

Als Fortsetzung des Tagungsthemas Depression I aus 2019, beschäftigen wir uns in diesem Jahr mit Behandlungs- und Interventionsstrategien für struktur- und konfliktbezogenes therapeutisches Arbeiten, das wir anhand von Fallbeispielen aus der eigenen Praxis vertiefen werden.

Zur Bandbreite des therapeutischen Interaktionsrahmens in der psychodynamischen Depressions-Behandlung

Wir nehmen an, dass depressives Erleben mit entsprechender Symptomatik mit verinnerlichten vulnerablen Interaktionsmustern und -stilen zusammenhängen (Psychodynamik). Ferner gehen wir davon aus, dass diese Interaktionsformen in persönlich wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen mehr oder weniger deutlich zutage treten – so auch in therapeutischen Beziehungskontexten¹. Verinnerlichte Interaktionsmuster können vielgestaltig sein, wie im Schema des Depressiven Grundkonflikts (G. Rudolf) umfassend beschrieben. Dieses Kompendium möglicher Vulnerabilität hilft uns dabei, die relevanten Belastungsfaktoren der Entwicklungszeit des unter depressiver Symptomatik Leidenden zu erfassen. Daraus versuchen wir die Psychodynamik für die individuelle depressive Erkrankung abzuleiten. Zumindest folgende Entwicklungsthemen sollten hierzu untersucht bzw. eingeschätzt werden:

- Waren frühe, schon nonverbale Austauschvorgänge, waren die Art und Weise der Kontaktgestaltung mit dem Säugling und Kleinkind sowie die Kontinuität des Austauschs und die emotionale Kommunikation hinreichend an die Bedürfnisse des Säuglings/Kleinkinds angepaßt – oder wurden hier bereits Besonderheiten berichtet? (GK – medial)
- Wurde schon dem Säugling/Kleinkind hinreichend Sicherheit vermittelt und damit das Empfinden eines guten Verbundenseins mit wichtigen Anderen – oder verblieben Bindungserfahrungen unsicher-ambivalent, gar gering integriert und mussten so verinnerlicht werden? (GK – objektiv)
- Wie wurde mit kindlichen emotionalen Äußerungen umgegangen, feinfühlig oder wenig resonant? Wurde hinreichend getröstet, beruhigt, entängstigt, angeregt, so dass das Kind hinsichtlich seiner spontanen emotionalen Äußerungen erfahren konnte, wie diese eingeordnet und verstanden werden können? (GK – objektiv)
- Könnte es zu leichten oder schwereren strukturellen Einschränkungen mit z.B. schwieriger Affektregulation v.a. aggressiver Art, unsicherer Selbst-/Objektdifferenzierung, latent bedrohtem Selbstwert gekommen sein? (Entwicklungsstraumata?)
- Und sehr wichtig: Welche Versuche und Anstrengungen wurden bisher vom Patienten unternommen, um zu einem verbesserten Erleben durch Kompensation empfundener psychischer Belastungen zu kommen? Solche Bemühungen zeigen sich in Formen der Verarbeitung, z.B. alturistisch-überfürsorglich, narzisstisch, schizoid, usw. – also auch wieder in speziellen Interaktionsmustern und -stilen, die uns im therapeutischen Interaktionsrahmen, in der therapeutischen Beziehungsdynamik begegnen. (Liste der Verarbeitungsmodi in: Rudolf, G., 2008).

Allgemein fällt es uns leichter, typische Beziehungsmuster depressiv-strukturierter Patienten zu erfassen, wenn wir solche Muster und Persönlichkeitsstile zwar kennen, aber nicht selbst leben müssen. Dann verfügen wir im therapeutischen Beziehungsspiel auch über Variationsmöglichkeiten, die patientenbezogene Änderungen an dessen verinnerlichten Beziehungsmustern unterstützen können.

¹ So auch Küchenhoff (2017), S. 108

Drei solcher typischen Beziehungsmuster hat G. Rudolf (2003), S. 370f. anschaulich beschrieben:

Die Sehnsucht nach positiven Beziehungen: Im Hintergrund besteht die starke Hoffnung auf ein nur gutes Objekt, d.h. auf ein ideales Gegenüber. Diesem Hoffnungsobjekt (z. B. auch dem Therapeuten) macht der Patient das Angebot einer harmonischen, verständnisvollen, gänzlich unaggressiven Beziehung. Vor allem bietet er die eigene Verfügbarkeit an, indem er die Erwartungen des Anderen erspürt und zu erfüllen versucht. Dabei werden eigene Interessen und Bedürfnisse zurückgestellt, auf keinen Fall dürfen sie kämpferisch-aggressiv beim Anderen durchgesetzt werden. Der Patient lebt von der Hoffnung auf das sich irgendwann gütig, gerecht und versorgend zeigende Objekt. [...].

Sollte diese Strategie im Vordergrund stehen, sollten wir bereits in der Anfangsphase der Therapie versuchen, diese Wünsche umsichtig analysierend zu beschreiben und gleichzeitig Verständnis dafür zu äußern, dass sie leider „damals“ nicht erfüllt wurden, gleichwohl aber angemessen waren.

Das Beharren auf negativen Beziehungserfahrungen: Im Gegensatz zu dem aktiven Bemühen um das illusionäre gute Objekt beschreiben diese Muster die Reaktion auf positive Objektangebote. Diese mobilisieren beim Patienten gerade nicht Hoffnung auf das nahende Gute, sondern berühren seine zentrale pathogene Überzeugung des Enttäuschtwerdens. Die negativen, wütend-abwertenden Einstellungen des Patienten erinnern an die Reaktion des ambivalent gebundenen Kindes in der fremden Situation, das sich von der zurückkehrenden Mutter nun gerade nicht emotional berühren lässt, sondern verbissen, d.h. mit unterdrückter Wut, weiter spielt und Kontaktangebote zurückweist. [...] *Therapeuten mit einem bedingungslos positiven Beziehungsangebot können sich in dieser Falle fangen, wenn sie den unterschweligen Enttäuschungshass, die Objektentwertung und Beziehungsentwertung nicht genügend in Rechnung stellen und versuchen, die unbewusste Problematik durch ein bedingungslos freundliches Beziehungsangebot aufzulösen.*

Hier wäre es also nicht angebracht, positive Beziehungsangebote zu machen, sondern allein die umsichtige Analyse und Klärung einer solchen Interaktionsdynamik, z.B. mit Hilfe der Methode: Analyse der aktuellen Interaktionsübertragung. Also: „dritte Position“ einnehmen und Th/Pat-Interaktion aus dieser Perspektive beschreiben. Wenn dann eine gewisse Einsicht erkennbar ist, die Interaktionsdynamik als Wiederholungsgeschehen kenntlich machen, so dass klar wird: Auch hier geschieht etwas Ähnliches wie in anderen Beziehungen.

Versuchungssituation und Beziehungsenttäuschung: Dieser dritte Aspekt ist dynamisch besonders wichtig, weil er fast unspürbar verborgen abläuft und doch heftige Symptomreaktionen auslöst. Gelegentlich riskiert es der Patient, die eigenen Hoffnungen, Wünsche und Empfindungen dem Anderen anzutragen. Er tut es vorsichtig, wahrscheinlich unhörbar, gebremst von ängstlichen und beschämten Gefühlen. Seine Erfahrung ist, dass das Gegenüber wenig oder gar nicht reagiert und der Patient sein Anliegen nicht verständlich machen kann. *Der Patient mobilisiert umgekehrt Verständnis für das Gegenüber und entwickelt die Überzeugung, dass die eigenen Anliegen eine zusätzliche Belastung für den anderen bedeuten; seine eigenen Themen müssen als unpassend, unwichtig und unzumutbar zurückgestellt werden. Dennoch schützt diese Überzeugung nicht vor heftigen affektiven Reaktionen: Es resultiert das enttäuschende Gefühl, sich nicht mitteilen zu können, auf Bedürfnissen und Affekten sitzen zu bleiben, kein Verständnis zu erfahren, allein gelassen zu sein.* Die Enttäuschungswut mündet in Selbstvorwürfen: Der Patient hat die Probleme des Anderen, für die er sich so einsetzen wollte, nicht lösen können; er hat durch eigene Bedürftigkeit noch mehr Belastungen hineingetragen; er hat selber dazu beigetragen, dass der Andere ihm nichts geben kann. **Vor diesem Hintergrund breitet sich depressives Erleben aus, ein Gefühl des unüberwindlichen Hindernisses, der eigenen Unfähigkeit, der Aussichtslosigkeit eigener Bemühungen, des Verlustes von Interesse an allem und jedem, auch an dem wichtigen Objekt, das nun seine idealisierten Züge verliert. Durchbruchhaft werden Enttäuschungswut und Entwertungstendenzen gegen das ehemalige Idealobjekt gerichtet. Ebenso heftig aber wendet sich Aggression gegen das Selbst: Selbstvorwürfe, Selbstentwertung, Selbstzweifel, Selbstschädigung bis zur Tendenz der Selbstausslöschung, Rückzug aus der Beziehungswelt, Leeregefühle. [...]** (Hervorh. R.H.)

Hier sollte der Analyse und Klärung der Interaktionsdynamik mit dem Pat. eine Reflexion seitens des Therapeuten vorangehen: Er könnte sich z.B. fragen, wie kann ich denn meine Insuffizienzgefühle, meine Regungen, diesen Pat. loswerden oder die Therapie gar aufgeben zu wollen, verstehen? Wie groß ist denn meine Enttäuschung darüber, dass trotz großen Bemühens

nichts voran geht? (Vielleicht lassen sich solche Fragen auch in der Intervention näher beleuchten). Mit der aus solchen Reflexionen gewonnenen dynamischen Erkenntnissen, kann man dann in die Interaktionsklärung mit dem Pat. einsteigen und versuchen, die Enttäuschungen auf seiner Seite, Wut über sich selbst, Selbstzweifel, Autoaggression usw. zu beschreiben und dann nach dem oben beschriebenen Muster einordnen.

Literaturvorschläge:

- Küchenhoff, J. (2017): *Depression*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- (2002): *In Strukturen denken. Strukturkonzepte in Philosophie, Psychiatrie und Psychoanalyse und ihre praktischen Auswirkungen*. In: Rudolf, Grande, Henningsen (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit* (S. 68-80). Stuttgart: Schattauer.
- Matakas, F. u. Rohrbach, E. (2005): *Zur Psychodynamik der schweren Depression und die therapeutischen Konsequenzen*. *Psyche – Z Psychoanal* 59, 892-917. Klett-Cotta (Stuttgart)
- Rudolf, G. (2010): *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- (2008): *Der depressive Grundkonflikt und seine Verarbeitungen*. In: Rudolf, Henningsen (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme (2008⁶).
 - (2008): *Psychotherapeutische Krisenintervention*. In: Rudolf, Henningsen (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme (2008⁶)
 - (2006²): *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
 - (2003): *Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung*. *Z Psychosom Med Psychother* 49, 363-376. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
 - (2002): *Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit*. In: Rudolf, Grande & Henningsen (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 116-131). Stuttgart: Schattauer.
- Schauenburg, H. et al (1999): *Zur Psychotherapie der Depression*. *Psychotherapeut* (Springer) H. 2-99, S.127-129