

# ZWEI GRUNDTYPEN DEPRESSIVEN BEZIEHUNGS- VERHALTENS: ABHÄNGIGE UND SELBSTKRITISCHE DEPRESSION UND IHRE PSYCHODYNAMISCHE THERAPIE

Herbert Will

## Zusammenfassung

Im Anschluss an die Arbeiten Sidney J. Blatts werden zwei Grundtypen der Depression unterschieden: die anaklitische Depression bei Patienten mit einem abhängigen und Hilfe suchenden Beziehungsverhalten und die introjektive Depression bei selbstkritischen und nach Autonomie strebenden Kranken. Die Unterschiede im Selbsterleben und in der Psychodynamik werden diskutiert, daneben einige Befunde zur Psychogenese ausgeführt. Schließlich werden einige wichtige Ergebnisse Blatts zur Psychotherapie vorgestellt. Während die selbstkritisch Depressiven auf Kurztherapien schlecht ansprechen und von psychoanalytisch orientierten Verfahren am besten profitieren, ist es bei den abhängig Depressiven genau umgekehrt: Sie gedeihen nicht bei einem klassisch psychoanalytischen Vorgehen, sondern brauchen eine Behandlungstechnik, bei der die Interaktion mit dem Therapeuten, die interpersonelle Dimension und die Verhaltensebene im Vordergrund stehen, sei es in psychodynamischen, interpersonellen oder kognitiv-behavioralen Therapieansätzen.

**Schlüsselwörter** Depression - Charaktertypen - Psychodynamik - Behandlungstechnik

## Summary

According to the work of Sidney J. Blatt two configurations of depressive psychopathology are differentiated: anaclitic depression with patients showing a dependent and demanding behaviour, and introjective depression with patients struggling for self-worth and autonomy. The differences in self-perception and psychodynamics are shown, as well as some aspects of psychogenesis. There are some important results concerning psychotherapy. Brief treatment for depression, whether pharmacological or psychological, is relatively ineffective with self-critical, introjectively depressed patients, whereas longterm psychoanalytic treatments are quite effective. Conversely, the more interpersonally oriented anaclitic patients have bad results with classic psychoanalytic technique. They are responsive to techniques dealing with interpersonal, interactive and behavioral issues, whether psychodynamic or interpersonal or cognitive-behavior psychotherapy.

**Keywords** Depression - types of psychopathology - psychodynamics - psychotherapeutic technique

## Einleitung

In der psychoanalytischen Erforschung depressiver Störungen standen lange Zeit intrapsychische Fragen der Psychodynamik und der Psychogenese im Vordergrund. Die typisch depressive Beziehungsgestaltung konnte erst durch die Objektbeziehungspsychologie differenzierter erfasst und in dem frühkindlichen Erleben der später Depressiven verankert werden (Jacobson 1971, Blatt 1974). In der Folge schärfte sich der Blick für die aktuelle Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Die Berücksichtigung der intersubjektiven Dynamik in Übertragung und Gegenübertragung führte zu erheblichen Veränderungen in der Behandlungstechnik; dies brachte für die Therapie Depressiver mit psychoanalytischen Methoden nochmals deutliche Fortschritte (Saviotti 1979, Will et al. 1998). Zugleich weitete sich durch die empirische Säuglings- und Kleinkindforschung, durch die neue Disziplin der Entwicklungspsychopathologie und durch eine Fülle anderer Forschungsansätze unser Wissen über die Genese, den Verlauf und die Behandlung depressiver Störungen enorm aus.

Ich möchte im Folgenden das Werk eines amerikanischen Depressionsforschers vorstellen, der an diesen Entwicklungen beteiligt war und in Europa zu wenig bekannt ist. Er hat in den letzten fünfundzwanzig Jahren eine eindrucksvolle Serie von theoretischen und empirischen Arbeiten zur Psychologie der Depression vorgelegt. Er heißt **Sidney J. Blatt** und ist Psychoanalytiker und Professor für Psychiatrie und Psychologie an der Yale University. Seine Arbeit ist deswegen besonders interessant, weil er sich daran gemacht hat, wesentliche psychoanalytische Hypothesen zur Psychodynamik Depressiver empirisch zu überprüfen (Blatt et al. 1990), und weil er in engem Austausch mit Depressionsforschern aus den Bereichen der kognitiv-behavioralen (z.B. Aaron Beck) und der interpersonellen Schulen steht (z.B. Silvano Arieti und Jules Bemporad). Er hat unter anderem das empirische Material der bekannten Menninger-Studie und der großen Studie zur Kurzzeittherapie der Depression, die vom Nationalen Amerikanischen Gesundheitsinstitut (NIMH) durchgeführt worden ist, unter psychodynamischen Gesichtspunkten reanalysiert. Auch

wenn seine Arbeiten methodisch nicht mehr auf dem aktuellsten Stand sind, verdienen sie, wahrgenommen zu werden.

Blatt hat vorgeschlagen, zwei Grundtypen von Depression beim erwachsenen Patienten zu unterscheiden: eine anaklitische und eine introjektive Depression (Blatt 1974). Diese Unterscheidung hat sich in der Praxis als höchst brauchbar und für die Forschung als sehr stimulierend erwiesen. Seiner Meinung nach lassen sich zwei depressive Grundkonflikte beschreiben, die entwicklungspsychologisch unterschiedlich entstehen, zu einer verschiedenartigen Psychodynamik führen und ein andersartiges Beziehungsverhalten mit sich bringen. Der psychotherapeutische Ansatz für beide Patientengruppen unterscheidet sich nach Blatt ebenfalls (zusammenfassend Blatt 1998). Ich möchte diese zwei Grundkonstellationen schildern, dann auf ihre Psychogenese eingehen und schließlich Fragen der Therapie diskutieren. Dabei werde ich die Grundthesen von Blatt durch einige klinische Erläuterungen ergänzen.

### **Die anaklitische und die introjektive Depression**

Blatt (1974, 1998) nennt die zwei Konfigurationen die anaklitische Depression und die introjektive Depression. Die erste Bezeichnung geht zurück auf das altgriechische Wort "anaklino = ich lehne mich an, ich lehne mich zurück". René Spitz hat als Erster die Depression von vernachlässigten Säuglingen, die er in Kinderheimen untersucht hat, als anaklitische Depression bezeichnet (Spitz & Wolf 1946). Blatt weitet diesen Begriff der anaklitischen Depression aus. Er meint damit die Gruppe der Depressiven, die vor allem mit interpersonellen Problemen zu kämpfen haben und nicht mit intrapsychischen, zum Beispiel mit Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Gefühlen von Verlust und Alleingelassensein. Die anaklitisch Depressiven sind also jene, die sich offen anhänglich und abhängig von anderen Menschen zeigen und sich an diese anklammern. Die anaklitischen Patienten zeigen eine offen **abhängige Depression**.

Die andere Gruppe der introjektiv Depressiven leidet vor allem an Problemen der Selbstdefinition und des Selbstbildes. Ihre depressive Wahrnehmung kreist um Fragen der Selbstkritik und des Selbstwertes und um Gefühle von Versagen und Schuld. Blatt nennt sie die introjektive Depression aufgrund der psychoanalytischen Erklärung dieses Musters. Die Introjektion ist ein basaler psychologischer Mechanismus, in dem ein zwischenmenschlicher Konflikt nicht zwischenmenschlich ausgetragen, sondern in das Innerpsychische zurückgenommen wird. Bildlich gesprochen explodiert der Konflikt dann nicht nach außen, sondern implodiert im Inneren und zeigt entsprechende Wirkungen. Bei diesen Depressiven gehen wir davon aus, dass der Mechanismus der Introjektion durch frühkindliche Einflüsse zu einem wesentlichen Charaktermerkmal geworden ist. Er ist mit einem harten, strafenden Überich und mit einem sehr hohen Ichideal verbunden, dem gegenüber der Depressive sich minderwertig, schlecht und ungenügend vorkommen muss. Kurz gesagt zeigen die introjektiv Depressiven also eine **selbstkritische Depression**.

Während die anaklitisch Depressiven ihre Abhängigkeitsdynamik interpersonell inszenieren und ihre Mitmenschen in diese Dynamik involvieren - ihnen beispielsweise das anfangs angenehme Gefühl geben, Helfer und Retter zu sein, sie später aber durch servile Dominanz zur Weißglut bringen -, ziehen die introjektiv Depressiven sich zurück. Dies wirkt wie ein Auflösen der Objektbeziehungen, bringt aber ebenfalls eine Beziehungsdynamik mit sich, die nur anders ist: Sie induziert bei ihrem Gegenüber beispielsweise Sorge und Anteilnahme, dann jedoch das Gefühl, abgelehnt zu werden und sie nicht erreichen zu können, Verärgerung und möglicherweise Resignation (zur spezifischen Gegenübertragung bei Depressiven ausführlich Will et al. 1998).

Die anaklitische oder abhängige Depression ist im subjektiven Erleben der Depressiven gekennzeichnet durch Gefühle von Einsamkeit, Hilflosigkeit und Schwäche. Diese Menschen haben intensive und chronische Angst, verlassen zu werden und schutzlos und unversorgt zurückzubleiben. Sie haben ein tiefes Bedürfnis danach, geliebt, genährt und beschützt zu werden. Sie schätzen ihr Gegenüber vor allem wegen der unmittelbaren Fürsorge, der Beruhigung und Befriedigung, die es gewähren kann. Trennung von anderen und Objektverlust verursachen erhebliche Ängste und Befürchtungen, die oft mit primitiven Mitteln abgewehrt werden wie mit Verleugnung oder einer verzweifelten Suche nach Ersatzobjekten.

Im Gegensatz dazu erleben die introjektiv oder selbstkritisch Depressiven vor allem Gefühle der Wertlosigkeit, der Niedrigkeit, des Versagens und der Schuld. Diese Menschen sind intensiv beschäftigt mit Selbstzweifeln und unerbittlicher Selbstprüfung; sie haben eine chronische Angst, kritisiert zu werden und die Anerkennung signifikanter anderer zu verlieren. Sie streben nach exzessiver Leistung und Perfektion, sind oft sehr kompetitiv und arbeiten schwer, verlangen viel von sich und schaffen tatsächlich oft eine Menge, was sie jedoch nicht auf Dauer zufrieden stellt. Wegen ihrer intensiv kämpferischen Haltung können sie auch gegen andere kritisch und angreifend sein oder zumindest in ihren heimlichen Einschätzungen anspruchsvoll und abwertend. Durch Überkompensation ringen sie darum, Anerkennung und Würdigung zu bekommen.

### **Parallelen zu anderen Depressionskonzepten**

Zu diesen wesentlichen Charaktereigenarten, wie Blatt sie beschreibt, finden sich erstaunliche Parallelen bei anderen Depressionsforschern (Blatt & Maroudas 1992). John Bowlby (1980, 1988) unterscheidet aus der Sicht der psychoanalytischen Bindungsforschung ebenfalls zwei Charaktertypen mit einer besonderen Vulnerabilität für depressive Erkrankungen: einerseits den ängstlich-gebundenen Typ, andererseits den zwanghaft selbständigen Typ. Der ängstlich-gebundene sucht interpersonellen Kontakt und ist exzessiv abhängig von anderen, der zwanghaft selbständige Typ sucht die Autonomie und vermeidet enge, intime Beziehungen.

Arieti und Bemporad (1978, 1980) beschreiben aus psychodynamisch-interpersonaler Sicht einen Typ Depressiver, der sich an dominanten anderen Menschen orientiert und einen,

der sich an dominanten Zielen ausrichtet. Der an dominanten Menschen orientierte Typ verlangt danach, selbst passiv zu sein und Zuwendung zu bekommen, indem er eine Beziehung installiert, die extrem abhängig, fordernd und infantil ist. Wenn der dominante andere Mensch verloren geht, an dem der Depressive sich orientiert hatte, kann eine akute Depression ausbrechen. Der am dominanten Ziel orientierte Typ hingegen versucht, sich seines eigenen Wertes zu vergewissern und sich von Schuldgefühlen zu befreien, indem er alle Mühe darauf verwendet, seine Ziele zu erreichen. Die Ziele und die Mühe erhalten dadurch eine ganz überwertige Bedeutung. Bei diesem Typ kann eine Depression ausbrechen, wenn die Ziele verloren gehen oder seine Unzufriedenheit und Versagensgewissheit zu groß werden.

Beck (1983) schließlich unterscheidet aus kognitiv-behavioraler Sicht einen soziotropen, sozial abhängigen Typ von Depression von einem autonomen Depressionstyp. Die sozial abhängigen Depressiven sind besonders mit der Gefahr beschäftigt, von anderen enttäuscht und verlassen zu werden, und sie versuchen deswegen, anderen zu gefallen und ihre Bindungen aufrechtzuerhalten. Depression entsteht bei ihnen am ehesten als Antwort auf die Wahrnehmung von Verlust oder Zurückweisung in sozialen Beziehungen. Der autonome Depressionstyp dagegen ist durchdrungen von der Angst, zu scheitern oder zu versagen, und neigt dazu, sich zu beschuldigen, unter seine Standards abgesunken zu sein und seinen Verpflichtungen nicht gerecht zu werden. Depression bricht hier am ehesten aus als Antwort auf die Wahrnehmung von Versagen oder von Kontrollverlust.

Es ist recht auffällig, wie sehr diese Autoren in der Beschreibung der zwei depressiven Grundtypen übereinstimmen, obwohl ihre theoretischen Ansätze erheblich differieren. Es spricht vieles dafür, dass wir es tatsächlich mit zwei Konfigurationen in der Psychologie Depressiver zu tun haben: einem objektbezogenen und abhängigen Typus auf der einen und einem selbstkritischen und autonomen Typus auf der anderen Seite. In der empirischen Depressionsforschung hat diese Unterscheidung viel Anerkennung gefunden und hat eine Fülle von Folgestudien hervorgerufen (z.B. Horowitz 1994).

## Der psychodynamische Zusammenhang beider Typen

Auch aus klinischem Blickwinkel scheinen viele der depressiven Patienten tatsächlich dem einen oder dem anderen Typus zuzugehören. Doch bei genauerer Untersuchung zeigt sich, dass kaum einer nicht auch etwas von dem anderen Typus erlebt und zeigt. Der selbstkritische Typ kann trotz seines distanzierenden Rückzugs doch heimlich und versteckt sehr angewiesen auf andere Menschen sein, und der abhängige Typ kann dennoch viel an Selbstkritik und Versagensgefühlen erleben.

Blatt (1998) bietet für diese Beobachtung eine, so finde ich, einleuchtende Erklärung. Seiner Ansicht nach ist die abhängig-passive Haltung bzw. die autonom-selbstkritische Haltung diejenige Charaktereigenart des jeweiligen Depressiven, die an der Oberfläche vorherrscht. Sie bestimmt sein bewusstes

Selbstverständnis und motiviert sein Handeln. Doch ist sie gerade deswegen so ausgeprägt, so starr und so pathogen, weil sie der Abwehr der jeweils anderen Empfindung dient. Gerade diese erlebt der Depressive als besonders gefährlich und ängstigend, sie ist deshalb verdrängt und bleibt weitgehend unbewusst.

Das heißt, dass die abhängig Depressiven in aller Regel eine größere Aktivität und Unabhängigkeit fürchten, weil sie meinen, alleine nicht zurechtzukommen zu können und ohne dominante andere unterzugehen. Sie weichen deshalb auf regressive Weise solchen Anforderungen aus und empfinden sich ausschließlich als hilflos und ängstlich. Sie haben noch nicht begriffen, dass genau dieses Ausweichen vor den inneren Konflikten ihre Depression verstärkt. Insbesondere versuchen sie, regressiv die Auseinandersetzung mit ihrem Überich und Ichideal zu vermeiden. Dadurch bleiben deren Inhalte - Ideale und Forderungen - wenig integriert und pathogen.

Die selbstkritisch Depressiven auf der anderen Seite verleugnen ihre tiefe Sehnsucht nach Nähe, Liebe und Versorgung, weil sie zu viel unbewusste Enttäuschung damit verbinden. Sie bewegen sich stattdessen in ihrem pathologischen Zirkel von übermäßigen Erwartungen an sich selbst, von Kritik und Versagensängsten und meinen, wenn sie sich nur genügend Mühe gäben, könnten sie für sich selbst zufrieden werden und die Hochachtung anderer Menschen gewinnen. Sie gehen den interpersonellen Konflikten aus dem Weg, die auch ihrer Depression zugrunde liegen und deren Bewältigung sie für unmöglich halten.

Psychodynamisch gesehen changieren beide Typen dabei zwischen einem ödipalen Pol und einem präödipalen Pol der depressiven Problematik. Der ödipale Pol hängt mit dem Überich und seiner Entwicklung zusammen, der präödipale Pol mit der primären Objektbezogenheit der ersten zwei Lebensjahre. Wir nähern uns damit Blatts Ansichten über die Psycho-genese der zwei Depressionstypen, so wie ich sie verstehe.

## Zur Psycho-genese

Es ist eine alte Erkenntnis, dass die Depressiven in ihrer frühkindlichen Entwicklung Störungen in zwei Bereichen erleben: einerseits präödipal in den ersten zwei Lebensjahren, andererseits ödipal mit Schwerpunkt im 5. und 6. Lebensjahr. Bei den zwei depressiven Typen scheinen die Störungsschwerpunkte jeweils unterschiedlich zu liegen. Sidney Blatt hat in zwei großen Überblicksarbeiten die gesamte entwicklungspsychologische Literatur gesichtet (Blatt & Homann 1992, Blatt & Zuroff 1992) und ist zu folgenden Schlüssen gekommen:

Ein erster Schwerpunkt liegt im **ersten Lebensjahr**. Hier finden sich sehr häufig Störungen in der direkten Interaktion der später Depressiven mit ihren Pflegepersonen, beispielsweise wenn die Mütter selbst depressiv sind.

Beobachtungen an Säuglingen mit depressiven Müttern haben unter anderem gezeigt: Die Babys protestierten in den ersten zwei Lebensmonaten häufig gegen die Vernachlässigung und versuchten ihre Bedürfnisse deutlich zu machen. Mit sechs Monaten hatten sie sich diese Aktivitäten abgewöhnt

und pflegten stattdessen bei Kontaktaufnahme wegzuschauen und sich zurückzuziehen. Sie zeigten ein vermindertes Interesse an interpersonaler Interaktion und wandten sich vermehrt einem selbst tröstenden Verhalten zu. Wahrscheinlich haben sie die Erwartung ausgebildet, keine Antwort auf ihre Aktivitäten zu bekommen und auch keine Hilfe zu erhalten bei der Regulation der eigenen Affekte und Erregungen. Die Ergebnisse von René Spitz (Spitz & Wolf 1946) bestätigen sich damit, der Babys in amerikanischen Kinderheimen der 40er Jahre untersucht hat, die vergleichbare Zustände der Einsamkeit erlebt und eine frühkindliche anaklitische Depression entwickelt hatten.

In der Entwicklungspsychologie gehen wir davon aus, dass solche Erlebnisse, wenn sie sich wiederholen, die inneren Repräsentanzen des Kindes prägen, d. h. die strukturellen Schemata, die es von sich selbst, von dem Gegenüber und von der Art der Beziehung zwischen beiden ausbildet. Ein solches Kind mag die Überzeugung gewinnen, dass es unfähig ist, das Objekt zu erreichen, und deshalb auf sich selbst zurückgeworfen ist. Es mag dies als Desinteresse des Objekts internalisieren, es mag vor allem sich seinen eigenen Affekten, Erregungen, Phantasien und Ängsten ausgeliefert fühlen und die Einstellung gewinnen, es müsse mit sich selbst zurechtkommen, auch wenn es sich dazu überhaupt nicht in der Lage sieht. Es mag in späteren Entwicklungsphasen Enttäuschung und Zurückweisung als wesentlichen Bestandteil von Objektbeziehungen internalisieren, und es mag die Frage, warum die Mutter es zurückweise, mit Schuldattributionen verknüpfen und sich sagen: Ich bin schuld aus den und den Gründen, dass es mir so schlecht ergeht.

Die Eltern später Depressiver binden ihre Kinder über die Jahre der Kindheit und Jugend hinweg oft sehr eng an sich und kontrollieren sie stark, zugleich gehen sie wenig auf die spezifischen Bedürfnisse des Kindes ein. Im Englischen werden sie als "controlling and nonresponsive", als kontrollierend, aber nichtantwortend bezeichnet. Zugleich machen sie den Kindern oft Vorwürfe und kritisieren sie, sei es offen oder indirekt - was sich auch hinter einer liebevollen Oberfläche verstecken kann -, und verstärken dadurch die Selbstvorwürfe des Kindes (Bemproad & Romano 1993).

In der Separationsphase des zweiten Lebensjahres, in der die erste große Autonomieentwicklung des Kindes stattfindet, liegt der zweite Störungsschwerpunkt der depressiven Vulnerabilität (Blatt & Homann 1992). In dieser Zeit beginnt das Kind, ein Gefühl für seinen Selbstwert und seine Identität zu entwickeln. Störungen können hier zu einer Bildung von Ärger und Ressentiment in interpersonellen Beziehungen führen und zu einem entwerteten Selbstbild, das verbunden ist mit ausgeprägten Gefühlen von Scham, Schuld und Ungenügen. Die Kinder bleiben gebunden an die Primärpersonen, doch auf eine unsicher-ambivalente oder eine unsicher-vermeidende Weise.

In einem dritten Störungsschwerpunkt (auf den Blatt kaum eingeht; ich vermute mangels empirischer Studien) in der ödipalen Zeit des **5. und 6. Lebensjahres** treffen wir auf die Konsolidierung des Überichs. Hier verstärkt sich für die depressiv vulnerablen Kinder die Neigung zu Schuldgefühlen

und Scham und die Tendenz zu Selbstkritik und Versagensgefühlen. Hier trennen sich wahrscheinlich auch endgültig die charakterologischen Wege: ob die Kinder dem abhängigen und objektbezogenen Typus zuneigen und regressiv dem Ödipuskonflikt ausweichen, oder ob sie sich in die selbstkritische und autonome Richtung weiterentwickeln und die progressive Abwehr ausbauen.

Sidney Blatt versucht, bis ins Einzelne die Objektrepräsentanzen der abhängig Depressiven und der selbstkritisch Depressiven voneinander abzugrenzen (1974). Er ordnet die abhängig Depressiven den frühen Entwicklungsstörungen zu, sieht sie in ihrer psychischen Struktur als gering differenziert an und konstatiert, dass bei ihnen libidinöse Triebregungen im Vordergrund stehen. Sie drücken ihre Depression oftmals auch in Form körperlicher Beschwerden aus und suchen dann häufig die Hilfe und Fürsorge anderer. Zu dieser Gruppe gehören die vielen Depressiven, die sich im medizinischen Versorgungssystem der somatischen Disziplinen tummeln und noch kein Bewusstsein von der psychischen Dimension ihrer Erkrankung entwickelt haben. Es bedarf einer eigenen psychotherapeutischen Strategie, sie für eine Psychotherapie zu motivieren.

Die selbstkritischen Depressiven hingegen schätzt Blatt als höher differenziert ein. Sie sind mit sich selbst als abgegrenzter Person beschäftigt und verwenden statt der Interaktion vor allem symbolisches Denken und selbstbezügliche Reflexion. Bei ihnen stehen nicht libidinöse, sondern aggressive Konflikte im Vordergrund, die sich vor allem in Selbstkritik, in Selbstbestrafung und in der harten Bewertung anderer Personen äußern. Sie besitzen in der Regel ein höheres Maß an Introspektionsfähigkeit und Selbstreflexion und sind deshalb zugänglicher für einen psychotherapeutischen Zugang. Für sie stellen jedoch ihr Autonomiestreben und ihre Abhängigkeitsangst oft ein Hindernis dar, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Aus klinischer Sicht ist diese Unterscheidung Blatts zweifellos sehr aufschlussreich. Gleichwohl besitzen wir heute durch die Einteilung unserer Patienten nach dem Strukturniveau ihrer Persönlichkeitsorganisation ein noch weit differenzierteres und genaueres Instrument zu ihrer Persönlichkeitseinschätzung und Therapieplanung (Arbeitskreis OPD 1996). So finden sich Depressive mit vorherrschend abhängig-regressiven Tendenzen ebenso wie Depressive mit selbstkritisch-autonomen Tendenzen auf allen Niveaus der Persönlichkeitsorganisation: bei psychotischen Depressionen, im Borderline-Bereich, als "mittleres Niveau" und auf dem neurotisch-ödipalen Niveau (vgl. Will et al. 1998, Will 2000).

## Psychotherapie

Blatt legt einige sehr interessante Ergebnisse bezüglich des unterschiedlichen Ansprechens der zwei Typen auf Psychotherapie vor. Ich gehe zunächst auf die introjektiven und selbstkritischen Patienten ein. Das erste Ergebnis besagt, daß diese relativ schlecht ansprechen auf alle medikamentösen antidepressiven Therapien und auf psychologische Kurztherapien aller

Art. Bei seiner Reanalyse der großen amerikanischen NIMH-Studie zum Vergleich unterschiedlicher Therapiemethoden bei Depressiven kam Blatt zu folgenden Schlüssen (zusammenfassend Blatt 1998): Die selbstkritisch Depressiven hatten ähnlich schlechte Erfolge bei antidepressiver Medikation, bei kognitiv-behavioraler Psychotherapie, bei interpersoneller Psychotherapie und bei Placebo, wobei die Therapien jeweils 16 Wochen dauerten. Bei zwei Dritteln der selbstkritischen Patienten stagnierte der therapeutische Fortschritt in der zweiten Behandlungshälfte und es kam zu einer Zunahme von negativen Effekten. Blatt bringt dies in Zusammenhang mit der erzwungenen Kürze der Behandlungsdauer, wodurch die therapeutische Wirkung schon vorher unterbrochen wurde.

Ganz im Gegensatz dazu zeigte seine Reanalyse der Menninger-Studie (Blatt 1992), dass die dort behandelten selbstkritisch-depressiven Patienten von einer längerfristig angelegten psychoanalytischen Behandlung mit offenem Ende gut profitierten. In einem eigens eingerichteten tagesklinischen Setting mit einem mehrdimensionalen Therapieansatz, der eine psychodynamische Therapie mit vier Wochenstunden umfasste, fand Blatt für schwer gestörte introjektiv Depressive nach einem mittleren Verlauf von 15 Monaten recht erfreuliche Ergebnisse. Alles weist seiner Ansicht nach darauf hin, dass die selbstkritisch Depressiven in der Psychotherapie viel Zeit brauchen und von einer psychoanalytisch orientierten Behandlung gut profitieren können. Aus der Sicht einer stationären Behandlung darf man wohl keine zu großen Effekte bei den introjektiven Patienten erwarten. Wichtig ist sicher ein Ernstnehmen ihrer Suizidalität, die, wie Blatt meint, sehr heimtückisch sein kann. Das Hauptziel im stationären Rahmen dürfte eine Symptombesserung sein und daneben der Versuch, durch psychodynamisches Verständnis einen Zugang zu ihnen zu finden und dadurch eine ambulante Behandlung vorzubereiten.

Bei der Gruppe der abhängig Depressiven sehen die Verhältnisse ganz anders aus. Diese Patienten schnitten in der psychodynamisch orientierten Tagesklinik viel schlechter ab. Auch in der ambulanten Psychotherapie (Blatt 1992) zeigte sich, dass klassische psychoanalytische Behandlung bei abhängig Depressiven wenig Effekt hat. Hingegen sprechen sie viel besser auf Psychotherapien an, bei denen der direkte Kontakt, die Interaktion mit dem Therapeuten, die interpersonelle Dimension und die Verhaltensebene im Vordergrund stehen. Dies gilt sowohl für einen psychodynamisch-interaktionellen Ansatz (in der Menninger-Studie wurde eine lang dauernde psychodynamische Psychotherapie mit zwei Wochenstunden bei diesen Patienten mit gutem Erfolg durchgeführt) wie für kognitiv-behaviorale und für interpersonelle Therapien (NIMH-Studie). Auch antidepressive Medikation hat bei den abhängig Depressiven eine gute Wirkung, ebenso wie Placebo. Wenn wir die unmittelbar objektbezogenen Bedürfnisse der abhängig Depressiven betrachten und ihre Störungen im interpersonellen Bereich, dann überrascht das nicht. Sie profitieren am meisten von der direkten Auseinandersetzung mit dem Therapeuten. Diese Ergebnisse beinhalten viele Anregungen für den behandlingstechnischen Umgang mit diesen Patienten (Blatt & Behrends 1987), wahrscheinlich nicht nur für den psychoanalytischen Psychotherapeuten.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - Grundlagen und Manuale. Bern, Huber, 1996.
- Arieti S, Bemporad JR: Severe and Mild Depression: The Therapeutic Approach. New York, Basic Books, 1978.
- Arieti S, Bemporad JR: The Psychological Organization of Depression. *Am J Psychiatr* 1980;137:1360-1365.
- Beck AT: Cognitive Therapy of Depression: New Perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE (eds.): *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches*. New York, Raven, 1983, 265-290.
- Bemporad JR, Romano S: Childhood Experience and Adult Depression: A Review of Studies. *Am J Psychoanal* 1993;53:301-315.
- Blatt SJ: Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *Psychoanal Study Child* 1974;29:107-157.
- Blatt SJ: The Differential Effect of Psychotherapy and Psychoanalysis with Anaclitic and Introjective Patients: The Menninger Psychotherapy Research Project Revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 1992;40:691-724.
- Blatt SJ: Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. *J Am Psychoanal Assoc* 1998;46:723-752.
- Blatt SJ, Behrends RS: Internalization, Separation-Individuation, and the Nature of Therapeutic Action. *Int J Psycho-Anal* 1987;68:279-297.
- Blatt SJ, Homann E: Parent-Child Interaction in the Etiology of Dependent and Self-Critical Depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:47-91.
- Blatt SJ, Maroudas C: Convergences among Psychoanalytic and Cognitive-Behavioral Theories of Depression. *Psychoanal Psychol* 1992;9:157-190.
- Blatt SJ, Zuroff DC: Interpersonal Relatedness and Self-Definition: Two Prototypes for Depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:527-562.
- Blatt, SJ, Quinlan DM, Chevron E: Empirical Investigations of a Psychoanalytic Theory of Depression. In: Masling J (ed.): *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*. Vol. 3. Hillsdale, NJ and London, Analytic Press, 1990, 89-147.
- Bowlby, J: *Attachment and Loss: Volume 3. Loss, Separation, and Depression*. New York, Basic Books, 1980.
- Bowlby, J: *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London, Routledge & Kegan Paul, 1988.
- Horowitz LM: Personenschemata, Psychopathologie und Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 1994;39:61-72.
- Jacobson E: Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Engl. Original 1971. Frankfurt/M, Suhrkamp, 1977.
- Saviotti M: Der therapeutische Zugang zum depressiven Patienten. In: Benedetti G (Hg.): *Psychosentherapie. Psychoanalytische und existentielle Grundlagen*. Ital. Original, 1979. Stuttgart, Hippokrates, 1983, 215-261.
- Spitz RA, Wolf KM: Anaclitic Depression. *Psychoanal Study Child* 1946;2:313-342.
- Will H, Grabenstedt Y, Völkl G, Banck G: *Depression. Psychodynamik und Therapie*. Stuttgart, Kohlhammer, 1998.
- Will H: Psychoanalyse. In: Hoffmann N, Schauenburg H (Hg.): *Psychotherapie der Depression*. Lindauer Psychotherapiemodule. Stuttgart, Thieme, 2000 im Druck.

**Dr. med. M. theol. Herbert Will**

Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie  
Anschrift: Veit-Stoss-Str. 96 • 80687 München