

Mit Depressionen leben – eine Gratwanderung

lic. phil. Katharina Allenspach, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Depressionen gehören zu den häufigsten Beschwerden, mit denen wir es in unserer ambulanten Arbeit zu tun haben. Dies leuchtet ein. Erkrankten doch bis zu 26 Prozent der Frauen und bis zu 12 Prozent der Männer einmal im Leben an einer Depression (Hautzinger 2007). Die Symptome reichen dabei von vorübergehenden Krisen im Zusammenhang mit schwierigen Lebenssituationen bis hin zu chronischen Beschwerden mit zum Teil schweren Einschränkungen über lange Zeit hinweg.

Allen Depressionen gemeinsam ist, dass sich die betroffene Person in ihren Gefühlen und Gedanken mehr oder weniger verändert und oft auch körperlich schlecht fühlt. Alles läuft wie auf Sparflamme. Der Mensch funktioniert nicht wie vorher, kann keine Freude mehr empfinden, fühlt sich vielleicht leer und niedergeschlagen, oft auch reizbar und ängstlich. Das Denken fällt schwer, Entscheidungen sind kaum mehr möglich, einfache Aufgaben überfordern. Das Selbstvertrauen ist tief, Schuldgefühle stellen sich ein. In körperlicher Hinsicht fehlt die Energie. Man ist müde, kommt aber doch nicht zur Ruhe. Der Schlaf ist gestört, der Appetit vermindert. Suizidgedanken sind häufig und müssen ernst genommen werden.

Rückzug aus Überforderung

Viele Autoren verstehen depressive Reaktionen als psychische Rückzugs- und Notmassnahmen bei innerer oder äusserer Überforderung. Daniel Hell (1992) spricht von einer Art «Totstellreflex», wenn Gefühle wie Trauer, Angst oder Wut die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Die schwer depressive Person nimmt dabei mit vollem Bewusstsein wahr, wie isoliert sie erstens gegen innen ist und keinen Zugang zu ihren emotionalen und denkerischen Möglichkeiten hat und zweitens gegen aussen keinen psychischen Kontakt zu andern Menschen aufnehmen kann.

Druck, den depressiven Zustand zu überwinden, verstärkt in dieser Phase nur die ohnehin vorhandene Tendenz, sich selbst anzuklagen und führt zu noch grösserer Verzweiflung über den eigenen Zustand.

Balance zwischen Entlastung und Aktivität

Im Besserungsverlauf, wenn sich die depressive Blockade und der depressive Selbstverlust allmählich lösen, können dosierte, nicht überfordernde Aktivitäten wie Spaziergänge oder Kontakte mit andern helfen, allmählich wieder ein Gefühl für die eigenen Fähigkeiten und Kräfte zu erlangen. Subjektiv fühlt sich die betroffene Person vielleicht noch gar nicht dazu in der Lage, merkt dann aber, wenn sie sich trotz Antriebsproblemen überwinden kann, dass sie sich wieder besser spürt, mehr Energie hat, emotional auch positive Gefühle verspüren kann und sich auch ihre Denkfähigkeit verbessert hat. Solche Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und positiven Rückmeldungen durch andere können helfen, den Weg aus der Depression heraus zu finden.

Eine angemessene Balance zwischen Entlastung und dosierter Aktivität zu finden, ist allerdings oft schwierig. Einerseits besteht die Gefahr eines zu forcierten Ankämpfens gegen noch bestehende Einschränkungen – wozu gerade depressionsanfällige Menschen mit hohen Ansprüchen an sich selbst neigen. Andererseits kann es auch passieren, dass sich Patienten zu lange zu wenig zutrauen – auch das eine Folge depressionsbedingter negativer Selbsteinschätzung – und deshalb zu lange in einer Art passiven Krankenrolle verharren, welche ihr Selbstvertrauen weiter unterhöhlt.

Der Weg aus der Depression gelingt nicht immer. Während immerhin die Hälfte bis zwei Drittel der Betroffenen eine fast vollständige Besserung erfahren, kommen chronische Verläufe, also depressive Zustände, die während mehr als zwei Jahren anhalten, laut Statistiken in etwa 10 bis 20 Prozent der Fälle vor (Hautzinger 2007). Auch subklinische, nicht in eigentliche Krankheitsphasen mündende chronische depressive Verstimmungen, oft ab Jugendalter, gehören zum Spektrum depressiver Störungen. So vielfältig Verlaufsformen und Erscheinungsbilder von Depressionen sind, so komplex sind auch deren Ursachen. Man geht von einem Zusammenspiel von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren aus.

10 Psychodynamische Aspekte

Insbesondere bei chronischen oder sich wiederholenden Depressionen liegt der Fokus der Behandlung in der psychotherapeutischen Bearbeitung von Grundkonflikten und Persönlichkeitsfaktoren, welche depressionsauslösend und depressive Reaktionsweisen aufrecht erhaltend wirken. Als typischer depressiver Grundkonflikt gilt die Schwierigkeit, Abhängigkeitswünsche mit Autonomiebestrebungen in Einklang zu bringen. Dies oft als Folge von frühkindlichen Bindungsstörungen. Auch Verlusterlebnisse und Traumatisierungen tragen zur Depressionsentstehung bei. Ebenso die Verinnerlichung von zu streng erlebten Elternfiguren, welche die Grundlage für überhöhte, unerfüllbare innere Ideale und Ansprüche an sich selbst legen. Solche Über-Ich-Konflikte drücken das depressive Selbst nieder und machen Erfahrungen von Stolz und Selbstkompetenz immer wieder zunichte. Auch übertriebene Schuldgefühle stehen damit in Verbindung.

Während akute, schwere depressive Episoden relativ uniform erscheinen, sozusagen als «gemeinsame Endstrecke eines heterogenen Geschehens», so die Auffassung vieler Autoren, zeichnen sich leichtere und chronische depressive Verläufe durch ein hohes Ausmass an Dynamik aus. Je nachdem, welche innerpsychischen Konflikte aktiviert sind und welche Abwehrmassnahmen dagegen eingesetzt werden, kann das Befinden stark schwanken, etwa zwischen regressiver Abhängigkeit und forcierter Autonomie, oder – im Beziehungsverhalten – zwischen Idealisierung und enttäuschem Rückzug. Nicht selten scheint es, als ob ein Teil der Persönlichkeit noch depressiv blockiert ist, auch abhängig vom äusseren Kontext wie einer schwierigen Arbeitssituation, während ein anderer Teil bereits wieder frei fühlen, denken und handeln kann.

Diese Vielfalt und Dynamik macht die psychotherapeutische Arbeit mit depressiven Patienten zu einer spannenden und herausfordernden Aufgabe. Jeder Einzelfall ist anders, und oft weiss man zu Beginn nicht, wohin die Reise geht. Einige Patienten benötigen lange Therapien, bis tief verwurzelte depressionsauslösende Mechanismen verändert werden können, andere finden überraschend schnell und erfreulich nachhaltig aus der Depression heraus.

Toleranz für negative Gefühle

Einerseits ist es wichtig, Depressionen zu erkennen und zu behandeln, auch im Dienste der Suizidprävention und zur Verhinderung chronischer Verläufe. Andererseits sei vor vorschneller Pathologisierung negativer Gefühle gewarnt. Manchmal schadet es geradezu, wenn diese vermieden oder nicht wahrgenommen werden. Beispiele sind Trauergefühle, welche zur Verarbeitung von Veränderungen gehören, ebenso Angstgefühle, die auf Gefahren oder Konflikte aufmerksam machen. Schamgefühle, Schuldgefühle oder Wutgefühle sind wichtige Orientierungshilfen und Instrumente bei der Wahrung privater und sozialer Grenzen. Ermüdungserscheinungen zeigen, dass Erholung notwendig ist. Auch eine tiefe Hoffnungslosigkeit als vorübergehende Reaktion auf eine schwere Enttäuschung kann im Spektrum «normalen» Erlebens sein. In Abgrenzung dazu spricht man von einer klinisch relevanten depressiven Episode, wenn depressive Symptome über längere Zeit (laut diagnostischen Leitlinien mehr als zwei Wochen) anhalten und sich durch äussere Umstände wenig beeinflussen lassen. Ist die depressive Episode abgeklungen, besteht ein Therapieziel gerade darin, die Toleranz für negative Gefühle zu stärken und diese erlebbar zu machen, ohne dass sie einen erneuten depressiven Rückzug auslösen.

Literatur

Hautzinger (2007): Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie. In: Schauenburg, H.; Hoffmann, B. (Hg.): Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme.

Hell, Daniel (1992): Welchen Sinn macht Depression? Rowohlt. ■