

## Zur tiefenpsychologischen Psychodynamik bei der Depression: Plädoyer für eine Wiederentdeckung psychogenetischer Aspekte für die Behandlung depressiv kranker Menschen

Psychodynamic aspects in depressive disorders:  
a plea for the re-discovery of psychogenetic aspects  
in the treatment of depressed patients.

**Manfred Wolfersdorf**

### Zusammenfassung

Eine ausschließlich deskriptiv-psychopathologisch orientierte Diagnostik depressiver Störungen verliert den Bezug zu individueller Biographie und Persönlichkeit, zu Psychodynamik und psychosozialen ätiopathogenetischen Aspekten der Erkrankung. Die hier vorgelegte Betrachtung plädiert für die Wiederentdeckung solcher psychogenetischen Aspekte für die Behandlung depressiv Kranker.

**Schlüsselwörter** Psychopathologie der Depression – Psychodynamik – psychosoziale Aspekte – Psychogenese

### Summary

Methods of diagnosing depressive disorders that are mainly descriptive may lose the relationship with both the individual biography and personality, and psychodynamic and psychosocial aspects in the etiopathogenesis of the disorder. This paper is a plea for the re-discovery of such aspects in the treatment of depressed patients.

**Keywords** psychopathology of depression – psychodynamics – psychosocial aspects – psychogenesis of depression

### Einleitung

Dass die ICD-10 mit ihrer überwiegend phänomenologisch operationalisierten Diagnostik ein Fortschritt für die Psychiatrie und Psychotherapie war, ist kaum bestreitbar. Allerdings gingen damit ätiopathogenetisch-biographisch begründete Entwicklungen und Akzentuierungen einer Persönlichkeit verloren. Die operationalisierte Psychopathologie ist ein wesentlicher Bestandteil psychiatrisch-psychotherapeutischen Denkens und Arbeitens; psychodynamische Aspekte, d. h. die Beschreibung der innerseelischen Abläufe und deren Einbettung in eine Biographie zum besseren Verständnis des gewordenen Soseins, scheinen unwesentlich zu werden. Dabei ist die „via regia zum Versuch eines Verständnisses“ von depressiv kranken Menschen für Reimer (1988) die Erhebung einer genauen biographischen Anamnese, wobei es besonders auf die Abhängigkeiten in früheren und späteren Objektbeziehungen ankäme. Wichtige Themen sind nach Reimer (1988) Trennungs- und Verlusterlebnisse, die in identifikatorisch bedingten Wiederholungszwängen immer wieder aktualisiert werden können. Reimer empfiehlt, den Versuch, einen Zusammenhang zwischen biographischer Anamnese und Psychodynamik einer vorliegenden Depression herzustellen, nicht verkrampft vorzunehmen. „Was ist aus der guten alten neurotischen Depression geworden?“ war der Titel eines von Katschnig und Demal 2002 herausgegebenen Buches. Dass es letztendlich unbefriedigend ist, daraus Anpassungsstörungen, Dysthymia oder chronische Depression zu machen, hat der Autor (Wolfersdorf, 2005) andernorts diskutiert. Im

Grunde genommen geht es dabei um das Problem des Verlustes der Ätiopathogenese und des vertieften Verständnisses depressiven Krankseins, als würde man das „depressive Syndrom/die depressive Episode“ bereits zur nosologischen Einheit erklären und damit auf jegliche Ätiopathogenese verzichten wollen. Das Problem der ICD-10 wird deutlich: Unabhängig davon, ob es sich bei der Erkrankung eines Menschen um eine Essstörung, eine Persönlichkeitsstörung, eine Schizophrenie oder eine bipolare affektive Störung handelt, wenn eine depressive Episode diagnostizierbar ist, wird dies zur federführenden Diagnose und, das ist das therapeutische Problem daran, wird dann auch in den Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen gerückt. Dabei bleibt eine Essstörung eine Essstörung, unabhängig davon, ob sie jetzt mit einer depressiven Episode, mit Angststörungen, mit somatoformen Störungen oder auch mit Depersonalisationserleben einhergeht. An dieser Stelle agiert die ICD-10, als wolle man das Vorliegen von Fieber als Krankheit nehmen und die dahinterstehenden unterschiedlichen Infektionserkrankungen vernachlässigen.

Hat man früher – zu Zeiten der ICD-9 – die Diagnosenprofile für depressiv Kranke im stationären Bereich angeschaut, so hat man (Wolfersdorf, 1992) knapp über 50 % psychogene Depressionen gefunden, etwa 20-25 % sogenannte endogene und nur wenige % sogenannte somatogene Depressionen; die Mischbilder waren zu 10-15 % vertreten.

Um nicht missverstanden zu werden, die nachfolgenden Ausführungen sind nicht als Plädoyer für die Wiedereinführung der ICD-8 oder ICD-9 mit der Dichotomie „endogen versus psychogen“ gemeint, sondern zu verstehen als Hinweis, i. S. von Reimer (1988), die Ätiopathogenese bei der Diagnose einer depressiven Episode wieder vermehrt einzubeziehen und dann auch gegen die ICD-10-Regel zu verstoßen und hierarchisch-ätiopathogenetisch zu klassifizieren: Eine Essstörung mit einer depressiven Episode ist eine Essstörung und keine affektive Erkrankung!

### **Anmerkungen zur „neurotischen Depression“**

Das klassische Beispiel einer depressiven Erkrankung, bei der die tiefenpsychologische Psychodynamik im Vordergrund der Diagnostik und auch als Behandlungsorientierung steht, ist die sogenannte neurotische Depression. Tabelle 1 gibt eine Zusammenstellung einiger Vorläufer der Diagnose „neurotische Depression“ wieder, wobei ausdrücklich auf den Beitrag von Etzersdorfer (2002) zu dieser Thematik verwiesen wird. Dabei scheint der Begriff der depressiven Neurose bzw. der neurotischen Depression bei Buzzard (1930) bzw. Kugler (1922) erstmals aufzutauchen, und die „depressive Reaktion“ wird möglicherweise erstmals von Reichardt (1923) so benannt.

Tabelle 1: Vorläufer der Diagnose „Neurotische Depression“ (nach Etzersdorfer, 2002; Kielholz und Hole, 1973; Wolfersdorf, 2002)

„Melancholie der Hysterischen“	Ziehen (1902)
„Hystero-Melancholie“	Gaupp (1903)
„Melancholie auf hysterischer Grundlage“	Krafft-Ebing (1903)
„Neurasthenische Depressionszustände“	Dornblüth (1911)
„Melancholie der Hysterischen“	Ziehen (1902)
„Verstimmungen der Nervösen“ „Verstimmungen“ (bei „neurasthenischer“ bzw. „nervöser Erschöpfung“)	Kraepelin (1915)
„Hysterische Melancholie“	Bleuler E (1916)
„Nervöse Depression“	Bumke (1924)
„Hysterische Depression“	Lange (1928)
„Neurosen der Depression“, „Depressive Neurosen“	Kugler (1922)
„Reaktive Depression“ (als „Psychopathologische Reaktion“ bzw. bei „reaktiver Nervosität“ als „Psychogene Krankheit“)	Reichardt (1923)
„Neurotische Depression“	Buzzard (1930)
„Neurotische Depression“	Voelkel (1959)

S. Freud (1917) hatte die Benennung „neurotische Depression“ selbst nie verwendet, sondern immer eine **allgemeine Psychodynamik der Melancholie** beschrieben. Sein bekanntester und in seiner theoretischen Gültigkeit heute immer noch

empfehlenswerter Beitrag zur Theorie der Depressionsentstehung ist die Arbeit „Trauer und Melancholie“ (1917), worin er die Rahmenbedingungen für die Entstehung einer Depression formulierte: 1. einen narzisstischen Typus der Objektwahl, damit eine gewisse Übereinstimmung der inneren Bedürfnisse des Betroffenen mit äußeren Objekten, die entweder eigenen früheren oder ersehnten und idealisierten Eigenschaften entsprechen, die das Objekt stellvertretend repräsentieren muss, sowie 2. eine Irritation dieser Beziehung durch eine tatsächliche oder phantasierte Verlustsituation/Kränkung, die schließlich zur Verinnerlichung des ambivalent geliebten/gehassten Objekts führt. Der Hass auf das einst äußere Objekt wühle nun im Inneren des Depressiven und richtet sich gegen das Ich; daraus erklären sich Selbstanklage des Depressiven und das hohe Suizidrisiko in der Autoaggression (Etzersdorfer, 2002). Fenichel (1975) unterscheidet zwischen „neurotischer“ und „psychotischer“ Depression und sieht bei der neurotischen Depression die Auseinandersetzung in erster Linie mit äußeren Objekten, bei der psychotischen (= endogenen) mit verinnerlichten Objekten: „Neurotische Depressionen sind ein verzweifelter Versuch, von einem Objekt die lebensnotwendige Zuwendung zu erzwingen, während bei psychotischen Depressionen ein vollständiger Objektverlust wirklich stattgefunden hat und sich die Versuche, mit ihm fertig zu werden, ausschließlich auf das Über-Ich richten“ (Fenichel, 1975). Ausschlaggebend sei dabei die Tiefe der narzisstischen Regression, inwieweit äußere Objektbeziehungen durch verinnerlichte Beziehungen ersetzt werden. Etzersdorfer (2002) weist darauf hin, diese Unterscheidung zwischen neurotischer und psychotischer Depression als Konflikt mit äußeren bzw. inneren Objekten nicht misszuverstehen, denn auch bei der Beschäftigung mit äußeren Objekten ist deren innerpsychisches Abbild („Objektrepräsentanz“) und die verinnerlichte Objektbeziehung mit zu betrachten.

Die diagnostischen Faktoren aus tiefenpsychologisch-psychoanalytischer Sicht (Freud, 1917; Federn, 1978; Fenichel, 1975) sind von Wisdom (1967) zusammengestellt worden (Tab. 2); einige wesentliche Aspekte aus tiefenpsychologischer Sicht zur Psychogenese der Depression (Wolfersdorf, 1992) sind in der Tabelle 3 zusammengetragen.

Reimer (1988, 1995) legt Wert auf eine vertiefte biographische Anamnese, um die Psychodynamik einer depressiven Erkrankung darzustellen, Benedetti (1988) sieht die Abhängigkeitsproblematik, die Selbstaggressivität und die gestörte Idealbildung als die Hauptkomplexe depressiver Patienten. Nach Benedetti (1988) sei die Depression durch eine Unsumme von lebenslänglichen Mikroerschütterungen bedingt, über die sich der Patient oft jahrelang keine Rechenschaft gegeben habe: „Der Patient war oft lange, bevor er krank wurde, ein unglücklicher Mensch, ohne es zu wissen. Ihm nun zu zeigen, wie er unwissentlich gelitten hat, mit ihm und seiner allmählichen Erinnerung durch seine Lebensgeschichte hindurchzugehen, kann für ihn heilsam sein, besonders wenn der Arzt bei einer solchen symbolischen Mitwanderung es versteht, anstelle seines Patienten Gefühle der Trauer, der Hilflosigkeit, der ohnmächtigen Rebellion, die dieser nicht haben konnte, mitzufühlen.“

Tabelle 2: Depressives Syndrom und diagnostische Faktoren, zusammengestellt von Wisdom (1967)  
(zitiert nach Wolfersdorf, 1992)

**Syndrom (nach FREUD, 1917, Ges. W. Bd. X)**

1. Affekt der Verstimmung, Gefühl der Erschöpfung
2. Gefühl, ungeliebt zu sein; Verlust der Liebesfähigkeit, Kontaktverlust; Bedürfnis, allein zu sein
3. Aufhebung des Interesses für die Außenwelt
4. Hemmung jeder Leistung
5. Verlust der Selbstachtung
6. Schuldgefühl, Reue und Selbstvorwürfe
7. Wahnhafte Erwartung von Strafe; Wunsch zu sterben, Selbstmordneigung

**Diagnostische Faktoren (im Wesentlichen nach FREUD, 1917, ABRAHAM, 1916, 1924)**

- a) „Außerordentliche Herabsetzung seines Ich-Gefühls, eine großartige Ich-Verarmung“ (FREUD, 1917)
- b) Für das Unbewusste des Kranken bedeutet der Verlust des Objektes eine anale Ausstoßung (ABRAHAM, 1924)
- c) Orale, besonders kannibalistische Tendenzen (ABRAHAM, 1916); Regression auf das orale Stadium (ABRAHAM, 1916)
- d) Sehnsucht nach der Mutterbrust (ABRAHAM, 1924)
- e) Introjektion des Liebesobjektes (FREUD, 1917)
- f) Introjektion auf oralem Weg (ABRAHAM, 1924), narzisstische Objektwahl (FREUD, 1917)
- g) Gefühl zerstörerischer Allmacht (ABRAHAM, 1911)
- h) Hass und Entwertung (FREUD, 1917); heftiger Sadismus (ABRAHAM, 1916) und starke Ambivalenz (FREUD, 1917)
- i) Vereinigung oder Identifizierung mit dem introjizierten Objekt (FREUD, 1917)
- j) Selbsthass (FREUD, 1917)
- k) Unbewusst fühlt sich der Melancholiker gehasst (ABRAHAM, 1911)
- l) Konflikt zwischen männlicher und weiblicher Rolle (ABRAHAM, 1911)

**ergänzend nach Wisdom:**

- m) Gefühl der Enttäuschung (von sich selber, aber auch von den anderen)
- n) Der Melancholiker fühlt sich auch vom besten geliebten Objekt im Stich gelassen
- o) Er fühlt sich berechtigt, zu fordern, dass die Menschen ihn für dieses Unrecht entschädigen

zit. nach Wisdom, 1967, S. 104 f.)

Tabelle 3: Tiefenpsychologische Aspekte der Psychogenese der Depression (Wolfersdorf, 1992, mod.)

**Depression als Folge von bzw. in Zusammenhang mit**

- Verlustphantasien und aktuellen Verlusten (Freud, 1917; Hoffmann und Holzapfel, 1987)
- anniversary reaction (Wiederholung von Verlusten) (Reimer, 1988)
- Selbstwertverlust (Jacobson, 1971), erhöhter Verletzbarkeit des Ich (Freud, 1917; Bibring, 1952; Bategay, 1987; Joraschky, 1983)
- Hilflosigkeit des Ich, Zusammenbruch des narzisstischen Gleichgewichts, intrastrukturellem Konflikt (Bibring, 1952)
- Depression als Reparationsprozess zur Wiedergewinnung der Liebe, Internalisierung von Schuld, Buße mit Ziel Erlangung von Verzeihung (Rado, 1927)
- Depression als Aktivierung der depressiven Position bei nicht gelungener Internalisation eines guten Objekts, Angst vor Objektverlust (M. Klein, 1972)
- ausgeprägter oraler Bedürftigkeit und deren Frustration (Abraham 1916), Abhängigkeit von primären Bezugspersonen (Benedetti, 1983; Joraschky, 1983)
- einem Grundgefühl des Zuwenig, der existentiellen Lebensunfähigkeit (Wolfersdorf und Vogel, 1990), Zusammenbruch von Kompensationsmechanismen, Angst vor Verlust von Liebe und Wertschätzung (Elhardt, 1981; Riemann, 1976; Wolfersdorf, 1992)
- Zusammenbruch jeweiliger Instanzbedürfnisse: Über-Ich-, Es-, Ich-Depression (Benedetti, 1983, 1988)
- Verschlechterung der wichtigsten zwischenmenschlichen Beziehung, Nichterreichen eines dominanten Ziels, Verlust einer dominanten Bezugsperson (Arieti und Bemporad, 1983)
- zunehmender Destabilisierung der narzisstischen Homöostase durch Objektverlust, Kränkung, Enttäuschung ausgelöst und bestimmt durch die Beziehung zum internalisierten Objekt (Mentzos, 1995)

Von den frühen bis zu heutigen Überlegungen (z. B. Abraham, 1916, 1924; Freud, 1917; Rado, 1927; Federn, 1978; Fenichel, 1975; Bibring, 1952; Eike-Spengler, 1977; Arieti und Bemporad, 1978; Benedetti, 1983; Hole und Wolfersdorf, 1986; Will, 2001; Etzersdorfer, 2002) sind bis heute für das Verständnis der Psychogenese und Psychodynamik der Depression erhalten geblieben:

1. die Beobachtung einer oralen Fixierung und die damit verbundene Bedürftigkeit nach Zuwendung,
2. die erhöhte Verletzbarkeit des Selbstwertgefühles und der Mangel an Selbstwertgefühl sowie
3. die Annahme einer narzisstischen Verwundung des Selbstgefühles durch frühe Enttäuschungen, erlitten in der prägenitalen Phase, mit Wiederholung dieser frühkindlichen Thematik in der auslösenden Situation einer Depression im späteren Leben. Fenichel (1975) meint dazu, dass für Depressionen besonders anfällige Menschen über typische Charakteristika verfügen, nämlich eine gesteigerte Oralität, ein erhöhtes narzisstisches Bedürfnis und eine ausgeprägte Ambivalenz. Verliere ein solcher Mensch ein Objekt, so hasse er es, weil es ihn verlassen habe, und er versuche, es mit gewalttätigen Mitteln zu zwingen, den Verlust wiedergutzumachen.

In Anlehnung an Wisdom (1967) stellt sich **der psychodynamische Ablauf der Entstehung einer depressiven Erkrankung im Laufe der Biographie** wie folgt dar: Das Kind habe in seiner Entwicklung eine primäre narzisstische Wunde erlitten, worauf die Mutter ursprünglich Objekt des kindlichen Hasses geworden sei. Der spätere Verlust eines Objektes, z. B. eines Partners, rühre an der narzisstischen Wunde. Der Depressive fühle, er habe den Verlust des Objektes verursacht, und es entstehe die Phantasie von Introjektion des Objektes, das durch die orale Einverleibung wieder zum Leben erweckt werde. Dabei wird jedoch auch der aktuelle Hass auf das Objekt, das den Depressiven verlassen wollte oder gekränkt habe, mit introjiziert, woraus der Angriff auf das Selbst, die Tendenz zur Selbstherabsetzung, die Selbstzerstörung erwachse. Durch den Verlust entstehe auch das Bedürfnis nach kompensatorischer Liebe, um die primäre narzisstische Wunde zu heilen. Daraus leite sich die orale Überbedürftigkeit des Depressiven nach Zuwendung ab. Das Schuldgefühl des Depressiven entspringe aus der Ambivalenz gegenüber dem Objekt, das gehasst und geliebt werde, abgelehnt, ausgestoßen und

gleichzeitig gebraucht und introjiziert werde, das zugleich gut und schlecht sei. Angriffe gegen das Objekt, Hassgefühle gegen das äußere und das introjizierte innere Objekt bewirken Schuldgefühle.

Abbildung 1 stellt ein psychodynamisches Modell möglicher Depressionsentwicklung (Wolfersdorf, 1992, 1995, 2005, 2007; Wolfersdorf und Rupprecht, 2001; Wolfersdorf und Heindl, 2003) dar, Abbildung 2 skizziert die psychodynamischen Abläufe. Das Thema einer frühen psychologischen Disposition bei zur Depression neigenden Menschen hat Elhardt (1981) besonders betont und immer wieder auf die Grunderfahrung der Depressiven hingewiesen, um ihn kümmere sich niemand, also sei er nichts wert, also sei er wertlos und es falle gar nicht auf, wenn es ihn nicht mehr gebe, es verstehe ihn keiner, es liebe ihn keiner, also sei er auch nichts. Daraus entstehe eine deutliche Überbedürftigkeit an Zuwendung, Liebe, Anerkennung, Wertschätzung, die fast unersättlich sei. Der Depressive erlebt sich als jemand, der dauernd um etwas kämpfen muss, der nie etwas ohne Probleme oder gar im Überfluss besitzt, der sich nichts nehmen darf, dem auch nichts gegeben wird, er erlebt jede Einschränkung, jeden Verlust, jedes Zurückbleiben hinter eigenen und Fremdanprüchen als Wiederinszenierung des zentralen Mangelgefühls und als Wiederbelebung der primär narzisstischen Verletzung. Menschen, die in derartigen Mangelsituationen aufwachsen, müssen zwangsläufig „Überlebensstrategien“ entwickeln, wobei diese Strategien vorwiegend unter dem Zeichen von Kompensation und von Anpassung an die Umgebung stehen, zum Verzicht auf alle raumgreifenden und eigenen aggressiven Tendenzen führen, zum ständigen Druck, Anforderungen der Umwelt Genüge tun zu müssen, und dies um den Preis der individuellen Entfaltung. Der Depressive kann und darf nicht fordern, nicht planen, nicht beanspruchen, nicht kämpfen, nicht streiten, nicht ärgerlich sein, nicht Besitz ergreifen. In seiner Angst, aus der Geborgenheit herauszufallen, die schützende Symbiose der fürsorglichen Beziehung zu verlieren, Selbst- und Fremddachtung zu verlieren, nicht liebenswert zu sein, nicht geschätzt zu werden, verzichtet er auf die eigene Individualität, wobei diese Verzichtlinie von Bitterkeit und Schuldgefühlen begleitet ist. Klußmann (1988) hat 3 Störungsansätze formuliert, die in Tabelle 4 zusammengefasst und triebpsychologischen Entwicklungsphasen zugeordnet sind.

Tabelle 4: DEPRESSIVE STRUKTUR: GENESE (nach Klußmann, 1988)

**3 ANSÄTZE DER STÖRUNG: oral, anal, motorisch-aggressiv**

- **Orale Phase** Kind zu kurz gekommen/ Tod der Mutter/mangelhafte Ernährung/ mangelhafte Zuwendung/ Feindseligkeit gegenüber Kind/ Ernährungs- und emotionale Entbehrungen, empfunden als Liebesentzug
- **Anale Phase** zu frühe und dressurhafte Reinlichkeitserziehung/erzwungene Gefügigkeit/meist keine Trotzphase
- **Motorisch-aggressiv:** aus Angst vor Objekt-Verlust kein Auf-den-anderen-Zugehen/ brav, still, traurig, wenig unternehmenslustig bzw. spielfreudig/„Nesthäkchen“, „Mutterkinder“
- **Dynamik nach außen fehlt, tobt sich nach innen aus, Entwicklung eines strengen Über-Ich, ständiger Kampf zwischen Ich und Über-Ich, Forderungen des Über-Ich unerfüllbar, permanente Schuldgefühle**

Abbildung 1: Vereinfachtes psychodynamisches Modell möglicher Depressionsentwicklung (Wolfersdorf, 1995, 2005, 2007)

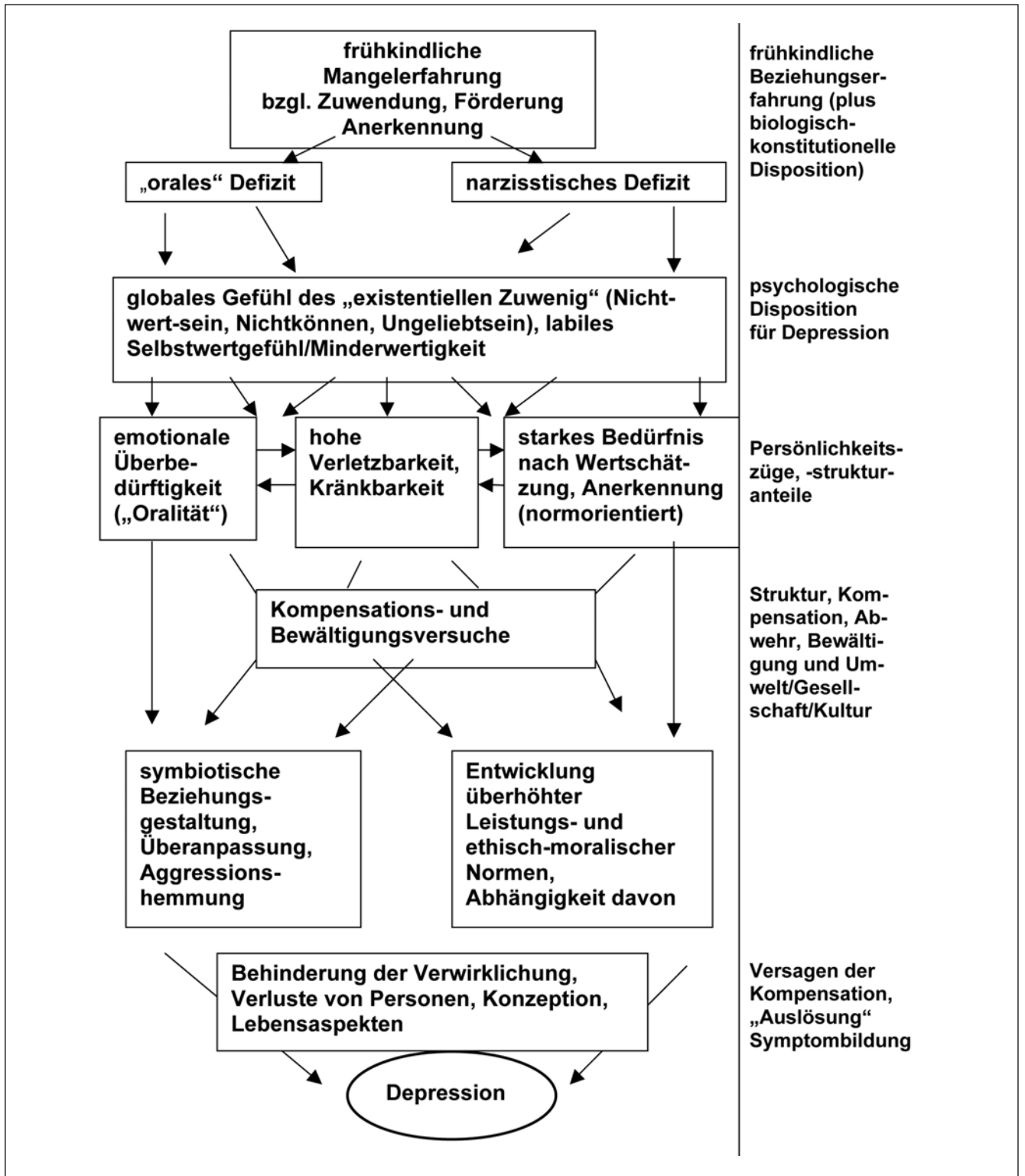
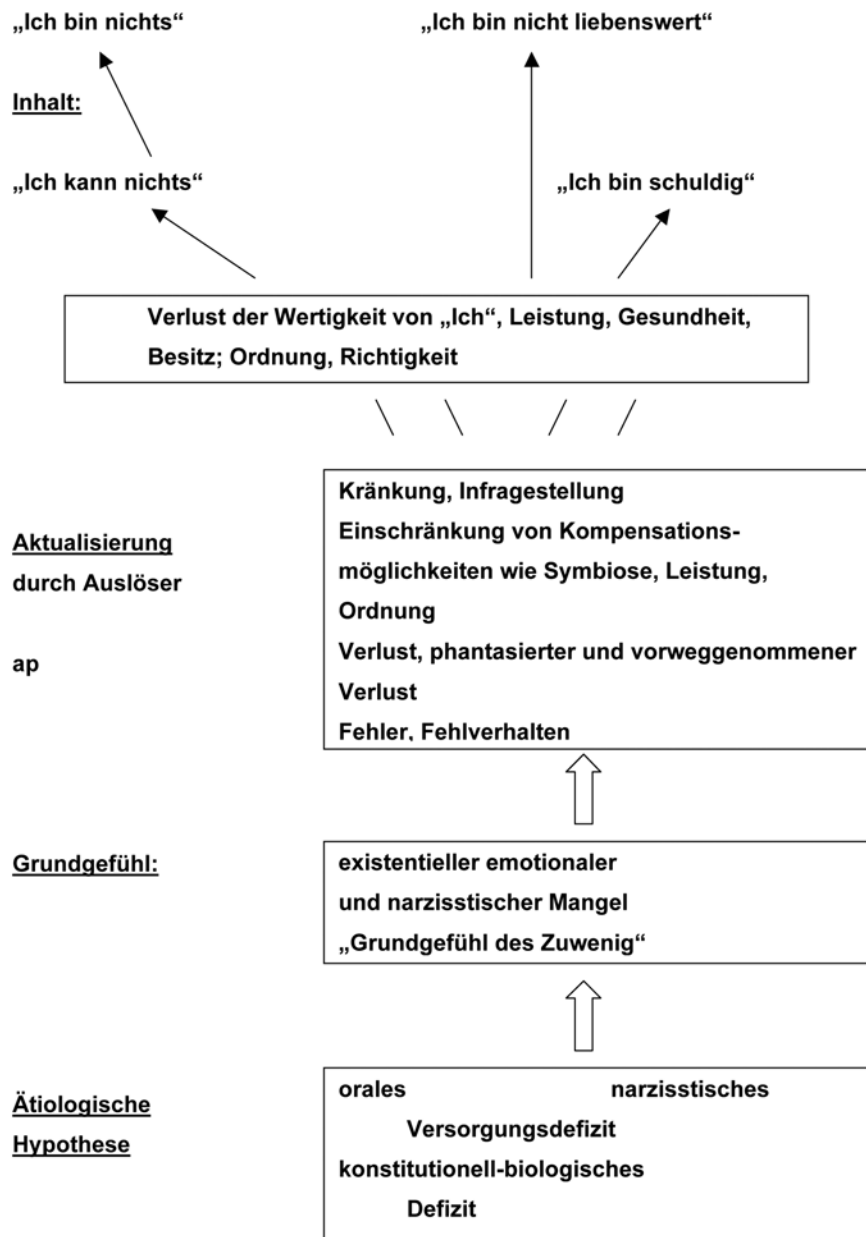


Abbildung 2: Schema der Psychodynamik bei Depressiven (Wolfersdorf, 1992)



Bibring (1952) hat aus Sicht der Ich-Psychologie Depression als den „gefühlsmäßigen Ausdruck eines Zustandes von Hilflosigkeit der Ichs“ bezeichnet. Die Versagung von Ansprüchen, die jeder Mensch in sich trage, der Wunsch, nicht minderwertig und unwürdig zu sein, nicht schwach zu sein, nicht hasserfüllt oder zerstörerisch zu sein, das Nicht-genügend-Können diesen Ansprüchen gegenüber führt nach Bibring zum Erleben von Hilflosigkeit, zum Absinken der Selbstachtung und zum Bild der Depression (Tab. 5).

Tabelle 5: Psychodynamisch wichtige Aspekte bei der Depression (nach Wolfersdorf, 1992, 2005 mod.)

- hoher Zuwendungsbedarf („Oralität“)
- mangelndes bzw. instabiles Selbstwertgefühl (narzisstische Störung)
- Ich-Insuffizienz, negatives Selbstbild, Entwertung der eigenen Person, Zurückbleiben hinter eigenen bzw. internalisierten Idealbildern von sich
- Hoffnungslosigkeit, fehlende Entwicklungs-(Zukunfts-)Perspektive, Suizidalität
- Aggressionsvermeidung, Fehlen von Zugreifenkönnen, indirekte Aggressivität, Erwartung vom Umfeld
- Schuldgefühl, Versagensgefühl, Selbst- und Fremddanklage
- „psychischer Schmerz“ als innerer Druck, Spannung, der entkommen werden muss, Suizidalität

**Anmerkung zu ätiopathogenetischen Integrationsversuchen psychopathologischer und psychodynamischer Aspekte**

Abbildung 3 gibt eine Gliederung depressiver Erkrankungen nach Hole (1979) wieder, in der ein schichtdiagnostischer und ätiologischer Ansatz verknüpft wird mit den klassischen diagnostischen Kategorien der ICD-8 und ICD-9. Dabei wird insbesondere auf die Zwischenbereiche i. S. der „mehrschichtigen Depressionen“ hingewiesen. Dahinter steht das Konzept von Hole zur „endoneurotischen Depression“ (Abb. 3), wobei die Wechselwirkung zwischen psychoreaktiv-neu-

rotischer und endogener Schicht in Abbildung 3 dargestellt ist. Dies war der Versuch, die Realität depressiv kranker Menschen abzubilden, die sich nicht in streng getrennten nosologischen Kategorien von psychoreaktiven, endogenen und somatoformen Depressionen ausdrückt, sondern bei denen die Zwischenstufen und die Verknüpfungen psychoreaktiver und biologischer Elemente dominieren. Auf den Versuch von Tellenbach (1976), mit dem Konzept der Endokinese psychologische, biologische und soziologische Elemente in der Entwicklung einer depressiven Erkrankung zusammenzufassen, sei noch hingewiesen (Abb. 4) (Wolfersdorf 1997 a, b). Er

Abbildung 3: Einteilung depressiver Erkrankungen nach Hole (1979), Wolfersdorf (1992, 1995), modifizierter schichtdiagnostischer und ätiologischer Ansatz

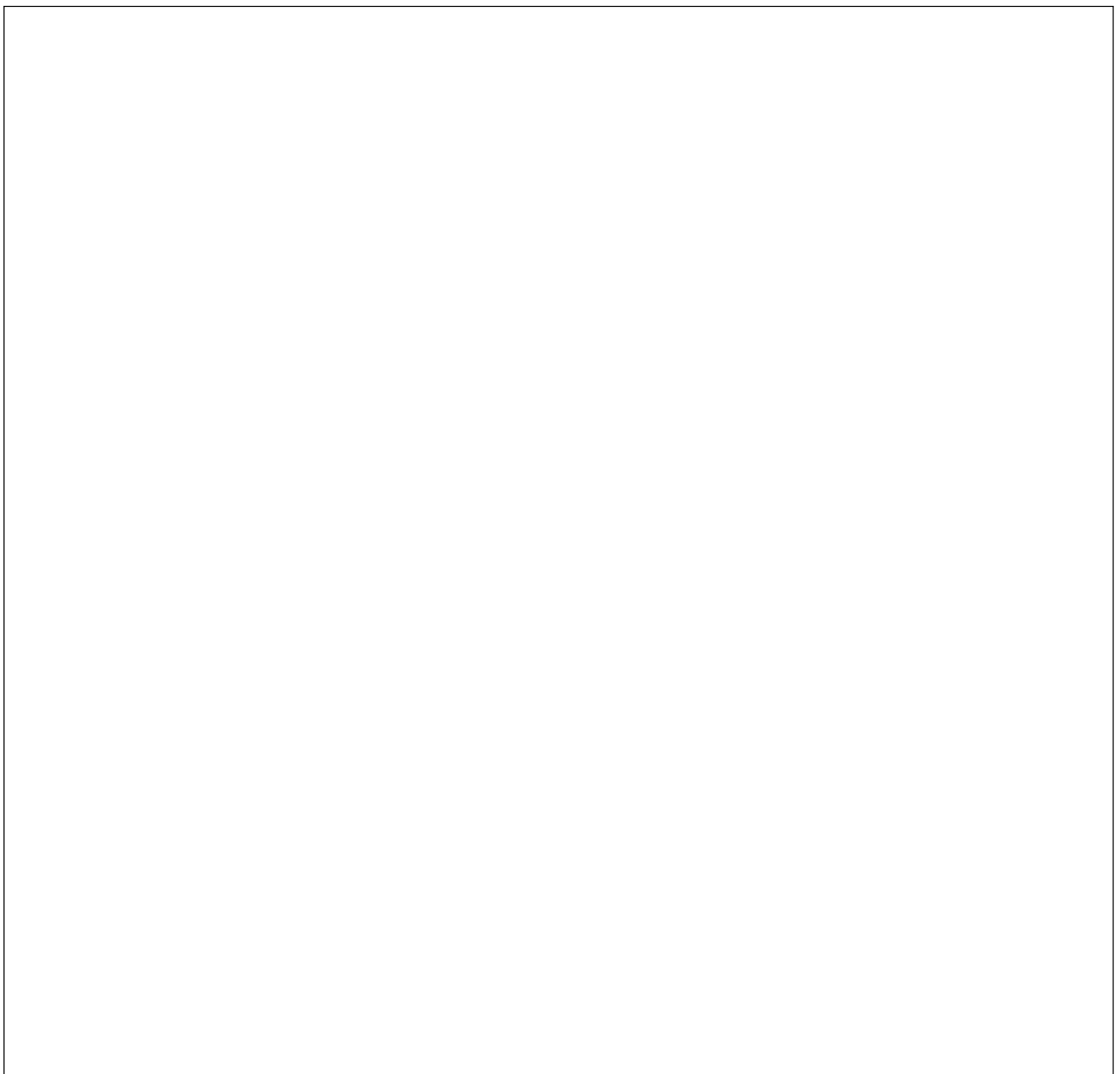
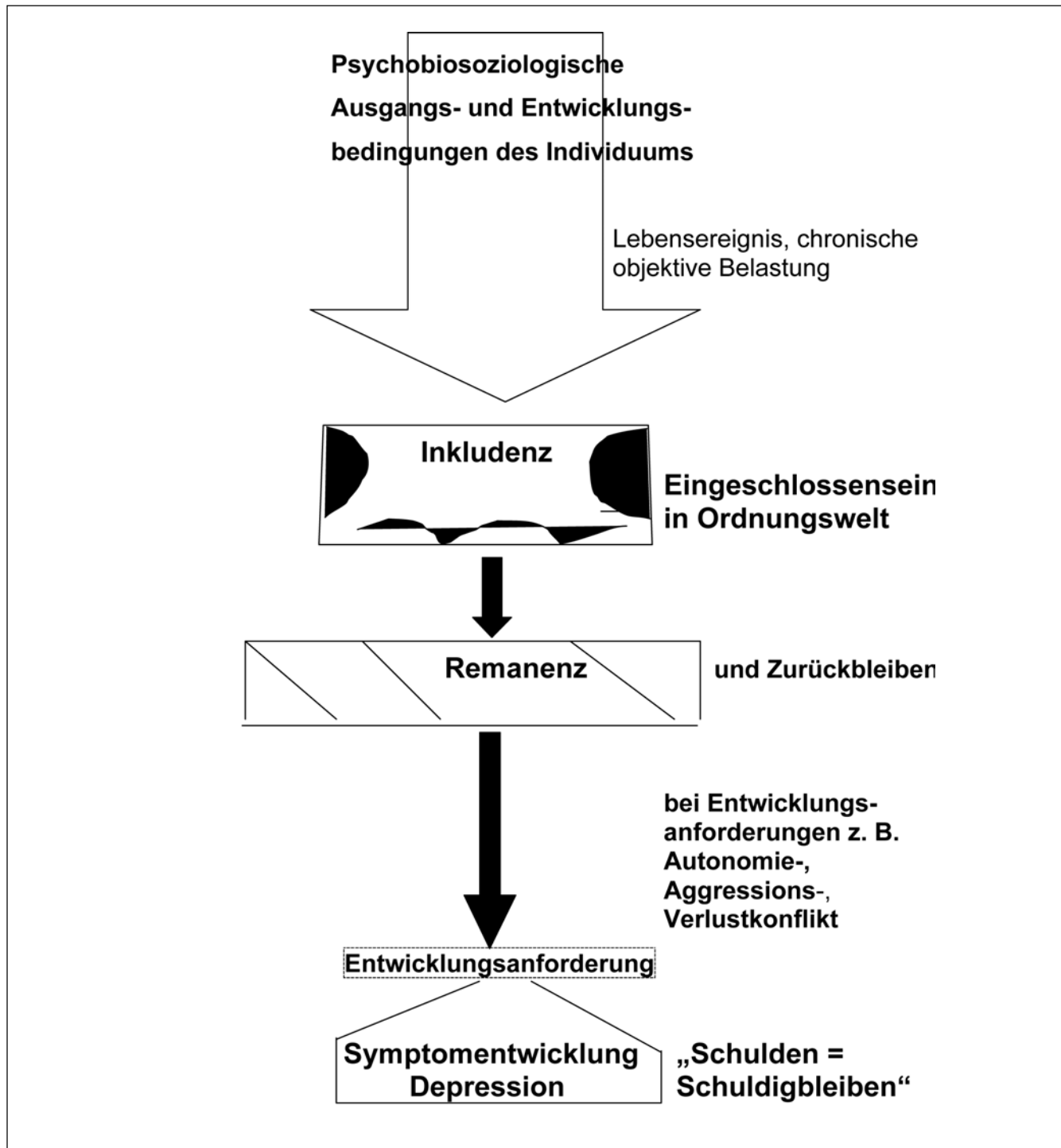


Abbildung 4 : Typus melancholicus: Darstellung der „Endokinese“ nach Tellenbach (1976) (Versuch einer Darstellung)



beschreibt hier im prämelancholischen bzw. prädepressiven Feld Charakteristika einer depressiven Persönlichkeitsstruktur anhand der Begriffe Inkludenz und Remanenz und meint damit das Eingeschlossensein in der eigenen Ordnungswelt des depressiv kranken Menschen und das Zurückbleiben hinter Entwicklungsschritten, die notwendig sind. Insofern war dieses Modell von Tellenbach (1976) ein Versuch, biologische Melancholiekonzepte und humanistisch-anthropologische

Überlegungen miteinander zu verknüpfen, wobei sich die Begriffe für die Therapie bis heute bewährt haben.

### **Einige therapeutische Überlegungen**

Was bleibt für den klinischen Alltag, ausgehend von einer Kritik der Reduktion der Depressionsdiagnostik und des depressiv kranken Menschen auf eine operationalisierte Psychopathologie? Was bleibt nach dem Verlust von Psychodynamik,



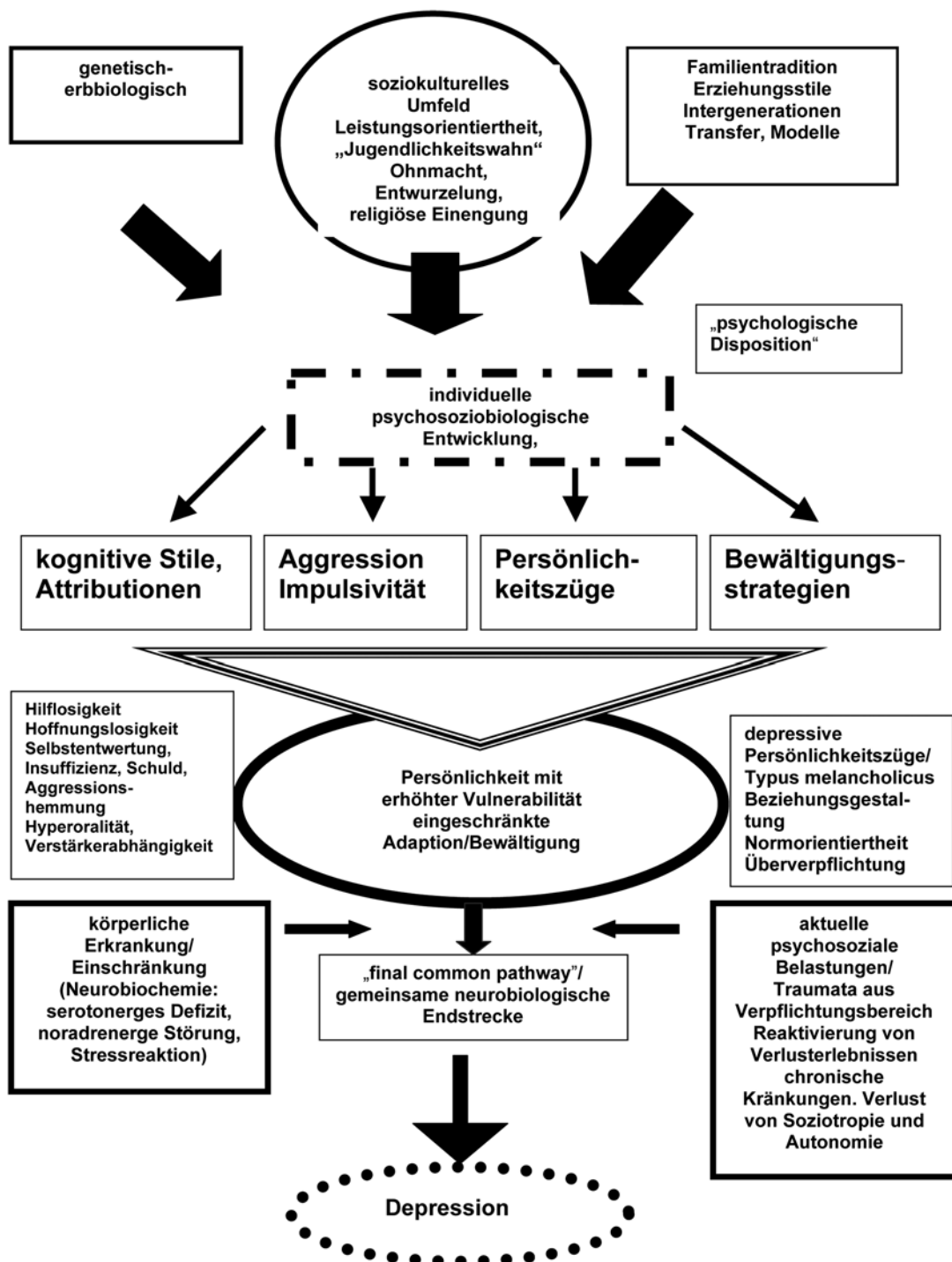
sei es jetzt lerntheoretisch-verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch-psychoanalytisch?

Abbildung 5 versucht eine Skizze der Depressionsgenese, wie wir sie derzeit vor dem Hintergrund des nun 30 Jahre alten Konzeptes des „final common pathway“ (Akiskal und McKinney, 1975) verwenden. Zumindest für die unipolare De-

pression ist dies der wohl schlüssigste Ansatz, wie wir ihn heute kennen.

Ohne Zweifel ist die **Kombination psychotherapeutischer und biologischer Behandlungsmaßnahmen unter Einbeziehung psychosozialer Aspekte heute Standard der Depressionsbehandlung**. Die psychotherapeutischen Sequenzen im Behandlungsablauf bei depressiv kranken Menschen

Abbildung 5: Skizze der Depressionsgenese (Wolfersdorf, 2005, mod. 2007)



sind in der Tabelle 6 zusammengefasst. In den Tabellen 7, 8 und 9 sind schlagwortartig psychopathologische und psychodynamische sowie interaktionelle Aspekte für die Arbeit mit den entsprechend wahnhaften, gehemmten oder klagsam depressiven Patienten formuliert. Hintergrund dieser Zusammenfassung sind klinisch-therapeutische Erfahrungen aus dem Bereich der stationären Depressionsbehandlung.

Abbildung 6 fasst noch einmal die heutigen Grundlagen der Behandlung depressiv kranker Menschen zusammen.

Tabelle 6: Psychotherapeutisch-psycho-diagnostische Sequenzen des Behandlungsverlaufes Depressiver

- **Eingangssituation**
- **Beziehungsaufnahme:** Offenheit für depressives Erleben, freischwebende Aufmerksamkeit, Empathie für die Leidenssituation, Akzeptanz
- **Psychopathologische Diagnostik,** inklusive Abklärung Suizidalität, Wahnsymptomatik, somatische Mitbehandlung
- **Biographisch-lerngeschichtliche Anamnese**
- **Auslösende Situation:** belastende Lebensereignisse, chronische Belastungen; anniversary reactions; Anpassungsanforderungen; Verstärkerverlustsituation; Überforderungssituation
- **Persönlichkeitsstruktur,** -züge
- aktuelle und/oder rezidivierende **Psychodynamik**
  
- **Psychotherapeutische Sequenzen**
  - **Akzeptieren,** empathisches **Stützen**
  - **Bewusstmachen** der aktuellen Psychodynamik mit Entwicklung eines gemeinsamen Krankheits- und Behandlungs-/Hilfskonzeptes
- **Auseinandersetzung** mit interaktionellen, intrapsychischen Abläufen; vorsichtige **Konfrontation** mit Persönlichkeitsstruktur i. S. eigener Anteile, Konflikte; zurückhaltende Deutung (Vermeidung von Schuldzuweisung), Diskrepanz IST/SOLL (Wunsch/ Realität)
- **Durcharbeiten:**
  - immer wieder prüfen an der aktuellen Lebenssituation. Beachten, dass es nach therapeutischen „Flitterwochen“ zu einer Entmystifizierung des Therapeuten kommt/ kommen muss/wird, die oft zu einer vorübergehenden Symptomverschlechterung führt
  - Herbeiführen einer „Trauerreaktion“ i. S. der Einsicht in Akzeptanz von Begrenztheit, Endlichkeit, eigener Aggression, Mitverursachung, „Schuldigkeit“ u. Ä.
  - mit anschließender Neuorientierung mit Wiedererkrankungsprophylaxe und Interaktions-, Strukturveränderung sowie
  - langfristiger Behandlungs-/Begleitungsplanung (mindestens 12 Monate [^ 30 Psychotherapie-sitzungen] nach 8-wöchiger Symptommfreiheit)

Tabelle 7: Wahnhafte Depression – psychotherapeutische Konstellation

- **Psychopathologisch:** Depression mit psychotischer Symptomatik: Thema Schuld, Verarmung, Krankheit, Untergang; am Ende steht immer Todesangst bzw. -gewissheit
- **Psychodynamisch:** Pat. mit strengem Über-Ich, stark normorientiert, „Schuld“ als Zurückbleiben hinter Entwicklungsanforderung (Über-Ich-Depression)
- **Interaktionell:** „Ablehnung“ jeder Hilfe, Zurückweisung, Selbstbestrafung, in der Interaktion sich wiederholende Klage, Selbstanklage
- **Verhalten von therapeutisch-pflegerischer Seite:** Pat. hat keine Krankheitseinsicht, leidet andererseits sehr stark. Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen (z. B. Ernährung, Hygiene), Schutz vor Suizid, fürsorgliche Betreuung engmaschig; beruhigende Versicherung und Beziehungskonstanz; empathische Identifikation; Denkinhalt als Angst deutend

Tabelle 8: Gehemmt-apatheische Depression

- **Psychopathologisch:** deutliche Verlangsamung in Mimik, Gestik, Bewegungsablauf; Monotonie und Verarmung der Sprache, kaum direkte Kontaktaufnahme („Leid im Blick“)
- **Psychodynamisch:** Hemmung aktiviert stark Helfer/ Fürsorge („hilflos“). Meist „Über-Ich-Depression“, oft Schuldthematik
- **Interaktion:** Hemmung macht ungeduldig, verführt zur raschen Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen. Nicht-Können ist nicht Nicht-Wollen, darf aber nicht zu zusätzlichem Nicht-Dürfen führen (Inaktivierung, Entmündigung, Unterforderung, Infantilisierung usw.): Förderung, Unterstützung, Angebot von Nähe

Tabelle 9: „Klagsame“ Depression

- **Psychopathologisch:** sehr klagsam-hilfloser Patient, körperbezogene Klage, Insuffizienz, Verlust von Geliebten oft im Vordergrund, ausgeprägtes depressives Syndrom
- **Psychodynamisch:** körperbezogene Klage als Ausdruck subjektiven Leidens und der Angst „vor Schlimmerem“ (= Versterbenserwartung: Siechtum/ Tod). Ausgeprägtes Bedürfnis nach Rückversicherung („orale Bedürftigkeit“ nach Zuwendung), kurzfristig wiederholt, Angewiesensein auf Präsenz, Wertschätzung anderer. Oft „Angst“ als Thema
- **Interaktionell:** konstante beruhigende Versicherung (schwer durchzuhalten: keiner hält wiederholte Klage = Jammern aus); Beziehungskonstanz geregelt (sonst Vermeidung, Zerstörung von Nähe!); bei körperbezogener Klage Krankheitskonzept des Patienten akzeptieren

### Abschlussbemerkung und Zusammenfassung

Der hier vorgelegte Beitrag ist eine stichwortartige Benennung psychodynamischer Aspekte in der Arbeit mit depressiv kranken Menschen. Hintergrund ist die Unzufriedenheit mit der reinen Psychopathologie, wie sie die depressive Episode in der ICD-10 vorschreibt und wie auch die Verwendung weiterer Achsenbezeichnungen sie nicht korrigiert. Gerade bei der Diagnostik depressiv kranker Menschen ist die Biographie, ist die Psychodynamik des Zusammenhanges äußerer Ereignisse und individuell bedeutsamer Belastungen und Symptomentwicklung wichtig und darf durch eine Betonung der ICD-10-Diagnostik nicht aus den ätiopathogenetischen Denkmustern entfernt werden.

So ist dieser Beitrag im Rahmen des Workshops „Psychotherapie in der Psychiatrie“ nicht ein Plädoyer für die Wiedereinführung von reaktiven, neurotischen, endoneurotischen oder auch mehrschichtigen Depressionsbenennungen, sondern ein Plädoyer dafür, auch bei einer operationalisierten Psychopathologie affektiver Erkrankungen ätiopathogenetische Aspekte, hier insbesondere tiefenpsychologisch-psychodynamische Aspekte, genauso aber auch lerntheoretisch-verhaltensanalytische Aspekte nicht zu vernachlässigen.

### Literatur

Abraham K (1911): Die psychosexuelle Grundlage der Depressions- und Exaltationszustände. Zbl Psychoanal II(2): 101-102  
 Abraham K (1916): Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. Int Z Ärztl Psychoanal IV:71-97  
 Abraham K (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse. Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse. XI:1-96  
 Akiskal HS, Mc Kinney WD (1975): Overview of depression: Integration of ten conceptual models into comprehensive clinical frame. Arch Gen Psychiatry 31:285-305  
 Arieti S, Bemporad J (1978): Severe and mild depression. New York: Basic Books (Deutsch Klett-Cotta, Stuttgart, 1983)  
 Battegay (1987): Depression. 2. Aufl. Bern: Huber  
 Benedetti G (1983): Zur Psychodynamik und Psychotherapie der Depression. In: Benedetti G et al. (Hrsg.): Psychosentherapie. Stuttgart: Hippokrates  
 Benedetti G (1988): Zur psychodynamischen Struktur und zur Psychotherapie der Depression. In: Wolfersdorf M et al. (Hrsg.): Klinische Diagnostik und Therapie der Depression. Regensburg: Roderer, S. 9-22  
 Bleuler E (1916): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer  
 Bibring E (1952): Das Problem der Depression. Psyche 6:81-101  
 Bumke O (1924): Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. München: Bergmann, S. 516 und 518  
 Buzzard EF, zitiert nach Peters UH (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie (1930). 4. Aufl. München, Wien: Urban & Schwarzenberg

Abbildung 6: Akutbehandlung der Depression im Alltag heute

Psychotherapie	Biologische Therapien	Soziotherapie	Selbsthilfe
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie</li> <li>* Gruppenpsychotherapie</li> <li>* Selbstsicherheits-training</li> <li>* Aktivierungsgruppen</li> <li>* Entspannungsverfahren</li> <li>* Gestaltungstherapie, Musiktherapie, andere kreative Therapien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Antidepressiva</li> <li>* Neuroleptika, Hypnotika, Anxiolytika</li> <li>* Stimmungsstabilisatoren, Phasenprophylaxe</li> <li>* Lichttherapie</li> <li>* Wachtherapie/ Schlafentzug</li> <li>* Sport und Bewegung, Gymnastik, Körperpsychotherapie</li> <li>* Elektrokramptherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Psychoedukation für Angehörige, Patienten</li> <li>* Sozialarbeit</li> <li>* Ergotherapie/ergotherapeutische Leistungsdiagnostik</li> <li>* Belastungstrainings</li> <li>* rehabilitative Behandlungsmaßnahmen</li> <li>* Leistungserprobung und -diagnostik</li> <li>* ambulante psychiatrische Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Selbsthilfegruppen für Depressive</li> <li>* Selbsthilfegruppen für Angehörige Depressiver</li> <li>* Mitarbeit in Leitlinienerstellung und gesundheitspolitischen Programmen</li> </ul>
<p>Basis: empathisch-fürsorgliche therapeutische Beziehung, Aktivierung</p>			

- Dornblüth O (1911): Die Psychoneurosen. Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Verlag von Veit & Comp.
- Eike-Spengler M (1977): Zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression. *Psyche* 12:1078-1125
- Elhardt S (1981): Neurotische Depression. *Psychother Med Psychol* 31:10-14
- Etzersdorfer E (2002): „Die gute alte neurotische Depression ...“. In: Katschnig H, Demal U (Hrsg.): Was ist aus der guten alten neurotischen Depression geworden? Wien: Facultas, S. 22-36
- Federn P (1978): Das manisch-depressive Irresein. In: Federn P (Hrsg.): Ich-Psychologie und die Psychosen. Frankfurt a. Main: Suhrkamp, S. 427-467
- Fenichel O (1975): Psychoanalytische Neurosenlehre. Bd. II, Kap. 17: Depression und Manie. Olten: Walter, S. 272-30
- Freud S (1917/1997): Trauer und Melancholie. *Ges. W. X*, 4. Aufl. London, Frankfurt: Fischer
- Gaupp R (1903): Zur Frage der kombinierten Psychosen. *Zbl Nervenheilk Psychiatrie* 26:766-775
- Hoffmann SO, Holzappel G (1987): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer
- Hole G (1979): Das depressive Syndrom in der Allgemeinpraxis. *Ärztl Prax.* 51:2354-2359
- Hole G, Wolfersdorf M (1986): Neurotische Depression. In: Müller C (Hrsg.): *Lexikon der Psychiatrie*. 2. Aufl. Berlin: Springer
- Jacobson E (1971): Depression. New York: Int. Univ. Press
- Joraschky P (1983): Psychotherapeutische Methoden bei der Behandlung depressiver Verstimmungen. In: Daun E et al. (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Frankfurt/M: Hoechst, S. 81-86
- Katschnig H, Demal U (Hrsg.) (2002): Was ist aus der guten alten neurotischen Depression geworden? Wien: Facultas
- Kielholz P, Hole G (1973): Depression. In: Müller C (Hrsg.): *Lexikon der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. S. 111-132
- Klein M (1972): Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen sowie: Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek: Rowohlt, S. 45-100
- Klufmann R (1988): Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Kraepelin E (1915): Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig: JA Barth
- Krafft-Ebing von R (1903): Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. Stuttgart: Enke, S. 514 ff.
- Kugler E (1922): System der Neurose. Berlin: Urban & Schwarzenberg
- Lange J (1928): Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive Konstitution. In: Bumke O (Hrsg.): *Handbuch der Geisteskrankheiten*. 6. Bd., II. Berlin: Springer, S. 155 ff.
- Mentzos S (1995): Depression und Manie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Rado S (1927) Das Problem der Melancholie. *Int Z Psychoanal* 13:439-455
- Reichardt M (1923): Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 3. Aufl. Jena: Gustav Fischer
- Reimer C (1995): Tiefenpsychologische Zugänge zu depressiv Kranken. *Psychotherapeut* 40:367-372
- Riemann F (1976): Grundformen der Angst. München, Basel: Reinhardt
- Tellenbach H (1976): Melancholie. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Voelkel H (1959): Neurotische Depression. Stuttgart: Thieme
- Will H (2001): Ambulante psychoanalytische Behandlung depressiver Störungen. *Psychother Dialog* 4: 97-407
- Wisdom JO (1967): Die psychoanalytischen Theorien über die Melancholie. *Entwicklungsgeschichte und Vergleich*. *Psychoanal* 4:102-154
- Wolfersdorf M (1992): Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen: Hogrefe Verlag für Angewandte Psychologie
- Wolfersdorf M (1995): Depressive Störungen. Phänomenologie, Aspekte der Psychodynamik und -therapie. *Psychotherapeut* 40:330-347
- Wolfersdorf M (1997 a): Depressionen – Aspekte der Psychodynamik bei depressiven Störungen. Schriftenreihe „Management of depression“ (Hrsg. Prof. Dr. med. M. Wolfersdorf), Letter 2, Ausgabe Juli 1997. Frankfurt a. Main: Decon Design Contor,; München: Arcis Verlag
- Wolfersdorf M (1997 b): Depressionen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: Kruse G, Gunkel ST (Hrsg.): Diagnostik und Psychotherapie depressiver Erkrankungen. Impulse für die Psychotherapie. Hannoversche Ärzte-Verlagsunion, Hannover, 2: 3-38
- Wolfersdorf M (2002): Depression – verstehen und bewältigen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Wolfersdorf M (2005): „Was ist aus der guten alten neurotischen Depression geworden?“ Anpassungsstörung? Dysthymia? Chronische Depression? *PsychoNeuro* 31(1):30-34
- Wolfersdorf M (2007): Depression. Die Krankheit bewältigen. Bonn: Balance buch und medien Verlag
- Wolfersdorf M, Heindl A (2003): Chronische Depression. Grundlagen, praktische Erfahrungen und Empfehlungen. Lengerich, Berlin, Bremen: Pabst Science Publishers
- Wolfersdorf M, Rupperecht U (2001): Depressive Störung – psychopathologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *Psychother Dialog* 2:389-396
- Wolfersdorf M, Vogel J (1990): Psychodynamische und allgemeine psychotherapeutische Aspekte der Behandlung Depressiver. *Schweiz Rundsch Med Prax* 79: 318-325
- Wolfersdorf M, Kornacher J, Rupperecht U, Heindl A, Purucker M (2007): Stationäre Psychotherapie depressiver Störungen. In: Hoffmann N, Schauenburg H (Hrsg.): Psychotherapie der Depression. Stuttgart: Thieme
- Ziehen Th (1902): Neurotische Depression. Stuttgart: Thieme

#### Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf  
 Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie  
 Facharzt für Psychosomatische Medizin  
 und Psychotherapie  
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
 Bezirkskrankenhaus Bayreuth  
 Nordring 2 • D-95445 Bayreuth  
 Tel: 0049-(0)921-283-3001 • Fax: 0049-(0)921-283-3002  
 manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de