von Symptom und Hilfeforderung auf der einen und Hilfestellung auf der anderen Seite, das, wenn es nicht verstanden und gekonnt gehandhabt wird, regelmäßig in eine Sackgasse führt, die von verschiedenen Autoren (Sluzki und Veron 1971, Junker 1973, Reiter 1995, Ruff und Leikert 1999, Seidler 1999, Streeck und Schweitzer 2001, Will 2001) schulenunabhängig als **Beziehungsfalle** beschrieben und empirisch untersucht worden ist; sogar Laienautoren, die aus Patientensicht *nach* der Behandlung schreiben (wie z.B. Muhr 1984) kennen das hier zu beschreibende Phänomen. Der praktische Arzt muß die Beziehungsfalle **erkennen**, der Psychotherapeut muß sie **handhaben** können.

Die besondere Leistung der professionellen Interaktion ist im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ausdrücklich anerkannt worden. Dort heißt es:

"Angesichts der in vielen Studien belegten und erfahrungsgestützten Beobachtung, daß Deutungen, Erwartungen, Wunsch- und Zielvorstellungen des Patienten sowie weitere psychosoziale Faktoren im Informations- und Deutungs-austausch zwischen Patient und Arzt den Krankheitsverlauf maßgeblich mitsteuern, ist eine **stärkere Beachtung der personalen Interaktion als Qualitätskriterium** ärztlicher Interventionen erforderlich."

Dieser Hinweis, vonseiten vielfacher Forschungsbemühungen unterstützt, soll auch hier aufgegriffen und der Versuch gemacht werden, nach einer sehr knappen Schilderung der depressiven Symptomatik v.a. die besonderen Interaktionsthemen und –schwierigkeiten zu beschreiben; sie zu beachten ist für die praktischen Arzt die Hauptinformationsquelle für die Heranziehung eines psychotherapeutischen Konsiliarius.

Eine der Schwierigkeiten, Depression zu erkennen, besteht u.a. darin, daß die Depression in ihren somatischen Äquivalenten sich durch ganz gegensätzliche Symptome manifestieren kann. Der Depressive kann beim Arzt

- sowohl über Obstipation als auch über Durchfall klagen
- eine beständige Müdigkeit schildern und zugleich, daß er nachts nicht durchschläft
- viel sprechen oder umgekehrt nur auf Nachfragen hin zu Auskünften zu bewegen sein
- über verschiedene Beschwerden klagen, die sich nicht eindeutig der körperlichen oder seelischen Domäne zuweisen lassen (wie Rückenschmerzen, Schulter-Nacken-Syndrom, Verschwimmen von Buchstaben bei der Lektüre, Konzentrationsmängel), bei denen der Arzt trotz ausgedehnter körperlicher Untersuchung „nichts“ findet und dennoch die Beschwerden nicht aufhören wollen

Der depressive Antriebsverlust kann sich als leichte Arbeitsstörung zeigen (jemand „hat keine Lust“, seine Examina zu machen), aber dann wird u.U. wortreich begründet, warum die Prüfungen nicht angegangen werden können. Das viele Erklären und Rechtfertigen läßt dann den Antriebsverlust verkennen. Dieser kann sich aber auch als allgemeine Mattigkeit bis hin zu sexueller Anhedonie und Lebensunlust steigern.

BEZIEHUNGSEREIGNISSE – DIE SENSIBLE BEACHTUNG DER INTERAKTION

Die Auflistung solcher symptomatischer Zeichen kann immer weiter fortgesetzt werden; hilfreicher ist jedoch, wenn man sich dem zuwendet, was im Interaktionsgeschehen auffällt. Denn schon bei der anamnestischen Befragung ergeben sich besondere Auffälligkeiten, die in den Bereich eines besonderen Interaktionsgeschehens gehören, also über eine medizinische Diagnostik im Sinne von ICD weit hinaus gehen. Hier ist eine ganz andere „Ordnung“ angesprochen. Ich nenne insbesondere die folgenden, häufig auftretenden Interaktionsereignisse:

- Entscheidende Lebensereignisse werden nicht erwähnt.
- Da ist vom Tod des Ehepartners die Rede, aber so beiläufig, daß dem scheinbar keine Bedeutung beigemessen wird
- Geschildert wird von einem erkennbar konfliktreichen Abschied der Kinder aus dem Elternhaus, der aber affektiv ganz indifferent gehalten bleibt; dem Arzt fällt – hier merkt man die Interaktion – die übliche Einfühlung schwer, er wundert sich flüchtig und geht dann weiter in der Exploration
- Daß ein jahrelang erstrebter sozialer Aufstieg nicht geschafft, ein Kollege bei der Stellenbesetzung vorgezogen wurde, wird zwar erwähnt, aber so, daß dem Arzt bei der Anamnese die Bedeutung nicht klar wird
- Erst wenn der Arzt die Lebensdaten nach dem Gespräch zusammenstellt und aufeinander zu beziehen sucht, die Daten der besonders depressiven Zeiten oder des Depressionsbeginns mit denen solcher Ereignisse vergleicht, beginnt ihm ein Zusammenhang zu dämmern
- Hinzu kommen die sog. Jahrestagsreaktionen. Hier reagieren manche Menschen mit depressiven Verstimmungen, weil ein Jahrestag vorliegt, der an traurige Ereignisse, wie z.B. den Tod eines Geschwisters, das Nichtbestehen einer Prüfung, die Trennung von einem Lebenspartner o.ä. erinnert.

DIE BEOBACHTUNG DER INTERAKTION

Will man die Interaktion detaillierter beschreiben, dann lassen sich einfache Gruppen der Depression beobachten:

- a) "Sprechende" Depression: Ausführliche Darstellung der eigenen Hoffnungslosigkeit, des Desinteresses an sich selbst und der Welt; viele Einzelheiten dabei. Der Arzt wird „überschüttet“ mit Details, die er sich kaum merken kann. Erkennbar ist der stark

appellative Charakter; die Aufforderung, dringend Hilfe zu benötigen. Irritierend sind häufige Wiederholungen, die zunächst freundlich als „Merkhilfen“, als eine Art Unterstützung des Gedächtnisses des Arztes aufgefaßt werden, die aber alsbald „nerven“, weil der Patient nicht zu merken scheint, daß man ja nun längst bereit genug ist und sich die Dinge gemerkt hat, die ihm so erkennbar am Herzen liegen.

- b) "schweigende" Depression: Patient spricht wenig, das Gespräch wird schnell zäh, ohne „Anstoß“ durch weitere Fragen des Arztes scheint der Patient wie stumm. Auch wenn alles erst zu erfragen wäre, bleiben die Antworten karg und knapp. Der Arzt gibt sich anfänglich Mühe, will den Patienten „motivieren“, merkt aber bald: wenn er als „Lokomotive“ nicht zieht, bleibt der Gesprächszug rasch stehen. Klagen und Hilfeappelle werden sehr deutlich; doch bald bekommen die „knappen“ Antworten auch den Charakter einer Entwertung, die der Arzt auf sich und die ärztliche Gesprächssituation bezieht. Der Arzt beginnt zu überlegen, welche Frage er als nächstes stellen könne; er befürchtet, bei seinem Patienten als „inkompetent“ dazustehen – eine deutliche, aber meist verleugnete Reaktion auf die unbewussten Entwertungstendenzen des Patienten.
- c) "agitierte" Depression: Hier spricht der Patient nicht nur viel, sondern hastig und getrieben. Der Arzt wird mit Vorstellungen, Wünschen, Aktivitäten verschiedenster Art überschwemmt, doch so, dass er kaum folgen kann, wenig versteht und sich ein Gefühl der Sinnlosigkeit breit macht. Ein typisches Erzählmuster ist die **amorphe Erzählung**: Der Erzähler ringt mühsam um eine kohärente Form, sie gelingt ihm nicht, entgleitet ihm vielmehr immer wieder und das geht so weit, daß der ärztliche Zuhörer oft Mühe hat zu erkennen, von wem da die Rede ist. War es die Großmutter auf der mütterlichen oder auf der väterlichen Seite oder doch der Onkel oder der Patient selbst, der den Baum umgesägt hat, auf dem das kleine Mädchen gerade saß – oder war einfach der Ast abgebrochen? Oder ist die Geschichte solange her, daß sich eigentlich keiner daran erinnert, aber warum hat dann der Onkel kürzlich davon gesprochen – nur um zu ärgern, aber wen? Eigentlich hat sich ja niemand geärgert und alle haben gelacht und man kann die Sache eigentlich vergessen, wenn es nicht so wäre, daß das kleine Mädchen davon eine lebenslang entstellende Verletzung im Gesicht davon getragen hat. Und ein Zuhörer weiß schon nicht mehr, war das kleine Mädchen nun die Tochter des Erzählers oder war von einem Vorfall mit seiner Schwester, als beide kleine Kinder waren, die Rede usw. usw. Der ärztliche Zuhörer spürt deutlich: aus Ereignissen kann hier erzählend kein leicht verständlicher Sinn vermittelt werden. Das Subjekt, das sich erzählend darstellen will, ist verborgen.
- d) "somatisierte" Depression: Klagen über: Schulter-Arm-Syndrom, Rückenschmerzen, unklare orthopädische Beschwerden. Das Entscheidende ist hierbei, daß der Arzt eine Reihe sorgfältiger körperlicher Untersuchungen einleitet, die meist keinen oder nur einen minimalen Befund erbringen. Während körperlich Erkrankte ebenfalls über Schmerzen und Symptome klagen, gewinnt beim Depressiven das Klagen selbst den Stellenwert eines Symptoms. Der feinfühlige Arzt merkt, daß er das dem Patienten nicht vorwerfen kann. Es ist oft schwierig zu verstehen, daß sich im Klagen über körperliche Beschwerden eine lebensgeschichtlich „ur-alte“ Klage artikuliert, deren Sinn dem Patienten selbst nicht sagbar wäre (Rudolf, Grande, Porsch 1986).

DIE AFFEKTIVEN REAKTIONEN BEIM ARZT

Die „typische“ Reaktion auf depressive Menschen ist die Aufmunterung. Man sagt dem Patienten, anderen gehe es auch nicht viel besser, vertröstet auf die Zukunft („Zeit heilt alle Wunden“) oder fordert ihn auf, die Dinge nicht so schwer zu nehmen. Gut ausgebildete Ärzte wissen mittlerweile, daß diese Reaktion vom Depressiven als Abweisung verstanden wird. Er hört etwas anderes, als der Arzt ihm sagt; der Depressive hört, daß der Arzt sich „nicht wirklich“ mit ihm beschäftigen, sich nicht auf ihn einlassen will. Er spürt den drohenden Kontaktabbruch und reagiert – mit einer Intensivierung seiner Beschwerden, weil er der unbewussten Überzeugung ist, nur so könne er das dauerhafte Interesse seines Arztes aufrechterhalten. Man kann hier schon sehen, daß sich darin auch eine andere unbewußte Überzeugung mitteilt: die, daß er als Person eigentlich „wertlos“ sei und es deshalb der Symptome bedarf, um weiter Interesse zu finden.

Typischerweise verläuft das Beziehungsgeschehen in einzelnen, unterscheidbaren Schritten.

Anfänglich

- a) glaubt der Arzt seinen Patienten gut zu verstehen ("Wenn ich das alles hätte mitmachen müssen, wäre ich auch depressiv").
- b) fallen Verstehen und Einfühlung scheinbar leicht; gegenüber dem geschwächten Ich des Patienten entwickelt der Arzt eine besondere „Schonhaltung“, seine Hilfsbereitschaft ist mobilisiert. Anfänglich nicht bemerkt werden Ansprüche und bei genauer Betrachtung recht strenge Forderungen und Verurteilungen (z.B. im Bericht über die angebliche Inkompetenz von Vorbehandlern).
- c) erscheint der Patient dem Arzt deshalb als "ideal", um einen eigenen psychotherapeutischen Behandlungsversuch zu wagen: der Patient ist zwar hilflos und schwach, sucht aber Hilfe direkt. Er ist kooperativ, wiederholt sogar, wie um es dem Arzt leichter zu machen, vieles noch. Der Arzt glaubt, wenn er sich engagiere, sich einfühle, etwas mehr persönlichen Kontakt erlaube, als es ihm sonst gewohnt ist, könne man das leicht schaffen – und er wundert sich **in dieser Anfangszeit** manchmal, daß andere, insbesondere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Kollegen für die Behandlung solcher Störungen, für die Hilfe bei so bereitwillig Hilfe anzunehmen scheinenden Menschen dann doch oft so lange und so viele Sitzungen brauchen. – Das ist die anfängliche Interaktionserfahrung.

Dann aber

Entsteht ein schwieriger Interaktionskreislauf:

1. Der Arzt "versteht", hat eigene Überlegungen zu weiterer Diagnostik der vorgestellten Beschwerden und zu den Behandlungsmethoden, er hat sich emotional eingestellt: er wird helfen und sagt etwa, dass er den Patienten versteht, seinen Druck und seine Schmerzen nachempfinden kann und versichert, dass er sich Gedanken um Hilfemöglichkeiten machen wird.
2. Der Patient fühlt sich davon angeregt, weiter zu sprechen, schildert neue Begebenheiten oder wiederholt die alten, bejaht das Engagement des Arztes. Subtil aber übergeht er das, was der Arzt gesagt hat - es tritt trotz eingeleiteter Diagnostik, trotz Verschreibung von Medikamenten, die „eigentlich“ wirksam sein müssten, keine beobachtbare Veränderung ein. Bei genauerem Nachfragen kann der Arzt auch erfahren, daß sein Patient sich wenig um die Einnahme der Medikamente gekümmert, um die Änderung von Gewohnheiten bemüht hat.
3. Hier tritt dann auch für den Arzt, der interaktiven Ereignisse weniger Aufmerksamkeit schenkt, eine deutliche spürbare Veränderung ein: er fängt an, sich über diesen Patienten, der so wenig motiviert scheint und dennoch immer weiter klagt, mehr oder weniger offen zu ärgern. Der Arzt bekommt das Gefühl: Es besteht kein Kontakt, der belastbar wäre. Manchmal kommt es sogar dazu, daß er plötzlich zweifelt, ob er eigentlich etwas gesagt hat, denn der Patient scheint gar nicht zu reagieren - Anzeichen dafür, dass der Patient den Kontakt entwertet und der Therapeut an dieser Entwertung subtil bereits teilhat. Ein eher nüchterner Arzt wird noch glauben, sich nicht deutlich gemacht zu haben, sich aber dennoch gut einfühlen zu können und wiederholt deshalb, was er gesagt hat mit der Absicht, es dem doch so schwer belasteten Patienten leichter zu machen; die Interaktion beginnt dann bei Punkt 1 – geht aber nach einigen für den Arzt frustrierenden Durchläufen weiter zur nächsten Stufe.
4. Der Arzt bittet um genauere Schilderungen der Symptome, möchte die Zusammenhänge erweitern, sucht genauer einzukreisen. Er macht im kleinen das, was die großen diagnostischen Systeme auch hilflos versuchen: er versucht zu klassifizieren. Dabei ist er es, der sich bemüht (um genauere Diagnose, verfeinerte Maßnahmen, hilfreichere Schmerzlinderung, aber auch durchaus um affektiv-psychologische und/oder inhaltlich-rationale Klärungen). Mit dem schweigend Depressiven beginnt die Interaktion gleich mit dieser gesteigerten Aktivität auf seiten des Arztes, die die Folge hat, daß der Patient das Gefühl bekommt, seine eigene Initiative nicht entdecken und entfalten zu

können, also verstärkt Angst entwickelt, abgewiesen zu werden und deshalb die Klagsamkeit intensiviert. Bei der agitierten Depression wird der Arzt es als seine primäre Aufgabe ansehen, den Patienten zu beruhigen, um eine brauchbare Arbeitsbasis zu schaffen. Aber auch dann liegt die Initiative bei ihm – mit den beschriebenen Folgen..

5. Der Versuch, den Patienten von der einseitig-klagenden Darstellung wegzubringen, scheitert. Der Patient klebt weiterhin an seiner Darstellung: den Klagen. Der Arzt ist verärgert, denkt über seinen Patienten, dieser handle in Umkehrung des Sprichwortes nach dem Motto: "lerne klagen, ohne zu leiden" und versucht u.U., den Patienten zu disziplinieren oder moralisch anzugehen. Hat er seinen Patienten anfänglich für einen sehr leidenden, Hilfe bereitwillig annehmenden Menschen gehalten, beginnt er jetzt, sich zu fragen, ob er nicht einem Simulanten aufgesessen sei. Der anfänglich so motivierte Arzt spürt, wie der Patient an seiner Enttäuschung leidet, die er nun seinem schon vorhandenen Leiden an den schwierigen Umständen, die an allem schuld sind und dem Leiden an seiner Hilflosigkeit, noch hinzufügt. Aber neu kommt hinzu eine Art drohender Unterton, der sich gegen den Arzt richtet, etwa: "Das müssten Sie erst einmal erlebt haben..."

Insgesamt also eine Interaktion, wo der Patient klagt, der Arzt forscht, einfühlt oder Ratschläge gibt - aber es ändert sich nichts. Vielfach drängt sich dann das **Bild vom Heizer und Bremser** auf: Während der eine „heizt“, um über den Berg zu kommen, zieht der andere die Bremse, um nicht zurückzurollen. Bemerkt der Arzt die „bremsenden“ Aktivitäten seines Patienten, wird er ärgerlich oder "infiziert" sich resignierend mit der Traurigkeit des Patienten. Nicht selten ist der Arzt nach Gesprächen mit solchen Patienten besonders erschöpft, weil er deren Nutzlosigkeit spürt, nicht selten wissen seine Sprechstundenhilfen an seinem Seufzen vor dem Termin zu erkennen, das jetzt Herr/Frau XY wieder da sind.

Die Fähigkeit, diese schwierigen Interaktionen gekonnt und ohne Gegenaggression meistern zu können, ist zentraler Bestandteil psychotherapeutischer Kompetenz. Der Hinweis in der BDA-Broschüre, Psychotherapie setze Ausbildung voraus und solle deshalb von einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden, ist deshalb richtig. Betrachtet man sich die hier skizzierten Interaktionsabläufe, versteht man weshalb – und man versteht auch, warum die Dinge beim Psychotherapeuten etwas länger dauern. Man könnte auch die Vermutung wagen, daß in manchen Fällen Medikamente verabreicht werden, weil die Bemeisterung dieser Interaktionen so außerordentlich schwierig ist; **hier aber hilft psychotherapeutische, nicht pharmakologische Kompetenz!**

DAS ENDE DES KREISLAUFS:

Der Arzt

- wird wegen der nun deutlich von ihm erfahrenen Hilflosigkeit ebenfalls depressiv oder er
- verdrängt seinen Ärger oder er
- zieht sich vom Kontakt zurück und redet aus nutzloser Distanz.

Das Dilemma ist also: Gerade weil der Arzt sich zu Anfang auf die großen Hilfeerwartungen des Patienten innerlich einließ, spürt er nun, dass er ihnen nicht entsprechen kann; seine aus der Frustration stammende Aggression setzt sich gegen den Klienten um ("Das habe ich Ihnen doch schon so oft gesagt!"), sie verteilt sich im Kreis seiner Praxismitarbeiter oder richtet sich gegen sich selbst; dann kann es auch schon mal vorkommen, daß er sich insgeheim für unfähig hält, ein guter Arzt zu sein.

Die Folge beim Patienten

- eine frustrierte Bestätigung seiner Überzeugung "Man kann mir doch nicht helfen!" mit der Folge
- einer Verschlimmerung seines Zustandes oder eines neurotischen Triumphes, der sich im sozialen Feld ausbreitet, (z.B. kann er jetzt beanspruchen, noch mehr vom Ehepartner und den Kindern geschont zu werden, da er an einer Krankheit leidet, die auch der Doktor nicht heilen konnte)

- Aufsuchen eines anderen Arztes, der „vielleicht“ weiterhelfen kann, Wiederaufnahme des für beide Seiten oft sehr frustrierenden Verlaufs. Dieses Ende wird möglicherweise allerdings nicht sofort sichtbar, denn zuvor kann es geschehen, daß vielerlei medikamentöse Behandlungsversuche zwischengeschaltet werden. Deren Berechtigung besteht – leider – oft nicht in einer angemessenen Indikation, sondern im verständlichen, aber hilflosen Versuch des Arztes, sein angeschlagenes Kompetenzgefühl wiederherzustellen. Das geschieht dann auch bei den weiteren Nachbehandlern.

Wer auch immer sich diese Verläufe klar macht, wird zu dem **einzig richtigen Schluß** kommen:

Die Gabe von Medikamenten bei der Behandlung depressiver Menschen wird vernünftigerweise niemand generell in Frage stellen. Oft genug freilich ist die Verschreibungspraxis nicht eingebettet in ein ausreichendes Verständnis der gesamten Lage, die den Arzt als höchst signifikanten Interaktionspartner des depressiven Menschen ja einschließt! Werden *ohne* eine solches Verständnis der gesamten Beziehungslage und des Interaktionszirkels lediglich weitere Medikamente verschrieben, andere Untersuchungen angeordnet, neue Ärzte aufgesucht, so erkennt man klar, daß in einer solchen **Behandlungsroutine ein kostentreibender Faktor** erheblichen Ausmaßes liegt. Depressive Patienten reagieren nicht selten mit verdeckter non-Compliance; sie nehmen die verordneten Medikamente nicht ein, weil sie von deren Nutzlosigkeit insgeheim überzeugt, von deren Nebenwirkungen irritiert und überhaupt von der Vorstellung „krank“ zu sein, nicht nur entlastet, sondern eben auch verschreckt sind. Medikamente nehmen zu müssen bestätigt ja erneut, ein Versager zu sein und es nicht aus eigener Kraft zu schaffen. Eine ausschließlich medikamentöse Behandlung wird vom kontaktbedürftigen depressiven Patienten als erneute Abweisung und Kontaktverweigerung empfunden – und das muß wiederum seine Symptompräsentation intensivieren.

Kurz: Kompetente psychotherapeutische Handhabung der depressiven Interaktion wird sich als wesentlicher Beitrag zur Kostensenkung erweisen!

ANAKLITISCHE UND INTROJEKTIVE FORMEN DEPRESSIVER INTERAKTION

Der Einfachheit halber unterscheidet die amerikanische NIMH-Studie (nach Will 2000) 2 Typen der depressiven Interaktion, die hier der Vollständigkeit halber noch geschildert werden sollen zumal beide sich gut in die bisherige Darstellung einfügen lassen und sie ergänzen:

- a) **anaklitisch:** Der Betreffende zeigt sich abhängig und hilflos, hat Angst vor Verlust (des Kontakts, des Gesprächs, der ärztlichen Führung – erkennbar insbesondere, wenn der Arzt das Gespräch beenden muß; er fühlt sich einsam, möchte nicht alleingelassen werden und betont seine Schwäche
- b) **Introjektiv:** Hier leidet der Betreffende unter Problemen der Selbstdefinition, v.a. des Selbstwertes und der (vermeintlich) fehlenden Achtung und Beachtung durch andere; seine Gedanken kreisen um Versagen und Schuld. Er hofft, durch Erfüllung strenger Perfektionsansprüche die fehlende Anerkennung doch noch zu erlangen und wird deshalb innerlich ständig von Stimmen der Selbstkritik und der persönlichen Herabsetzung begleitet.

Daraus resultieren nun charakteristische Interaktionsverläufe:

- a) **anaklitisch:** Es dominiert das Bedürfnis, geliebt, geschützt und in einem symbolischen Sinne „genährt“ zu werden. Solche Patienten lesen Bücher weniger, um sich zu bilden oder sich zu unterhalten, sondern weil sie daran gewissermaßen „säugen“ können. Ihre Abhängigkeitswünsche werden interpersonell deutlich dargestellt: Anfangs sind Andere Menschen in der Rolle der Retter und Helfer, die sie auch gerne übernehmen. Aus dem bald sich einstellenden Gefühl, den Patienten nicht erreichen zu können, entsteht bei ihnen dann hilflose Sorge, manchmal auch Wut auf den Patienten; dann wird oft der

Kontakt resigniert aufgegeben und unbeteiligte Dritte bekommen zu hören, man habe es „erst im Guten, dann mit Strenge“ versucht, nichts habe gefruchtet.

- b) Introjektiv:** Das eigene Erleben von Versagen und Wertlosigkeit bei gleichzeitig sehr hohem Leistungsideal und Perfektionstreben erstreckt sich auch bald auf den Behandler. Dieser beginnt schnell, das Geprüftwerden und den Zweifel an seiner Person und Kompetenz zu spüren und darunter zu leiden. Auf Kritik des Patienten reagiert er – meist affektiv getroffen - mit Gegenkritik als dem Versuch einer „Richtigstellung“, was er „tatsächlich gemeint“ habe. Das ist ein sicheres Indiz dafür, das sich Arzt oder Therapeut in die depressive Interaktion hat verstricken lassen; er versucht damit nämlich, „gut“ zu sein (und zu bleiben) und sich der strengen Perfektionskritik des Patienten nicht zu stellen. Das hohe Ich-Ideal des Patienten erkennt darin erbarmungslos nur, daß Therapeut oder Arzt „schlecht“ ist und „schwach“, er wird daraufhin mit Nachdruck abgewertet. Seine nachfolgenden Versuche, sich als kompetent zu erweisen, als wohlmeinend oder wenigstens korrekt erscheinen dem strengen Ideal des Patienten als nicht der Rede wert. Sie verfallen der offenen, schlimmer: der verdeckten Verächtlichkeit des Patienten. Es kommt zu maladaptiven aggressiven Verläufen mit ggs. Abwertung

LEHREN DER PSYCHOANALYSE FÜR DIESE INTERAKTION

Die Psychoanalyse kann für diese Interaktionsverläufe einige recht plausible Erklärungen beibringen, die wohl kompatibel sind mit der amerikanischen NIMH-Studie.

Man muß sich dazu vorstellen, daß der Depressive v.a. unter dem Verlust seines früheren nicht-depressiven Gleichgewichts leidet. Er konnte lachen, er konnte vergnügt und ausgelassen sein und Lebensfreude empfinden, er konnte für sich sorgen, war an sich selbst, seinem Aussehen und seinem Fortkommen, interessiert. Und er konnte lieben - während er nun merkt, wie alle diese erfreulichen Fähigkeiten ihm verloren gingen, ohne daß er diesen Verlust unter seine Kontrolle bringen könnte. Er ist sich des Verlustes sogar schmerzlich bewusst.

Den Verlust jedoch erlebt er als eigene Schuld und eigenes Versagen - wegen seines hohen Ich-Ideals. Obwohl der depressive Arbeitslose weiß, daß es nicht seine Schuld ist, rechnet er sich sein Versagen dennoch persönlich zu, denn das hohe Ideal („mich erwischt es nicht!“) schien ihn zu motivieren und voran zu ziehen. Der Preis für diese, längere Zeit erfolgreiche „Technik der Selbstmotivierung“ ist dann, daß im Fall des Versagens das Ideal aufrecht erhalten bleibt und gemessen daran hat er nicht nur einen Arbeitsplatz verloren, sondern ist er ein „Versager“. Er hat nicht nur eine Freundin (oder die Frau einen Freund) verloren – über diesen Verlust könnte getrauert werden; die Trauer wird zur Depression, weil das hohe und anspruchsvolle Ich-Ideal bestehen bleibt. Dann ist nicht nur Verlust zu betauern, sondern persönliches Versagen zu beklagen. Im Namen des Ideals wirft er sich dann in vielfachen Varianten vor, „nicht normal“ zu sein, keine „normalen“ Gefühle für eine Frau mehr empfinden zu können, den Antrieb zu verlieren, keine Kontrolle über sein Leben zu haben, viel zu „abhängig“ zu sein oder „zu bedürftig“. Frauen neigen verstärkt dazu, sich ihre Bedürftigkeit mit Schokolade oder Essen zu befriedigen, was kurzfristig „tröstet“, auf längere Sicht jedoch neue Selbstvorwürfe wegen der Gewichtszunahme auf den Plan ruft.

Da die normierenden seelischen Strukturen (Ich-Ideal und Über-Ich) häufig streng und moralisierend („Höflich bleiben!“, „Nicht aus der Rolle fallen!“, den „guten Ton wahren!“) sind, kann sich der Depressive auch nur schwer dadurch entlasten, daß er seine Frustration nach außen abführt. Strenge gegen sich selbst verbindet sich mit einer Ich-Schwäche, die oft daraus resultiert, daß man lange Jahre in Abhängigkeiten noch von Eltern gelebt hat und Fähigkeiten, wie das Ertragen des Alleinseins oder das Ergreifen von Kontaktinitiativen, das Zurechtkommen mit alltäglichen Problem (Wäsche!) nicht erlernt hat. Frauen sind häufiger in symbioseähnlichen Verhältnissen anzutreffen, wo über die psychische Abhängigkeit hinaus auch eine ökonomische Abhängigkeit besteht. Sie bilden öfter auch die Vorstellung aus, daß sie ihr eigenes Leben dem anderen „opfern“ müssen. Eigene Initiativen erscheinen ihnen verwehrt, jedenfalls als unbotmäßig. Statt dessen: Selbstbeschimpfung.

DEPRESSIVE METAPHERN

Neuere Untersuchungen (Kronberger 1999, Buchholz 1996) konnten zeigen, daß die von der Psychoanalyse postulierte Ich-Schwäche sich an bestimmten Metaphern der Depression zeigt. Prototypisch seien hier genannt:

- A) Das Leben ist ein Gefängnis
- B) Das Leben ist eine Last
- C) Im (schwarzen) Loch sitzen

Diese Metaphern werden selten so direkt artikuliert, sondern „dargestellt“. Vielfach sind Rückenschmerzen als „Belastung“ verstanden worden, die ein depressiver Mensch empfindet; die moralische Einengung seiner Verhaltensmöglichkeiten, insbesondere im Bereich der aktiven Selbstbehauptung, kommt in der Gefängnismetapher sehr schön zum Ausdruck. Sie stellt aber auch eine Verdichtung zu der anderen Thematik des Depressiven her: der Schuld. Das Gefängnis ist dann ein Bild, das der Depressive Mensch verwendet, um verdichtend sowohl seine Einengung als auch seine Bestrafung und Selbstbestrafung darzustellen. Die Metapher, im „Loch zu sitzen“ ist gleichzeitig mit der Vorstellung der Tiefe verbunden; sie zeigt die Hilfsbedürftigkeit des „in den Brunnen gefallenen Kindes“ an – stellt also die noch kindliche Ich-Schwäche und die Angewiesenheit auf mächtigere Hilfspersonen dar. Die darin sich zeigende Abhängigkeit, ja sogar das Bedürfnis nach Abhängigkeit, ist freilich mit dem strengen Ich-Ideal nicht kompatibel, welches ja Autonomie, Stärke und eigenen Einfluß fordert – während die emotionale Seite kindlich-abhängig sein möchte. Hier liegt ein echter und ungelöster Konflikt vor. Die kindliche Seite hat, im „Loch sitzend“, große Angst; die Seite des erwachsenen Ich-Ideals höhnt über diese Ängstlichkeit. Hier wird unmittelbar einsichtig, weshalb der depressive Mensch die Stärke der ärztlichen Autorität immer wieder einklagt und sie zugleich nicht annehmen kann.

Aus diesem Dilemma befreit den Depressiven seine Symptomatik: er kann die Abhängigkeit vom Arzt fordern und zugleich sein Ich-Ideal wahren, denn es ist ja die Krankheit, die ihn schwach und abhängig macht, es sind die Schmerzen, die ihn am Leben hindern (und zugleich für unbewußte Wünsche bestrafen), aber auch entlasten, weil die Schmerzen ja „Schuld“ sind, daß er den eigenen Idealen nicht nachkommen kann. An dieser Stelle bekommt man ein deutliches Gefühl dafür, wie wenig hilfreich es sein wird, solche Zusammenhänge einem depressiven Menschen direkt vorhalten zu wollen – sie sind ihm unbewußt und eben deshalb kommt es ja zur Symptombildung.

Die große Bedeutung der Metaphern kann man am folgenden ermesen: eine depressive Patientin sprach zu Beginn ihrer Behandlung immer wieder davon, daß sie „diese Ängste *habe*“. Der Gebrauch des Wortes „haben“ ist in diesem Fall eine Metapher, denn sie spricht von den Ängsten, als wären sie eigene Wesen oder eigene Gegenstände. Der Fortschritt in der Behandlung wurde erkennbar, als sie davon zu sprechen begann, „daß ich immer diese Ängste *aufbaue*“, nämlich um anderes zu vermeiden. An dieser kleinen Veränderung bemerkt man auch die Zunahme der Ich-Stärke; jetzt sind die Ängste im Bereich der Selbst-Verfügbarkeit angekommen und können damit kontrolliert werden.

KONTRAINDIKATIONEN

Unbewusst ist depressiven Patienten beiderlei Geschlechts, dass sie mit ihren Klagen beständig eigene Frustration in ihre Beziehungen „abgeben“ und dort das Aggressionspotential teils beträchtlich erhöhen. Sie beanspruchen Schonung, verlangen von Kindern u.U. Fürsorgeleistungen, zu denen diese noch gar nicht in der Lage sind und funktionalisieren ihre Beziehungspartner oft beträchtlich. Diese reagieren oft nicht offen aggressiv, sondern verdeckt, was den vorhandenen Selbstvorwürfen eine immense Verstärkung verleiht.

Wegen dieser ersten intrapsychischen wie interpersonellen Spannungen jedoch wäre es **kontraindiziert**,

- dem Depressiven etwas vorzuhalten,
- ihm mitzuteilen, wie er andere belastet,
- ihm gar vorzuwerfen, daß „eigentlich“ er (oder sie) aggressiv ist,

- zu fordern, daß er sich „ändern“ müsse

Alle diese Dinge hört der Depressive nur mit dem „normativen“ Ohr, d.h. er hört, daß ihm bestätigt wird, daß er ein Versager sei, daß er „Schuld“ habe. Die Forderung, daß er sich ändern müsse, hat er sich selbst oft genug schon gesagt, mindestens aber ist sie ihm von seiner Nah-Umwelt oft genug zu Gehör gebracht worden. Er versteht dann, er solle „fröhlicher“ sein – weil die anderen das brauchen! Denen hat er also wieder nicht genügt, wieder ist er ein „Versager“.

Deshalb müssen solche Reaktionen, so menschlich verständlich sie sein mögen, unbedingt aus dem ärztlichen Verhaltensrepertoire gestrichen werden. Es wird im allgemeinen unterschätzt, wie sehr der Depressive Mensch bereit zur Annahme von Vorwürfen ist, wie wenig er – aufgrund seiner Ich-Schwäche – in der Lage ist, die Berechtigung von Vorwürfen überhaupt nur zu prüfen und gg. Zu relativieren und wie sehr solche Reaktionen der ärztlichen Autorität eine latent suizidale Neigung im ungünstigen Fall intensivieren können. Im günstigeren Fall reagiert der Depressive mit einer indirekten Mitteilung, daß er „alles einsehe“, gelobt „Besserung“ und fordert dann, daß man ihm nichts vorwerfen solle, weil er doch so schwach sei – was man an seinen Schmerzen, Klagen usw. sieht. Kurz, im „günstigen“ Fall erreicht der Arzt allenfalls eine Zunahme der Beschwerden.

DIE BEZIEHUNGSFALLE IST EIN AUFFÄLLIGKEITSSIGNAL

Es genügt, wenn der Arzt die Beziehungsfalle des Depressiven bemerkt. Sie lautet:

"Ich habe Dir alles gesagt, jetzt tu Du etwas für mich. Aber alles, was du mir rätst, kann ich doch nicht umsetzen, weil ich viel zu schwach bin. Ich brauche unbedingt Hilfe, aber auch Du kannst mir, davon bin ich überzeugt, nicht helfen. Streng Dich also an, aber Du wirst schon sehen!"

Das ist keine „wörtliche Aussage“ des Depressiven, sondern der Versuch, sein beständig drängendes Beziehungsthema in Worte zu fassen, so daß es dem Arzt erkennbar wird. Um an die Hinzuziehung eines psychotherapeutischen Konsiliariums zu denken, genügt es, wenn der Arzt

1. depressive Symptome oder deren somatische Äquivalente wie in der ICD-10 beschrieben
2. an sich selbst Rat- und Hilflosigkeit beim weiteren medizinischen Vorgehen
3. eine Neigung, dem Patienten Vorwürfe zu machen
4. eine besondere Unlust in Erwartung des Patienten oder
5. Schwierigkeiten, den Patienten zu verabschieden (weil „immer noch was kommt“)
6. eine dauernde Klagsamkeit des Patienten trotz eigener intensiver Bemühung
7. den häufigeren Gebrauch depressiver Metaphern wie die oben als Beispiele genannten
8. ein Gefühl besonderer Inkompetenz
9. ein Gefühl, vom Patienten besonders kritisch bezweifelt und in Frage gestellt zu werden

bemerkt.

Die Verbindung des ersten Punktes (depressive Symptome) mit **nur einem der weiteren** hier genannten Punkte sollte dem Arzt ein **Aufmerksamkeitssignal** geben: Vielleicht könnte ich einen psychotherapeutischen Kollegen hinzuziehen?

Auch in einem solchen Fall kommt es also dann dazu, daß der Patient zu einem weiteren Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten gelangt. Der Unterschied besteht allerdings in der Chance, daß die beschriebenen Interaktionskreisläufe erfolgreich unterbrochen werden können. Im Fall eines gelingenden psychotherapeutischen Kontakts kann der Patient die Verbindung seiner Symptomatik

- mit bestimmten lebensgeschichtlichen Ereignissen (insbesondere Verlusten)
- mit ihm gewöhnlich ganz bewussten Lebenseinstellungen (wie z.B. besondere Bescheidenheit)

- mit den sehr hohen Ansprüchen an sich selbst
- mit einer Neigung zum Rückzug statt aktiver Bewältigung

verstehen. Hierin liegt eine Hoffnung, die beiden Beteiligten, dem Arzt und seinem depressiven Patienten nicht vorenthalten werden sollte.

VORSCHLAG

Es ist zu überlegen, ob psychotherapeutische Konsultationen nach Möglichkeit in Anwesenheit des organmedizinischen Arztes, dessen Patient der Depressive bleibt, durchgeführt werden könnten. Das fördert nicht nur die praktische Zusammenarbeit, sondern vermittelt allen Beteiligten eine unmittelbare Anschaulichkeit von der jeweiligen Lage und dem Vorgehen des Anderen.

Der konsiliarisch hinzugezogene Psychotherapeut sollte in jedem Fall eine Erwägung darüber anstellen, ob ggf. der Ehepartner des Depressiven in einen Psychotherapie-Versuch einbezogen werden kann. Viele Studien (Übersicht bei Backenstraß 1998) haben immer wieder gezeigt, daß Ehepartner den Part der „kritisierenden Stimme“ übernommen haben, der beim introjektiven Typus vom Patienten selbst ausgeübt wird. Reiter (1995) hatte hier ein sehr einfaches, aber wirkungsvolles Schema vorgeschlagen. Solange die Depression akut ist, sollte auch die psychotherapeutische Behandlung sich auf stützende und strukturierende Maßnahmen beschränken; die Einbeziehung des Partner empfiehlt er als sinnvoll dann, wenn die Depression selbst abgeklungen ist.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und dem psychotherapeutischen Konsiliaris könnte wesentlich verbessert werden, wenn sich regional kleine Gruppen, die von Vertretern beider Beteiligter besetzt sind, bilden, die gemeinsam die Behandlung durchführen. Der Arzt überweist dem psychotherapeutischen Kollegen den depressiven Patienten, das Gespräch mit ihm aber wird in Gegenwart und ggf. auch unter Beteiligung des Arztes durchgeführt. Beide bleiben für die Behandlung verantwortlich, auch wenn – je nach den Umständen des individuellen Falles – der eine oder der andere sich zu einem späteren Zeitpunkt aus der Behandlung der Depression ausklinkt. Zu einem solchen „Werkstatt-Charakter“ konsiliarischer Praxis können dann auch Partner oder weitere Familienangehörige hinzugezogen werden; hier könnte das entstehen, was in den USA „Familien-Medizin“ (Taylor 1997) genannt wird. Die ersten Ergebnisse sind auch deshalb ermutigend, weil sich immer mehr herausgestellt hat (Grütter 2001), daß psychotherapeutische Hilfen, also ausschließlich Gespräche, eine neurobiologisch nachweisbare Veränderung der „depressiogenen“ Funktionsstörung im Bereich der Neurotransmitter und Neuromodulatoren (wie Serotonin oder Noradrenalin) bewirken können. Die bei schweren Depressionen oftmals notwendige Gabe von Psychopharmaka könnte hier mit psychotherapeutischer Kompetenz balanciert und ergänzt werden; offenbar legen diese Befunde auch eine **Umkehrung der gewohnten Denkrichtung** nahe: Depression ist nicht nur eine neurobiologische Störung. Umgekehrt vielmehr scheinen hilfreiche Interaktionen ihrerseits heilsame Wirkungen auf Neurophysiologie und –biologie auszuüben. Der psychoanalytische Ansatz an Beziehung und Interaktion fände dann auch hier seine Bestätigung.

LITERATUR

- Backenstraß, M. (1998): Depression und partnerschaftliche Interaktion. Waxmann, Münster
- Balint, M. (1964): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart
- Blomberg, J.; Lazar, A.; Sandell, R. (2001): Long-Term Outcome of Long-Term Psychoanalytically Oriented Therapies: First Findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. *Psychotherapy Research* 11, 361-282
- Brown, G.W.; Harris, T. (1978): Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women. Tavistock, London

- Buchholz, M.B. (1996): Metaphern der `Kur'. Qualitative Studien zum therapeutischen Prozeß. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Buchholz, M.B. (2000): Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll. Forum der Psychoanalyse 16, 59-80
- Coyne, J.C. (1976): Toward an Interactional Description of Depression. Psychiatry 39, 28-40
- Frommer, J. (1996): Grundlinien einer Systematik der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 41, 305-312
- Greenberg, P.E.;Stiglein, L.E.;Finkelstein, S.N.;Berndt, E.R. (1993): The economic burden of depression. J. Clin. Psychol. 11, 419-424
- Grüttert, T. (2001): Wie Psychotherapie die Neurobiologie depressiver Patienten verändern kann. Psychotherapie im Dialog 2, 512
- Helmchen, H. (1991): Der Einfluß diagnostischer Systeme auf die Behandlungsplanung. Fundamenta Psychiatrica 5, 18-23
- Henry, W.P. (1998): Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. Psychotherapy Research 8, 126-140
- Junker, H. (1973): Das Beratungsgespräch. Zur Theorie und Praxis kritischer Sozialarbeit. Kösel, München (2.Aufl.1978)
- Kronberger, N. (1999): Schwarzes Loch, geistige Lähmung und Dornröschenschlaf: Ein metaphernanalytischer Beitrag zur Erfassung von Alltagsvorstellungen von Depression. Psychother. Soz. 1, 84-104
- Landis, E.A. (2001): Logik der Krankheitsbilder. Psychosozial, Gießen
- Lungershausen, E.; Rechlin, T. (1996): Zur Psychiatrie-Kritik in der Gegenwart. Fundamenta Psychiatrica 10, 89-94
- Muhr, C. (1984): Depressionen - Tagebuch einer Krankheit. Fischer, Frankfurt
- Reiter, L. (1995): Die Rolle der Angehörigen in der Therapie depressiver Patienten. Eine systemisch-integrative Sicht. Psychotherapeut 40, 358-366
- Rudolf, G.;Grande, T.;Porsch, U.;Wilke, S. (1986): Prognose und Indikation - Von der Objektivierung der Patienteneigenschaften zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion. In: Lamprecht, F. (Hrsg.): Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin/Heidelberg/New York
- Ruff, W.;Leikert, S. (1999): Therapieverläufe im stationären Setting. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Prozeßqualität. Psychosozial, Gießen
- Seidler, G.H. (1999): Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Intersubjektivität und gesundheitliche Besserung. Huber, Bern/Göttingen/Toronto
- Sluzki, Carlos;Veron, Eliseo (1971): The Double Bind as a Universal Pathogenic Situation. Family Process 10, 397-410
- Streeck, U.;Schweitzer, J. (2001): Depression: Lieber komplex denken als in allzu schlichten Leitlinien. Psychotherapie im Dialog 2, 510-512
- Strupp, H. H. (1996): Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. Psychotherapeut 41, 84-87
- Taylor, R.B. (Ed.) (1997): Family Medicine. Principles and Practice. Springer, New York/Berlin/Heidelberg
- Ulsenheimer, K. (1998): Leitlinien, Richtlinien, Standards - Risiko oder Chance für Arzt und Patient?. Arzt und Krankenhaus 5, 106-111
- Will, H. (2000): Zwei Grundtypen depressiven Beziehungsverhaltens: abhängige und selbstkritische Depression und ihre psychodynamische Therapie. Psychotherapie 5, 79-83
- Will, H. (2001): Ambulante psychoanalytische Behandlung depressiver Störungen. Psychotherapie im Dialog 2, 397-407
- Wolfersdorf, M. (1990): Depression und Suizidalität. In: Freytag, U. (Hrsg.): Grenzgänge zwischen Selbsterstörung und Selbstbewahrung. Georg Olms, Hildesheim
- Wolfersdorf, M.;Rupprecht, U. (2001): Depressive Störung - psychopathologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. Psychotherapie im Dialog 2, 389-396