

Dieter Sandner

Psychoanalytische Überlegungen zum depressiven Negativismus

Psychoanalysis of Depressive Negativism

Zusammenfassung

Schwere Depressionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich trotz bester psychotherapeutischer und psychoanalytischer Arbeit kaum beeinflussen lassen: der depressive Negativismus. Nach einer Fallvignette wird auf der Basis der gesamten psychoanalytischen Tradition die Psychodynamik, Genese und Psychotherapie schwerer Depressionen dargestellt und diskutiert. Herausgearbeitet wird die spezifische Objektbeziehung, die diese Patienten als grundlegendes inneres Beziehungsmodell entwickelt haben und an dem sie unverrückt festhalten. Ebenso werden Überlegungen zur modifizierten psychoanalytischen Behandlung schwerer Depressionen angestellt.

Schlüsselwörter

schwere Depressionen – depressiver Negativismus – depressive Objektbeziehung – psychoanalytische Theorie der Depression – Behandlungstechnik

Summary

It is well known that severe depressive states can scarcely be treated by psychotherapeutic or psychoanalytic work: This is known as depressive negativism. On the basis of a case study psychodynamics, genesis and psychotherapy of severe depressive states are put forward and discussed. Considering the whole psychoanalytic tradition, specific object relations are worked out which these patients develop as an inner psychosocial model and to which they stick firmly. Furthermore, modified psychoanalytic treatment strategies for severe depressive states are proposed.

Keywords

severe depressive states – depressive negativism – depressive object relations – psychoanalytic theory of depressive states – psychoanalytic treatment technique

■ I. Einleitung

An den Beginn meiner Erörterung über psychoanalytische Aspekte des depressiven Negativismus möchte ich keine trockene Definition bzw. die Schilderung eines klinischen Syndroms stellen, sondern einen Patienten schildern, der über vier Jahre in analytischer Behandlung war:

Der Patient wurde von seinem Nervenarzt überwiesen, da er es schade fand, dass der Patient, damals noch Mitte vierzig, zunehmend vereinsame und auch trotz seines netten Wesens bislang keine Partnerin gefunden habe. Darüber hinaus drohte nach Einschätzung des Nervenarztes ohne eine psychotherapeutische Aufarbeitung bestimmter lebensgeschichtlicher Zusammenhänge über kurz oder lang ein erneuter depressiver Zusammenbruch mit der Gefahr dauernder Berufsunfähigkeit.

Zur psychiatrischen Vorgeschichte: Der Patient wurde ein halbes Jahr zuvor von seinem Internisten zum Nervenarzt

geschickt, da er anscheinend aus heiterem Himmel, von einem Tag auf den anderen schwerste funktionelle Magenbeschwerden entwickelt hatte, völlig apathisch wurde und unfähig war, seine Arbeit als höherer Beamter zu verrichten, ja nicht einmal mehr in der Lage war, in die Arbeit zu gehen. Gleichzeitig setzten entsetzliche Angstzustände ein, der Patient traute sich überhaupt nicht mehr unter Menschen. Nach dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit und gleichzeitiger antidepressiver medikamentöser Behandlung durch den Nervenarzt war Patient wieder so weit hergestellt, dass er wenigstens wieder in die Arbeit gehen konnte, aber er war weiterhin stark depressiv verstimmt und reagierte auf jede neue berufliche Aufgabe mit Magenschmerzen und Ängsten. Eher wie ein folgsames Kind kam der Patient zum Psychotherapeuten. Er wisse eigentlich nicht so recht, was er da solle, da ihm aber sein Nervenarzt, der ihm in schwieriger Zeit geholfen hätte, sehr zu einer Psychotherapie geraten habe, wolle er dem doch nachkommen. Die vermeintlich aus heiterem Himmel aufgetretene depressive

Verstimmung des Patienten erfuhr in den ersten Gesprächen bereits eine rasche Aufklärung. Massive situative Auslöser sprangen geradezu ins Auge: Der Patient war nach zwei Jahren bei einem relativ wohlwollenden und verständnisvollen Chef plötzlich zu einem neuen Chef versetzt worden, den er schon von früher her kannte. Der neue Chef gab dem Patienten keinerlei Hilfestellung, mäkelte ständig an seiner Arbeit herum und lobte ihn in keiner Weise, auch wenn er sehr gute Arbeit leistete. Da für den Patienten zeit seines Lebens Anerkennung durch Leistung die einzige Schiene war, auf der er sich positive Zuwendung von anderen erwartete, entstand durch diesen Wechsel des Vorgesetzten für ihn eine höchst bedrohliche und deprimierende Situation. Er hatte das Gefühl, keine Chance bei diesem Chef zu haben, was seine Anerkennung als Person und Mitarbeiter anbelangte. Fast zur gleichen Zeit hatte sich der Patient mit einer jungen Kollegin getroffen, zu der er sich seit geraumer Zeit hingezogen fühlte und die ihm bislang auch deutliche Zeichen ihrer Sympathie gezeigt hatte. Aber in dem beginnenden depressiven Zustand fühlte er sich dieser Frau gegenüber völlig unattraktiv und hilflos und ging deshalb in seinem Verhalten sehr auf Abstand. Dies führte dazu, dass sich diese Frau immer weniger mit Patient traf und sich schließlich in eine andere Stadt versetzen ließ.

Während diese beiden Anlässe vom Therapeuten vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten als ausgesprochen schwerwiegend für den Ausbruch der Depression eingeschätzt wurden und er dies dem Patienten auch sagte, konnte dieser damit wenig, um nicht zu sagen überhaupt nichts anfangen. Ja, beides sei sehr schlimm für ihn gewesen, aber wieso sei er deshalb in einen so schlimmen Zustand geraten. Es sei doch seine Schuld, dass er die Frau nicht halten konnte und sich die Geschichte mit seinem neuen Chef so zu Herzen genommen habe. Andere hielten das doch auch durch, ohne zusammenzubrechen und schwer depressiv zu werden. Er verstehe nicht, was das mit seiner Depression zu tun haben solle...

Ähnlich erging es dem Therapeuten bei dem Versuch, Näheres über die Geschichte des Patienten zu erfahren: Der Patient schilderte eine Vielzahl traumatisierender Ereignisse, bei denen er sich schon als Kind und später als Jugendlicher von beiden Eltern missachtet oder gar nicht beachtet gefühlt hatte, so sehr, dass er mit 10 Jahren beschloss, sich überhaupt nicht mehr an seine Mutter zu wenden und alles mit sich auszumachen. Danach habe er sich zunehmend resignierend immer mehr in sich zurückgezogen und die Vorstellung entwickelt, allenfalls durch besondere schulische Leistungen noch ein gewisses Interesse seitens der Eltern wecken zu können. Fast immer sagte der Patient dem Therapeuten am Ende guter, klärender Gespräche, jetzt sei er wieder keinen Schritt vorangekommen, wisse immer noch nicht, wieso er so depressiv geworden sei und was das Gespräch ihm gebracht habe. In der Therapie wurde die aktuelle konflikthafte Beziehung des Patienten zu seinem Chef über viele Wochen durchgesprochen und der Patient auch ermuntert, seine Position dem Chef gegenüber deutlicher zu zeigen. Er kam nach und nach auch besser mit seinem Chef und den Kollegen zurecht und fühlte sich besser, aber immer wieder stellte sich am Ende der Stunden das enttäuschte Gesicht des Patienten ein und der stereotype

Satz: Er sei wieder keinen Schritt vorangekommen. Auffallend war auch, dass er bei geringen Kränkungen durch den Chef alles wieder völlig zu vergessen schien, was in der Therapie in vielen Stunden erarbeitet worden war und was er auch zu anderen Zeiten als deutliche Besserung seines Umgangs mit dem Chef sehen konnte. Es schien dann, als ob nicht schon über 100, sondern noch gar keine therapeutischen Gespräche stattgefunden hätten ...

Da es dem Patienten in der Beziehung zu seinem Chef nach einiger Zeit stabil besser ging, er aber besonders über Schwierigkeiten in Gruppen klagte, in denen er sich beruflich immer wieder bewegen muss, bot der Therapeut ihm nach drei Jahren Einzeltherapie an, die Therapie im Rahmen einer Gruppe fortzusetzen. Der Patient war zunächst beunruhigt, stimmte dann aber überraschend schnell und klar zu, entwickelte sogar eine gewisse neugierige Erwartung, was da alles auf ihn zukomme.

In dieser Gruppe war der Patient zur großen Überraschung des Therapeuten zunächst ausgesprochen aktiv, ging rasch auf andere ein und versuchte, ihnen mit eigenen Erfahrungen zu helfen. Dies änderte sich aber ebenso rasch, wenn andere nicht gleich auf seine Vorschläge Resonanz zeigten oder wenn das Gespräch sich um ein anderes Gruppenmitglied zu drehen begann. Der Patient zog sich dann abrupt zurück. Wenn andere auf ihn einzugehen versuchten, reagierte er eher mit Unwohlsein und Reserviertheit und: Er vergaß völlig solche Erlebnisse des Sich-um-ihn-Bemühens anderer. Schließlich verstummte der Patient immer mehr, betrat den Gruppenraum häufig körperlich ziemlich angespannt und mit einem vorwurfsvollen Blick, besonders dem Gruppenleiter gegenüber. In den seltenen Fällen, in denen er von sich etwas sagte, fragte sich der Patient immer wieder, was die Gruppe ihm bringe, was Psychotherapie überhaupt bringe. Es schien, als ob bei ihm „nichts reingehen“ und „nichts rausgehen“ würde, auch erreichte therapeutische Einsichten und Erfolge – mindestens in der Wahrnehmung des Patienten – wieder völlig verloren gegangen wären.

Nach 1 1/2 Jahren analytischer Gruppentherapie und 3 Jahren Einzeltherapie betonte der Patient in der Gruppe, er habe niemanden, mit dem er reden könne, wenn seine Mutter sterbe, sei er völlig allein. Während andere Gruppenmitglieder zunehmend von der gemeinsamen Gruppenarbeit profitierten und sich immer mehr aufeinander einlassen konnten, fühlte sich der Patient sehr isoliert, und es hatte den Anschein, als ob er nichts vom Austausch mit den anderen Teilnehmern hätte, vielmehr hilflos allein in der Gruppe sitzen würde und sich aus dieser Position nicht wegbewegen könnte.

Gerade aus der Beobachtung des Verhaltens des Patienten in der Gruppensituation wurde deutlich: Aus irgendeinem Grund schien er sich nicht aus seinem „depressiven Arrangement“ herausbegeben zu wollen oder zu können, hielt vielmehr zäh und unverrückbar an seiner vermeintlich einsamen und hilflosen Position fest. Er zeigte das, was ich „**depressiven Negativismus**“ nennen möchte: Alle Versuche von anderen Teilnehmern oder vom Gruppentherapeuten oder vom Patienten selbst, aus seiner depressiven Position herauszukommen, schienen zum Scheitern verurteilt.

■ II.

Bei der Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zur Frage des depressiven Negativismus fällt auf, dass diese Problematik vielfach im Mittelpunkt des Interesses klinisch arbeitender Psychologen verhaltenstherapeutischer Provenienz steht (vgl. z. B. die Sammelbände von Straub, Hauzinger & Hole, 1989, sowie Hoffmann, 1976), Psychoanalytiker aber, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen (Jacobson, 1977; Arieti & Bemporad, 1983), wenig kontinuierliches Interesse an dieser Problematik gezeigt haben.

So setzt z. B. die sehr einflussreiche Richtung der kognitiven Verhaltenstherapie von Beck (1981) und seinen Mitarbeitern genau bei dem Problem des depressiven Negativismus psychotherapeutischen Bemühungen gegenüber an (vgl. auch Frese & Schäfthaler-Rühl, 1976). Auch Linden (1976), der in einer der seltenen zusammenfassenden sozialpsychologischen Arbeiten zum depressiven Verhalten dieses als „aktives Verhalten“ fasst, stellt in den Mittelpunkt seiner Ausführungen die für jeden Therapeuten extrem frustrierende Erfahrung, dass Depressive zwar ständig andere um Hilfe bitten, die angebotene Hilfe aber sabotieren und darüber hinaus den, der Hilfe anbietet, deprimieren: Sie lassen ihn mit seinen Bemühungen immer wieder ins Leere laufen, was schließlich über kurz oder lang dazu führt, dass er seine therapeutischen Bemühungen einstellt.

So sehr sich Verhaltenstherapeuten für den depressiven Negativismus und seine therapeutischen Auswirkungen interessieren, so wenig befriedigend sind die Antworten, die ihre Vertreter auf die Frage der psychologischen bzw. psychodynamischen Hintergründe dieses Phänomens geben (vgl. z. B. die ansonsten sehr verdienstvolle zusammenfassende Darstellung psychologischer Theorien depressiven Verhaltens von De Jong-Meyer, 1992).

So meint der bekannte kognitive Verhaltenstherapeut A. Beck (1979, 1981), der Depressive habe irgendwann im Verlaufe seines Lebens im Zusammenhang mit einer großen Enttäuschung, die gleichzeitig einen schlimmen Verlust bedeutete, eine negative Denkspirale in Bewegung gesetzt, in der er sich allein für sein Unglück verantwortlich gemacht habe. Dieses negative Denken verfestige und erweitere sich zunehmend und führe dazu, dass der Patient sowohl seine Vergangenheit als auch seine Zukunft negativ sehe und gleichzeitig sein Gefühl verstärke, er sei nichts wert und nicht liebenswert. Wieso der Patient das tue, bleibt überraschenderweise völlig offen. Linden (1976), der – wie oben bereits angedeutet – in ausgesprochen differenzierter Weise phänomenologisch die Widersprüche im Sozialverhalten Depressiver darlegt, bemerkt, er wisse nicht, wie dieses Verhalten entstehe.

■ III.

Da ich mich von den ansonsten therapeutisch sehr verdienstvollen Überlegungen der Verhaltenstherapeuten eher ratlos zurückgelassen fühlte, beschloss ich, mich doch wieder

meiner eigenen Disziplin, der Psychoanalyse, zuzuwenden und herauszufinden, was innerhalb dieser Tradition vielleicht doch – wenn auch nicht von den Vertretern des Mainstreams – über den depressiven Negativismus psychodynamisch zu erfahren ist.

In seiner klassischen Arbeit „Trauer und Melancholie“ setzte sich Freud 1917 eingehend mit dem zentralen Problem jeglicher depressiven Erkrankung auseinander, der Frage, wieso ein Mensch nach dem Verlust einer wichtigen Person nicht mit verständlicher Trauer reagiere, sondern mit einer Art ständiger schwerer Traurigkeit, die sich bis zur völligen Apathie steigern kann. Freud nannte diesen Zustand in guter klassisch-psychiatrischer Tradition Melancholie, die oftmals viele Monate, manchmal Jahre oder ein ganzes Leben lang anhalte. Ihm fiel auf, dass mit einer solch extremen depressiven Verstimmung oft heftige Selbstanklagen des Patienten verbunden sind, die vielfach völlig unbegründet zu sein scheinen. Dem scharfen klinischen Beobachter Freud blieb dabei nicht verborgen, dass diese Selbstvorwürfe am ehesten dem Verhalten entsprachen, das die Patienten von den verlorenen Personen ertragen oder erdulden mussten. Aber er zieht daraus nicht die naheliegende Folgerung, dass das seltsame, selbstquälerische und anscheinend kaum therapeutisch veränderbare Verhalten der depressiven Patienten wesentlich von dem her verstehbar sein könnte, was die Patienten **von den Menschen** chronisch erleben und erdulden mussten, **die für sie von zentraler Bedeutung gewesen waren**.

Freud stellt lediglich eher etwas ratlos fest, dass die Patienten offensichtlich „mit tausend Fäden“ an den verloren gegangenen Beziehungspartner gebunden sein müssen und dass diese Bindung eine extrem ambivalente sein muss: Der verlorene Partner wird einerseits übermäßig geliebt, andererseits auch übermäßig gehasst. Er wird so geliebt und ist für den Patienten so unerlässlich, dass er von ihm verinnerlicht, psychisch einverleibt wird, aber auch so gehasst, dass der Patient befürchtet, ihn nun als „inneres Objekt“ zu töten, und deshalb vor der eigenen inneren Wut schützen muss: Deshalb spalte sich der Patient innerlich quasi in zwei Teile, deren einer Teil sich mit dem verlorenen „Objekt“ identifiziert und deren anderer Teil dieses Objekt angreift. Auf diese Weise attackiert der Patient sich selber und macht sich schwere Vorwürfe und Vorhaltungen, hauptsächlich, um das Objekt zu schützen.

Ganz offensichtlich darf der Melancholiker das verlorene Objekt aus Gründen, die für Freud überraschenderweise im Dunkeln bleiben, auf gar keinen Fall direkt angreifen und diesem Vorhaltungen machen. Offenbar ist es für den Melancholiker ganz wichtig, selbst schuld zu sein am Verlust des Objekts: etwas getan oder unterlassen zu haben, wodurch er des wichtigen Beziehungspartners verlustig ging. Offenbar darf er die Wahrnehmung und das Gefühl nicht zulassen, er sei – vielleicht immer schon – diesem ohnmächtig ausgeliefert gewesen und habe nichts tun können, ihn zu halten oder versöhnlich zu stimmen. Freud stellt diese Überlegungen überraschenderweise nicht an, obwohl sie nach seiner klinischen Beobachtung eher naheliegen, wonach die Selbstanklagen der

Patienten Anklagen seien und die vermeintlichen schlimmen eigenen Taten Taten des wichtigen Anderen seien. Er rätselt mehr in Richtung auf noch unklare psychosomatische Zusammenhänge bei Depressiven, die zu einer gesteigerten Oralität, auch besonderer oraler Verletzbarkeit führen, aber auch zu einer vermehrten Ambivalenz analer Provenienz. Er vertritt weiterhin die Auffassung, dass bei späteren Melancholikern eine Fixierung auf die orale Phase der kindlichen Entwicklung vorliege oder jedenfalls eine Regression auf diese unzureichend durchlaufene Phase stattfinde.

Durch die ganze Abhandlung Freuds ziehen sich Vermutungen, dass es sich offensichtlich um einen heftigen Kampf, eine unerbittliche Dauerauseinandersetzung des Melancholikers mit der geliebten/gehassten Beziehungsperson handelt. Freud stellt sich aber nicht die Frage, um welchen Kampf es sich da handeln könnte, d.h., wie die Soziodynamik aussehen könnte, die zu einer Melancholie führt und in der aktuellen therapeutischen Situation die Patienten depressiv immobilisiert. Nichtsdestoweniger stellt Freud aber als das zentrale therapeutische und menschliche Problem bei der Arbeit mit Depressiven deren geringe therapeutische Beeinflussbarkeit heraus: eben ihren depressiven Negativismus.

Heute wissen wir: Der depressive Patient hat entsetzliche Angst, durch seine Wut die für ihn wichtige Person „umzubringen“, leibhaftig oder in der Weise, dass der andere oder die andere sich entsetzt oder ihrerseits tief gekränkt von ihm abwendet und der Patient allein, „mutterseelenallein“ zurückbleibt. Die Lenkung der Wut auf sich selbst ist eine Schutzreaktion, eine Maßnahme, um die Objektbeziehung, die innere Beziehung des Patienten zu diesem Menschen, zu schützen. Diese Person ist für ihn so wichtig, dass er eher sich selber angreift und bezichtigt oder sich gar umbringt, als diese Person zu attackieren und sie dadurch zu verlieren.

Bei der gerade in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnenen kleinianischen Theorietradition innerhalb der Psychoanalyse gewinnt die von Freud phänomenologisch festgestellte durchgehende Selbstbeschuldigung schwer Depressiver eine geradezu „anthropologische Dignität“. Melanie Klein betrachtet die von ihr so benannte „depressive Position“ neben der dieser vorausgehenden „paranoid-schizoiden Position“ als die beiden für die menschliche Entwicklung zentralen frühkindlichen Konstellationen (vgl. Klein, 1972).

Während in der „paranoid-schizoiden Position“ der hypothetisch angenommene Säugling alles Gute in sich bewahren möchte und deshalb alles Böse, Bedrohliche, Ängstigende nach außen, als außerhalb seiner Grenzen befindlich, projizieren möchte, mithin sich selbst als „nur gut“ und die Außenwelt als „nur böse“ erlebt, ist es nach M. Klein in der depressiven Position umgekehrt: Der Säugling erlebt sich als total böse und die Umwelt, alles was als außen erlebt wird, als total gut. In dieser Phase ist es deshalb für den Säugling wichtig, Wiedergutmachung zu leisten für das viele Böse, das das sadistische Selbst den guten „Objekten“ angetan hat. Es wird hier die depressive Problematik, wie sie Freud bei schweren Melancho-

lien klinisch beschrieben hat, als wesentlich und unabdingbar für eine gedeihliche kindliche Entwicklung betrachtet, sozusagen zur Natur des Menschen schlechthin hochstilisiert. Aus welchen interpersonellen Beziehungskonstellationen heraus sich eine spezifische depressive Dynamik entwickelt, erscheint dann geradezu als eine überflüssige Frage.

Dabei ist dies natürlich eine klinisch, aber auch epidemiologisch äußerst wichtige Frage: Wenn nicht alles trägt, entsteht die von Klein geschilderte depressive Position in der Tat häufig, vielleicht immer, weil wir von unseren gesellschaftlichen Beziehungen her, in die wir alle mehr oder weniger in „depressogenen“ Beziehungen eingebunden sind, die Depressionen massenweise entstehen lassen. Wir kommen später darauf zurück (vgl. Sandner, 1999, 2006, 2011).

Die Geschichte der psychoanalytischen Erörterung der depressiven Dynamik ist bis weit in die 1950er Jahre bestimmt durch die gerade geschilderte – in der kleinianischen Tradition nur besonders akzentuierte – Annahme, bei der depressiven Verstimmung und dem depressiven Negativismus handle es sich – psychodynamisch gesehen – im Wesentlichen um eine Wendung übermäßiger angeborener und/oder durch besondere Frustrationen verstärkt hervorgerufene Aggressivität gegen die eigene Person mit einem gesteigerten Bedürfnis nach Zuwendung, Versorgtwerden und Beachtetwerden, d. h. einer besonderen oral-narzisstischen Bedürftigkeit (wie dies Rado, 1927, besonders herausgearbeitet hat).

Möglicherweise, weil Freud die Melancholie als besonders rätselhaft und schwer behandelbar und Melanie Klein die depressive Problematik als einen Bestandteil der „condition humaine“ gesehen hat, ist die depressive Erkrankung bis in die allerneueste Zeit eher ein Stiefkind psychoanalytischer Aufmerksamkeit und entsprechender therapeutischer Bemühungen von Analytikern gewesen. Dies trifft v.a. zu für die schweren Depressionen, deren Dynamik von Analytikern wenig thematisiert und auch nur ganz selten von ihnen psychoanalytisch behandelt wurden (vgl. Bräutigam, 1969, 1969a). Eine seltene Ausnahme bilden hier sicherlich Edith Jacobson, die sich von 1943 an immer wieder intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt hat (vgl. Jacobson, 1954, 1975, 1977), sowie Arieti und Bemporad (1983) in ihrer bahnbrechenden Monographie über Depression.

Insgesamt gesehen wurde dieses Feld aber weitgehend der biologischen Psychiatrie überlassen, innerhalb derer die schweren Depressionen als „endogene Depressionen“, „affektive Psychosen“ oder „Zyklothymie“ klinisch eingehend beschrieben und in vielfältige diagnostische Untergruppen eingeordnet wurden. Immerhin blieb den wenigen Analytikern, die sich von 1920 bis 1960 vermehrt mit schweren depressiven Erkrankungen beschäftigten, bei aller triebpsychologischen Akzentuierung nicht verborgen, dass in der Frühgeschichte dieser Patienten regelmäßig schwerwiegende Frustrationen durch wichtige Beziehungspartner vorgelegen haben mussten (vgl. die Überblicksarbeit von Mendelson, 1960, bes. S.143 f., sowie Abraham, 1924/1971; Rado, 1927; Fenichel, 1945; Balint, 1952).

■ IV.

Erst Bibring löste sich 1952 in seinem Aufsatz mit dem bezeichnenden Titel „Das Problem der Depression“ von der unter Analytikern bislang unbestrittenen These der zentralen Bedeutung übermäßiger angeborener Aggressivität oder auch Oralität für die Ätiologie der Depression. Er vertrat die These, es sei die spezifische Ohnmacht und völlige Hilflosigkeit, in der später depressiv reagierende Menschen – wohl chronisch und unausweichlich – in ihrer Kindheit leben mussten. Diese Menschen seien deshalb vielfach in ihrer Kindheit bereits sehr resigniert und besonders anfällig für spätere Situationen der Ohnmacht und Hilflosigkeit.

Sie lassen sich dann später im Extrem selber zugrunde gehen, weil sie das Grundgefühl beherrsche: es habe alles sowieso keinen Sinn, Sterben sei eher eine Erlösung. Der depressive Negativismus sei wesentlich – so Bibring – Resignation, Aufgeben. An dieser Stelle haben dann Seligman (1975) mit seiner Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“ sowie Schmale und Engel (1975) mit ihrer Theorie des „sich bewahrenden Rückzugs“ (conservation-withdrawal) als psychologisch verstehbare Strategien depressiven Verhaltens angeknüpft.

Interessanterweise greift wenig später, nämlich 1960, Bonime, ein auch von adlerianischem Gedankengut beeinflusster Psychoanalytiker, die Bedeutung der Aggression für die Psycho- und Soziodynamik schwerer Depressionen unter interpersoneller Perspektive auf und zeichnet ein von Bibring auf den ersten Blick völlig verschiedenes Bild der interpersonellen Dynamik Depressiver und ihres depressiven Negativismus.

Beim depressiven Verhalten handelt es sich nach Bonime (1976) um eine spezifische „Praxis des zwischenmenschlichen Umgangs“, und er fasst deren „inhärente Strategie“ in 8 Punkten zusammen:

- 1.) Die zentrale Strategie Depressiver besteht darin, andere vor allem durch Erweckung von Mitleid und Schuldgefühlen manipulativ zur Zuwendung zu zwingen;
- 2.) Es besteht bei den Depressiven die Vorstellung, andere beuten sie sowieso nur aus, haben keinerlei gute Absichten; deshalb müssen sie auch zu positiver Zuwendung gezwungen werden;
- 3.) Andere werden besiegt, indem sie scheitern, Patienten nicht helfen können;
- 4.) Andere erhalten nichts, keinerlei Gratifikation. Wieso sollte ihr ausbeuterisches Verhalten auch noch belohnt werden;
- 5.) Andere sollen leiden, genauso wie der Patient immer leiden musste und sich nicht wehren konnte und durfte;
- 6.) Es besteht gleichzeitig bei Depressiven ständig die Angst, nichts zu erhalten und nichts bieten zu können, wenn depressiv-manipulative Manöver um Zuwendung, Ausbeutung und Abwertung anderer nicht mehr wirken.
- 7.) Sie entwickeln starke, berechnete Schuldgefühle, weil andere ständig zurückgestoßen, abgewertet, in ihrem Wert und in ihren Bemühungen geschädigt werden;
- 8.) Es bleibt eine beständige Wut über unzureichende Versorgung durch andere, die gleichzeitig als eine Art Klammer, Identität der Persönlichkeit Depressiver fungiert.

Diese unverrückbare Wut und die Überzeugung, sowieso und immer nur ausgebeutet zu werden, lässt den gerade geschilderten negativen Verhaltenszirkel entstehen: Es wird vermehrt versucht, andere durch manipulativ-appellierendes Verhalten zur Zuwendung zu zwingen, die aber beim Depressiven nichts bewirkt, da er sie ablehnt und lediglich wie ein Süchtiger immer wieder konsumiert (vgl. Bonime, 1976, S. 309 ff.).

■ V.

Wie kommt es zu diesem reichlich dysfunktional und unsinnig anmutenden Verhaltensmuster? Bonime meint, zentral bei Depressivem sei die konstante grimmige Forderung nach dem nicht erlebten adäquaten Kindsein, nach positiver Zuwendung, Interesse, Verständnis und Förderung durch die Eltern. Die Eltern Depressiver haben ihre Kinder immer nur für die eigenen Belange ausgebeutet, ihnen die Anerkennung als eigenständige Wesen im eigenen Recht verweigert und so im Kind die Überzeugung entstehen lassen: Allenfalls wenn die Eltern durch appellierend-klagendes Verhalten gezwungen werden, wendeten sie sich ihm vielleicht kurzzeitig zu. Eigentlich seien die Kinder und deren Bedürfnisse unwichtig (vgl. hierzu auch Söldner, 1989) oder, wie es Bonime ausdrückt, indem er die Überlegungen und Befunde von Edith Jacobson (1977) zusammenfasst:

„Ein exzessiver Mangel an Liebe in der frühen Kindheit führt zu der wütenden und schuldgefühllhaften inneren Überzeugung, der Unmöglichkeit, je adäquate Liebe zu erhalten. Der Depressive hat eine schwere narzisstische Verletzung – er fühlt sich ständig ungeliebt. Sein Über-Ich ist entsetzlich selbstkritisch, er kann sich anderen gegenüber nicht als liebenswert empfinden, aber er ist zugleich entsetzlich wütend, weil er nicht gemocht wurde und wird dabei noch abwertender sich selbst gegenüber“ (Bonime, 1976, S. 306).

Erst wenn der spätere Depressive als Kind die Überzeugung entwickelt habe, er sei nicht liebenswert, und das werde sich auch nicht ändern, entwickle sich der oben geschilderte negative Verhaltenszirkel, dessen zentrale Bestandteile ja der dauernde Appell an andere um Zuwendung und Hilfe ist verbunden mit der beständigen Weigerung, diese Zuwendung positiv anzunehmen. Erst dann entstehe die perverse Ersatzlust, andere, wenn schon nicht zu liebender Zuwendung, zu leidendem Versagen, zu hilfloser Ohnmacht zu zwingen. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, zu denen Depressive ja aus verständlichen Gründen neigen – sie lassen die anderen ständig scheitern – ,können so wenigstens zeitweilig in andere Menschen verlagert werden: Diese sind es, die dem Patient helfen könnten und es nicht tun (was wohl genau der Situation entspricht, in der sich der Patient als Kind befunden hat).

Die Rekonstruktion der familiären Umwelt Depressiver, wie sie von BONIME aufgrund seiner Erfahrungen als Psychoanalytiker vorgenommen wurde, findet eine erschütternde Bestätigung in den Ergebnissen einer umfangreichen qualitativen und quantitativen empirischen Untersuchung einer Stichprobe

von 80 von insgesamt 205 schwer Depressiven, die von 1965 bis 1985 an der „Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie in der Max-Planck-Gesellschaft“ eingehend untersucht worden sind. Die von Manfred Söldner vorgelegte Untersuchung trägt den Titel „Die Persönlichkeit in Kindheit und Jugend und ihre Formung durch die familiäre Umwelt bei Depressiven und deren diagnostischen Untergruppen“ (Söldner, 1989). In umfangreichen Einzelinterviews mit diesen Patienten ergab sich aus der Sicht der Patienten – für alle diagnostischen Untergruppen – ein Bild der familiären Umwelt, das Söldner wie folgt zusammenfasst:

„Wenn man einen Gesamtnenner für die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern sucht, so könnte man ihn mit Abwesenheit oder Mangel an Involvement (unavailability) bezeichnen. Die Eltern halten die Kinder auf Distanz, bzw. die Kinder finden keinen Zugang zu den Eltern. Diese haben keine Zeit, sind nicht verfügbar, lehnen die Kinder ab, betrachten sie als unerwünscht, bringen für sie kein Verständnis auf und bieten keine Geborgenheit, kurz, es fehlt die emotionale Zuwendung. Analytisch könnte man auch sagen, dass die Eltern als *Selbstobjekte* weitgehend ausfallen, obwohl die Kinder von ihrem ganzen Wesen her darauf ausgerichtet sind, *Anleihen*, Halt, Sicherheit etc. von den Bezugsobjekten abzuleiten. Sie finden gleichsam keinen *Ankerplatz*“ (Söldner, 1989, S. 65).

■ VI.

Nicht nur aus klinisch-therapeutischen Gründen, sondern auch aus dem Bedürfnis, generell psychologisch zu verstehen, ist die bisherige Antwort auf die Frage, wieso der depressive Negativismus so extrem hartnäckig unveränderbar zu sein scheint, noch nicht befriedigend. Denn: Es wäre ja zu erwarten, dass nach unterschiedlich langer Zeit die realen Erfahrungen mit positiver Zuwendung seitens des Therapeuten oder von anderen Menschen beim Depressiven ankommen, eine „corrective emotional experience“ stattfindet und der Patient selbst nach und nach den negativen Zirkel seines Verhaltens durchbricht. Wieso halten schwer Depressive entgegen aller Erwartungen der Lernpsychologie so sehr an dem ja für sie extrem ungünstigen und überhaupt nicht lebensdienlichen Beziehungsverhalten fest?

Auf diese Frage geben die psychodynamischen Untersuchungen von Arieti und Bemporad (1983) zur interpersonellen Dynamik von Depressiven und deren Genese in der Kindheit beeindruckende Antworten:

Lange bevor ein späterer Depressiver akut depressiv wird, hat er zu für ihn wichtigen Personen eine spezifische Beziehung aufgenommen (oder vielleicht besser: aufnehmen müssen), die diese Autoren als „extreme Abhängigkeit von einem dominierenden Anderen“ (dominant other) charakterisieren. Aufgrund spezifischer Erfahrungen mit den Eltern haben spätere Depressive als Kinder die Erfahrung gemacht, dass sie sich weitgehend anpassen müssen an deren Wünsche. Nur wenn sie diese erfüllten, erlebten sie allenfalls eine gewisse Zuwendung und Anerkennung, noch mehr: das Gefühl, dass ihr Leben und ihre Aktivitäten überhaupt Sinn haben und

Befriedigung ermöglichen. Eigene Bewegungen, die von den Wünschen und Bedürfnissen der Eltern abwichen, wurden als extrem bedrohlich erlebt, und deshalb besteht auch im späteren Leben dieser Patienten eine ständige Angst vor „autonomer Befriedigung“, d.h. der Fähigkeit, Befriedigung aus eigener Aktivität und dem Erreichen eigener Ziele zu ziehen. Die Patienten entwickeln nach Arieti und Bemporad aber nicht nur die Überzeugung, dass eigene Bewegungen höchst gefährlich, lebensbedrohlich seien, sondern vielfach auch das Gefühl, sie seien darüber hinaus durch das eigene Verhalten für das Wohlbefinden oder auch das Unwohlsein der Eltern verantwortlich. Von dieser Seite her seien dann ebenfalls eigene Bewegungen, die von den Wünschen und Stimmungen der Eltern abweichen, gefährlich und mit Schuldgefühlen beladen.

Einerseits fühlen sich potentiell depressive Menschen deshalb sehr hilflos und ohnmächtig, was die Befriedigung eigener Bedürfnisse und die Erlangung von Interesse von seiten anderer anbelangt, andererseits haben sie das Gefühl, dass ihre Bewegungen überdimensional gefährlich für andere und für sich selber sein können. Sie haben deshalb ein starkes Bedürfnis, ja in den von den Eltern vermeintlich gewünschten Bahnen zu bleiben, andererseits die ständige (wohl unbewusste) Angst, dennoch verlassen zu werden, da sie sich ja permanent frustriert und unverstanden fühlen und wohl ebenso permanent dazu tendieren, ärgerlich auf die Eltern zu werden, d.h. permanent extreme Wut auf die Eltern entwickeln.

Wenn nun Menschen mit der geschilderten kindlichen Vorgeschichte und der daraus resultierenden Beziehungsdynamik diese Beziehungskonstellation zu für sie wichtigen anderen durch einen Verlust des Beziehungspartners oder dessen Abwendung nicht mehr weiterführen können, werden sie akut und manifest depressiv. Dabei entsteht für den seelischen Haushalt dieser Menschen das Problem, dass der Verlust nicht nur ein „äußerer“ ist, eine nicht mehr vorhandene Beziehung, die betrauert und als Verlust verarbeitet werden muss. Wegen der außergewöhnlichen Bedeutung des „dominanten Anderen“ für die „innere Orientierung“ des Depressiven entsteht ein noch viel schwerwiegenderer innerer Verlust, d.h., wie Bemporad sagt, der Depressive wird „der Regulation seines Selbst-Gefühls“ beraubt:

Da der „dominante Andere“ als mächtiger, wenn auch pathologischer innerer Sinnstifter diente, geht die innere Sinnhaftigkeit verloren. Die innere Bezugsperson, die bestimmt, was Sinn hat, die wenigstens eine gewisse Befriedigung ermöglichte, sofern der Patient sich anpasste und auch vor Schuldgefühlen schützte, wenn er sich auf diese Person einstellte, geht verloren. Im Extremfall bricht für den Patienten wirklich „die Welt“ zusammen.

Die Situation wird noch komplizierter, weil all die eigenen Aktivitäten, die bislang vom „inneren Objekt“ positiv sanktioniert wurden, jetzt keine solche Bestätigung mehr erfahren, sinnlos werden und der Patient wenig eigenen Wert erlebt und es nicht wagt, sich selber Bestätigung zu geben und zu suchen, da er dies als Treubruch, Illoyalität gegenüber dem verlorenen Beziehungspartner erleben würde. Es entstünden Eigenaktivitäten, die in der Phantasie des Patienten erst recht völlige

Isolierung und völliges Alleinsein herbeiführen würden. Er wird deshalb rasch nach einer Ersatzfigur für die verlorene Abhängigkeitsbeziehung suchen, was in der Psychotherapie Depressiver ja so große Probleme bereitet, weil der Therapeut in diese Rolle gedrängt wird.

Es kommt noch eines hinzu: Der Patient ist zutiefst enttäuscht, dass er durch sein folgsames und fügsames Verhalten nach dem Verlust der wichtigen Bezugsperson letztlich mit leeren Händen dasteht, was ihn entsetzlich wütend macht. Diese Wut darf aber nicht wichtigen Anderen gegenüber offen geäußert werden, sie muss indirekte Wege „einschlagen“ und führt im Extremfall zum Suizid des Patienten oder eben zu dem versteckt aggressiven, ständig klagenden und um Hilfe rufenden Verhalten, dem aber niemand abhelfen kann, da es der Patient nicht zulässt oder zulassen kann.

Die Überlegungen von Arieti und Bemporad leuchten sehr ein und sind in vielen Fällen hilfreich für das Verständnis der ja oft schwer auszuhaltenden Beziehungsdynamik depressiver Patienten. Gerade bei dem eingangs geschilderten Patienten und bei einer Reihe anderer sowie in der Untersuchung von Söldner fällt auf, dass aller Wahrscheinlichkeit nach in vielen Fällen von den Eltern Depressiver kein ausschließlicher oder vorwiegender Anpassungsdruck den Kindern gegenüber ausgegangen zu sein scheint, vielmehr eher eine generelle Tendenz zur Gleichgültigkeit und Vernachlässigung berichtet wurde.

Wie lässt sich die Entstehung der Konstellation „Abhängigkeit vom dominanten Anderen“, die bei allen Depressiven klinisch ins Auge sticht, psychologisch verstehen, wenn kein besonderer Anpassungsdruck vorhanden gewesen sein dürfte, im späteren Patienten aber dennoch eine ausgeprägte Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen seiner Eltern entstanden ist?

■ VII.

Hier führen psychoanalytische Überlegungen weiter, die Bibring (1952/53) schon ansatzweise angestellt hatte, besonders aber von Berliner (1966) und später von Abse (1985) gearbeitet und weitergeführt wurden. Berliner, der sich über 20 Jahre speziell mit der Frage des depressiven Masochismus auseinandergesetzt hat, charakterisiert seine Rekonstruktion der frühkindlichen Situation schwer Depressiver mit der trockenen Aussage: „Meiner Erfahrung nach hatte jeder dieser Patienten eine unglückliche Kindheit. Er war ungeliebt oder zurückgewiesen oder misshandelt oder hatte wenigstens Grund, sich so zu fühlen“ (Berliner, 1966, S. 244).

In einer solchen Kindheitssituation bleibt späteren Depressiven – wenn sie psychisch überleben wollen – wohl nichts anderes übrig, als sich mit dem „Aggressor“ zu identifizieren, die lieblosen Eltern auf diese Weise zu lieben und deren vermeintliche oder wirkliche Maximen zu den eigenen zu machen. Dies sei, so betont Berliner, eine absolut notwendige Überlebensstrategie. Das Schreckliche und gemeinhin als masochistisch imponierende Ergebnis psychostruktureller Art

in der Persönlichkeit des späteren Depressiven ist, dass er von einem Beziehungspartner Liebe erwartet, der ihm keine Liebe gibt und dass er dessen Zurückweisungen und Verletzungen als einzig verbleibenden Liebesbeweis, als einzig vorstellbare „Liebesbeziehung“ verinnerlicht und als basale Objektbeziehung zum Zentrum seiner Persönlichkeit macht.

Dies führt dazu, dass er dazu tendiert, in seinem weiteren Leben ganz bestimmte Beziehungspartner zu wählen bzw. andere dazu drängt, sich ihm gegenüber verletzend zu verhalten. Es führt aber vor allem dazu, dass er diese frühen verinnerlichteten Beziehungspartner nicht aufgeben und in einer späteren Beziehung oder einer Psychotherapie durch einen liebevolleren ersetzen kann. Zugrunde liegt diesem „masochistischen“ Festhalten wohl die früh verfestigte Überzeugung, es könne nur schlimmer werden bzw. wenn der Depressive den infantilen Beziehungspartner aufgibt, werde es noch schlimmer: Er sei dann ganz allein, mutterseelenallein, wie der Volksmund sagt.

Dies drückte der eingangs geschilderte Patient aus, indem er sagte, wenn seine ihm sehr vernachlässigende, abweisende und abwertende Mutter sterbe, sei er ganz allein, habe niemanden, obwohl aktuell mindestens die Beziehung zum Therapeuten, aber auch zu den anderen Gruppenteilnehmern als reale positive Beziehungsalternativen seit längerer Zeit bestehen und er sozusagen „nur“ diese Alternativen zulassen müsste.

Aus der Situation eines Kindes, das einer lieblosen Beziehungsperson ausgeliefert ist, wird auch ein Weiteres verständlich, was zunächst unverständlich erscheinen mag: Auch wenn die wichtige Bezugsperson keine spezifischen Wünsche dem Kind gegenüber hatte, sondern – besonders lebensbedrohliche – Gleichgültigkeit oder generelle Ablehnung zeigte, entwickeln spätere Depressive die Vorstellung, sie seien an diesem Verhalten der Eltern schuld. Sie reagieren – von Extremvarianten totaler Vernachlässigung abgesehen – nicht mit „bewahrendem Rückzug“ (conservation-withdrawal), sondern mit der wohl lebenserhaltenden Vorstellung, sie hätten es in der Hand, wie die Bezugsperson sich verhält, was sie vor dem Gefühl völliger Ohnmacht und völligen Verlassenseins schützt.

Sie schaffen sich sozusagen die Vorstellung von einem „dominanten Anderen“, dessen Wünschen sie nur nachzukommen brauchen, und regeln sich deshalb besonders sensibel auf die vermeintlichen Bedürfnisse und Wünsche des frustrierenden Beziehungspartners ein.

Dieser Zusammenhang, der besonders von Abse (1985a) herausgearbeitet wurde, wirft ein neues Licht auf die immer wieder festgestellte Fixiertheit Depressiver auf ganz bestimmte „dominant others“ mit spezifischen Wünschen, Werten und Forderungen an die Patienten, die sie sozusagen überall suchen und von denen sie sich so schwer lösen können. Der tiefere strukturelle Grund liegt darin, dass sie die permanente Orientierung am frustrierenden Beziehungspartner dringend zum Überleben gebraucht und die verinnerlichte pathologische Beziehung zu ihm als zentrales Strukturmoment ihres Selbstsystems festgehalten haben.

Die Patienten hatten wohl damals und haben heute noch die panische Angst, völlig ins Leere zu fallen, überhaupt keinen Beziehungspartner zu haben, wenn sie die Vorstellung aufgeben, sie müssten sich einem ablehnenden, überkritischen, übelwollenden oder launisch-selbstbezogenen Beziehungspartner anpassen.

Dies ist wohl die tiefere psychisch-strukturelle Ursache für die von Beck so plastisch herausgearbeitete generelle Tendenz Depressiver, sich selbst, ihre Vergangenheit und ihre Zukunft permanent negativ zu sehen und jede neue Erfahrung negativ werden zu lassen und als solche „abzuspeichern“. Aufgegeben werden könnte eine solche Sicht allenfalls, so hat es in Therapien Depressiver den Anschein, wenn der Andere total gut, d.h. ideal wäre, der dem Patienten all das geben könnte und würde, was dieser entbehrt hat. In der Praxis erweist sich diese Vorstellung aber als Wunschbild, das als unerfüllbare Forderung benannt und bearbeitet werden muss, um die Therapie auf einer realistischen Basis voranbringen zu können (Loch, 1969). Vor allem ist es so, dass die vergangene, verinnerlichte Beziehung oder durch eigene Wünsche des Patienten hergestellte und verinnerlichte Beziehung als solche nicht mehr korrigiert werden kann: Sie war nie so, wie Patient sie sich phantasierte, oder sie war so, wie er sich erinnert; in beiden Fällen ist sie als damalige Beziehung nicht rückgängig zu machen. Sie ist nur als heutige Überzeugung und – nach wie vor wirksame – innere Beziehung heute zu verändern, wenn sich der Patient das (zu-)traut.

■ VIII.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass der depressive Negativismus mindestens von drei pathologischen, verinnerlichten Beziehungsdynamiken bzw. oft unbewussten Beziehungsphantasien aufrechterhalten wird:

1. Einer tief sitzenden Resignation bzw. Hoffnungslosigkeit, die gleichwohl, wie Schmale und Engel (1975) herausgearbeitet haben, positiv auch als „bewahrender Rückzug“ betrachtet werden kann.
2. Die zweite pathologische Beziehungsdynamik besteht in dem jede Beziehung vergiftenden negativen Verhaltenszirkel, wie Bonime ihn geschildert hat. Hierbei geht es darum, den Beziehungspartner scheitern zu lassen, obwohl sich gerade dadurch der Depressive immer mehr von allen Beziehungspartnern isoliert und weiter in die Depression hineingerät.
3. Die dritte pathologische Beziehungsdynamik besteht in der Identifikation mit einem lieblosen, verletzenden, gleichgültigen oder auch sehr abwertenden elterlichen Beziehungspartner, der als inneres Objekt nicht verloren gehen darf, weil sonst die völlige Einsamkeit, Verlassenheit und Isolierung befürchtet wird sowie die eigene völlige Wertlosigkeit.

Alle drei pathologischen Beziehungskonstellationen tauchen bei schwer Depressiven in unterschiedlicher Kombination bzw. Gewichtung auf. Welche therapeutischen Konsequenzen lassen sich aus unseren Überlegungen zum depressiven Negativismus ziehen ?

1. Es ist in jedem Fall wichtig, den Patienten aus seiner Resignation und Hoffnungslosigkeit zu holen (Lesse, 1969), alles zu tun, dass er selber im interpersonellen Bereich wieder aktiv wird und prüft, welche Antworten auf sein Verhalten aktuell und realiter erfolgen. Es ist sicherlich ein großer Vorzug verhaltenstherapeutischer Ansätze (Frese & Schöfthaler-Rühl, 1976; Hoffmann & Kaul, 1976) sowie der kognitiven Psychotherapie nach Beck (1981), dass sie diesem therapeutischen Anliegen besondere methodische Beachtung schenken. Leider wird der ganze Bereich der Resignation in der analytischen Psychotherapie bislang behandlingstechnisch nicht besonders berücksichtigt.
2. Das passiv-zerstörerische Verhalten Depressiver in interpersonellen Beziehungen ist immer wieder (bei schwer Depressiven vorsichtig) aufzugreifen und dem Patienten deutlich zu machen. Vor allem ist ihm in fortwährender, auch kognitiver Überzeugungsarbeit das Destruktive seines Verhaltens bewusst zu machen. In geradezu klassischer Weise hat Bonime die Bedeutung der Bearbeitung der interpersonellen destruktiven Dynamik Depressiver in der analytischen Psychotherapie wie folgt zusammengefasst: „Wie in jeder Psychotherapie ist es wesentlich, die Aufmerksamkeit des (depressiven) Patienten ständig darauf zu lenken, dass eine Erleichterung seiner schmerzhaften Weise zu leben davon abhängt, inwieweit er seine klar herauszuarbeitenden Möglichkeiten des Verhaltens mobilisiert und nutzt. Die Anerkennung und das praktische Erleben dieser Möglichkeiten sowie der neuartigen Antworten, die er durch sie erfährt, lassen in einem ganz grundlegenden Sinne wirklich genuines Selbstgefühl wachsen.“ Denn, so fährt Bonime fort:
„Der Patient verleugnet permanent seine positiven Möglichkeiten (Aktiva, Vorzüge) oder aber er ist der festen Überzeugung, dass deren Lähmung von inneren und äußeren Kräften verursacht ist, die jenseits seiner Kontrolle liegen. Im psychotherapeutischen Prozess geht es ständig darum, den emotionalen und interpersonellen Kontext zu untersuchen und herauszuarbeiten, in dem der Patient dagegen ankämpft, seine Fähigkeiten zu nutzen, eisern daran festhält, die Ressourcen des Therapeuten oder anderer Menschen auszubeuten sowie durch eine Art Selbstlähmung anderen (die) Anerkennung als wertvolle Beziehungspartner zu verweigern und alle diejenigen, die seine Manöver in Frage stellen in wütender, provozierender, bestrafender Weise angreift. Diese (Frustrations-)Wut führt im Extremfall zu suizidalen Phantasien oder Drohungen. Hierbei ist es außerordentlich wichtig, zugleich fest und einfühlsam zu sein und dem Patienten deutlich zu machen, dass die Drohung mit Suizid, ob aus Verzweiflung oder Erpressung, weder die therapeutischen

Möglichkeiten vergrößert noch irgendeine neue Möglichkeit darstellt, die Situation in positiver Weise zu verändern wie die Versuche, die er bisher schon unternommen hat.“ Diese Definition der Situation verändert den therapeutischen Fokus: Es geht nicht mehr darum, den Patienten zu retten, sondern um dessen positive persönliche Möglichkeiten des Verhaltens, die durch eine therapeutische Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut entstehen. Ziel ist, die eigenen Ressourcen des Patienten zu nutzen anstelle der ständigen Versuche des Patienten, die Ressourcen anderer auszubeuten. Die Entwicklung von gleichzeitig kooperativen und die Unabhängigkeit des Patienten fördernden Verhaltensweisen anstelle von manipulativem, provokativem und bestrafendem Selbstisolationismus ist das zentrale Ziel, um das es in der Psychotherapie Depressiver geht“ (Bonime, 1976, S. 320 f.).

3. Ein sehr schwieriges therapeutisches Problem besteht in der Lockerung und Bearbeitung der verinnerlichten pathologischen Beziehung des Patienten zu wichtigen Beziehungspersonen (häufig die Eltern). Das zentrale therapeutische Anliegen ist hierbei, den Patienten so zu ermutigen und zu stärken, dass er genügend Vertrauen in sich und den Therapeuten setzen kann, um sich seiner Grundangst, völlig allein, verlassen und wertlos zu sein, stellen zu können und die aus extremer Not geborene pathologische innere Beziehung zum ehemals traumatisierenden Partner lösen zu können (vgl. hierzu Lesse, 1969). Dies ist schon deshalb eine sehr prekäre und schwierige Aufgabe, weil eine Lockerung dieser Beziehung in der Regel mit heftigen Schuldgefühlen und dem Gefühl der Illoyalität verbunden ist. Oder wie es Buckman (1985) in seinem Beitrag über selbstdestruktives Verhalten schwer Depressiver ausdrückt: „Befriedigung löst Schuldgefühle aus, die geheime Verbindung mit den Eltern zu verraten. ... Die eigene Selbstzerstörung scheint dem elterlichen Befehl nachzukommen, nicht zu wagen zu leben oder generell, dass die Freude an einer anderen Beziehung (als die zu den Eltern) oder an anderen befriedigenden Aktivitäten ein schuldbeladener Verrat ist“ (Buckman, 1985, S. 230).

■ IX.

Gerade wegen dieser intimen pathologischen Objektbeziehung des Depressiven erscheint mir die herkömmliche psychoanalytische Behandlungstechnik, bei der es ja vorwiegend darum geht, eine Neuaufgabe dieser pathologischen Beziehung in der aktuellen Therapie anzustreben, therapeutisch wenig günstig. Der Patient wiederholt auf diese Weise bis ins Extrem, sich dem Analytiker als pathologisch-verzerrt erlebtem „dominant other“ zu unterwerfen, und vereitelt dessen Bemühungen u. a., weil er es als Verrat an der verinnerlichten Beziehung ansieht, wenn er den Analytiker als alternative Beziehungsperson annimmt. Darüber hinaus entsteht für den Patienten in einer solchen behandlingstechnisch angestrebten „Idealbeziehung“ die beständige Hoffnung, dass der Analytiker als ideale El-

ternfigur ihn aus seinen frühkindlichen Traumata erlöst, was unweigerlich zu heftigen realen Enttäuschungen führt (Cohen, Blake, Cohen, Fromm-Reichmann & Weigert, 1954/1977).

Günstiger scheint mir, behandlingstechnisch eine weniger intensive Beziehung zwischen Patient und Therapeut anzustreben. Der Therapeut sollte als Person und Gegenüber sichtbar und erlebbar werden (vgl. Cohen et al., 1954/1977; Mendelson, 1960, S. 130 ff.), insbesondere als jemand, der den Patienten und all seine Bewegungen wohlwollend begleitet, ihn ermuntert, wenn er positive Beziehungen zu anderen aufzunehmen versucht, ihm aber auch deutlich aufzeigt, wenn er andere entwertet und schlecht behandelt.

Hierbei ist es besonders wichtig, dem Patienten die inneren Beweggründe aufzuzeigen, wieso er so entwertend und verletzend ist: u. a. die übergroße narzisstische Verletzbarkeit und die Überzeugung, gleich ganz wertlos zu sein, wenn die eigenen Bemühungen nicht sofort vollständig auf positive Resonanz stoßen oder die Überzeugung nur durch ganz große und ideale Leistungen für andere und sich selber überhaupt Wert zu erhalten.

Auch die Arbeit an dieser zentralen Problematik Depressiver, dem Gefühl der Wertlosigkeit, raschen Kränkbarkeit und Entmutigung bei relativ schwachen Kränkungen oder geringen Misserfolgen, lässt eine aktive Förderung der Eigenaktivitäten des Patienten sowie eine eingehende Verarbeitung möglicher Misserfolge als vornehmliches Ziel analytischer Arbeit erscheinen. Nicht zuletzt kann es dem Patienten guttun, wenn der Therapeut bisweilen seine Ohnmacht und Ratlosigkeit oder auch seinen Ärger kundtut (vgl. Mendelson, 1960).

■ Literatur

- Abraham, K. (1971). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In K. Abraham (Hrsg.), *Psychoanalytische Studien* (Bd. I; S. 113-183). Stuttgart: S. Fischer. (Original veröffentlicht 1924).
- Abse, D.W. (1985). Mourning and Depression. In V. Volkan (Ed.), *Depressive States and their Treatment* (pp. 21-47). London: Aronson.
- Abse, D.W. (1985a). The Depressive Character. In V. Volkan (Ed.), *Depressive States and their Treatment* (pp. 49-69). London: Aronson.
- Arieti, S. & Bemporad, J. (1983). *Depression*. Stuttgart: Klett.
- Balint, M. (1952). *Primary love and psychoanalytic technique*. London: Hogarth Press. (dt. 1966, *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Bern: Huber).
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- Beck, A.T. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bemporad, J. (1976). *Psychotherapy of the Depressive Character*, 4, 347-372.
- Berliner, B. (1966). *Psychodynamics of the Depressive Character*. *Psychoanalytic Forum*, 1, 244-251.

- Bibring, E. (1952/53). Das Problem der Depression. *Psyche*, 6, 81-101.
- Bonime, W. (1976). The Psychodynamics of Neurotic Depression. *The American Academy of Psychoanalysis*, 4, 301-326.
- Bräutigam, W. (1969). Psychotherapie der Depressionen. In H. Hippus & H. Selbach (Hrsg.), *Das depressive Syndrom* (S. 519-522). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bräutigam, W. (1969a). Beobachtungen bei der analytischen Psychotherapie Manisch-Depressiver (Intervalltherapie). In W. Schulte & W. Mende (Hrsg.), *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung* (S. 128-132). Stuttgart: Thieme.
- Buckman, J. (1985). Self-destructive Behaviors. In V. Volkan (Ed.), *Depressive States and their Treatment* (pp. 221-234). London: Aronson.
- Cohen, M. B., Blake, G., Cohen, R., Fromm-Reichmann, F. & Weigert, E. (1977). An intensive Study of twelve Cases of Manic-depressive Psychosis. In E.A. Wolpert (Ed.), *Manic-depressive Illness. History of the Syndrome* (pp. 291-343). New York: International Universities Press. (Original veröffentlicht 1954).
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of the Neurosis*. New York: Norton.
- Frese, M. & Schöfthaler-Rühl, R. (1976). Kognitive Ansätze in der Depressionsforschung. In N. Hoffmann (Hrsg.), *Depressives Verhalten* (S. 58-107). Salzburg: Otto Müller.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *G.W.* (Bd. 10; 428-446). London: Imago
- Hoffmann, N. (Hrsg.). (1976). *Depressives Verhalten*. Salzburg: Otto Müller.
- Hoffmann, N. & Kaul, S. (1976). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Depressionsforschung. In N. Hoffmann (Hrsg.), *Depressives Verhalten* (S. 29-56). Salzburg: Otto Müller.
- Jacobson, E. (1954). Transference Problems in the Psychoanalytic Treatment of Severely depressed Patients. *The Journal of American Psychiatric Association*, 2, 595-606.
- Jacobson, E. (1975). The Regulation of Self-esteem. In E.J. Anthony & T. Benedek (Eds.), *Depression and Human Existence* (pp. 169-181). Boston: Little Brown.
- Jacobson, E. (1977). *Depression*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- De Jong-Meyer, R. (1992). Der Beitrag psychologischer Konzepte zum Verständnis depressiver Erkrankungen. Überblicksartikel. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 133-155.
- Klein, M. (1972). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Hamburg: Rowohlt.
- Lesse, S. (1969). Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie in Verbindung mit Antidepressiva in der Behandlung depressiver Patienten. In W. Schulte & W. Mende (Hrsg.), *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung* (S. 120-127). Stuttgart: Thieme.
- Linden, M. (1976). Depression als aktives Verhalten. In N. Hoffmann (Hrsg.), *Depressives Verhalten* (S. 108-148). Salzburg: Otto Müller.
- Loch, W. (1969). Über zwei mögliche Ansätze psychoanalytischer Therapie bei depressiven Zustandsbildern. In W. Schulte & W. Mende (Hrsg.), *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung* (S. 133-137). Stuttgart: Thieme.
- Mendelson, M. (1960). *Psychoanalytic Concepts of Depression*. Springfield: Charles Thomas.
- Rado, S. (1927). Das Problem der Melancholie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 13, 439-455.
- Sandner, D. (1999). Zur Bedeutung der Freudschen Kulturtheorie für Theorie und Praxis der Psychoanalyse. *Zeitschrift für Psychoanalytische Psychotherapie*, XXI, 21-27.
- Sandner, D. (2006). Psychoanalytische Überlegungen zum Grundtrauma unserer Kultur. *Gegenrede VIII*, 1-18. Psychoanalytisches Seminar Düsseldorf.
- Sandner, D. (2011). Das unbewusste Gehäuse unserer Kultur – psychoanalytische Kulturtheorie heute. Vortrag auf der Tagung „Anthropologie und Kulturpsychologie der Religion(en) v. 11.-14. September 2011“ in Erlangen.
- Schmale, A. H. & Engel, G.L. (1975). The Role of Conservation-Withdrawal in Depressive Reactions. In E.J. Anthony & T. Benedek (Eds.), *Depression and Human Existence* (pp. 183-198). Boston: Little Brown.
- Seligman, M.E. (1975). *Learned Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Söldner, M. (1989). *Die Persönlichkeit in Kindheit und Jugend und ihre Formung durch die familiäre Umwelt bei Depressiven und deren diagnostischen Untergruppen*. Dissertation, Universität Bremen.
- Straub, R., Hautzinger, M. & Hole, G. (Hrsg.). (1989). *Denken, Fühlen und Handeln bei depressiven Menschen*. Frankfurt/M.: Lang.

■ Korrespondenzadresse

Univ.-Doz. Dr. Dieter Sandner
 Dipl.-Psych., M.A. (Soz.)
 Psychoanalytiker
 Schleißheimer Str. 106/II | 80797 München
 Dieter.Sandner@uni-klu.ac.at