

»Über was reden wir eigentlich?«

Überblick und Einordnung der depressiven Störung

Die wissenschaftliche Bearbeitung der depressiven Störung (Erkrankung) ist noch nicht älter als ein bis zwei Jahrhunderte. Obwohl in dieser Zeit wichtige und wesentliche Fortschritte in der Behandlung erreicht wurden, bleibt die eigentliche Natur und die Ursache dieser komplexen Gruppe von Erkrankungen weiterhin noch aufzuklären.

Die früher so klar und scheinbar eindeutige Einteilung der Depressionen:

Organische Depressionen

**Depressionen im Rahmen einer Schizophrenie
oder schizoaffektiven Psychose**

**Endogene Depression (= zylothyme Depression)
unipolare und bipolare Verläufe**

Psychogene Depression:

Neurotische Depression

Depressive Entwicklung (Erschöpfungsdepression)

Reaktive Depression (Erlebnisreaktion)

Depressive Persönlichkeit

wurde aufgegeben zugunsten einer Rückkehr zur psychopathologischen Diagnostik und Verlaufsdiagnostik (DSM-IV, ICD-10).

Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die traditionelle Vorgehensweise zu sehr uneinheitlichen Diagnosen und Therapien führte und es wurde eingestanden, dass wir noch zu wenig wissen über Ätiologie, Symptomatik und den zugrundeliegenden biochemischen Prozessen bei affektiven Störungen.

Als neuer Oberbegriff für diese Erkrankungen wurde die **affektive Störung** eingeführt. Gemeinsames und entscheidendes Merkmal dieser Erkrankungen ist eine Störung der Stimmung, die von damit zusammenhängenden kognitiven, psychomotorischen, psychophysiologischen und interpersonellen Problemen begleitet ist.

Sie umfasst alle Erkrankungen mit traurigen und heiteren Verstimmungen, also nicht nur die unipolaren, bipolaren, manischen oder depressiven Störungen, sondern auch die gleich oder ähnlich getönten Verstimmungen z.B. bei Schizophrenien, zykliden Psychosen, Alkoholismus, organischen Hirnerkrankungen und allgemeinen Körpererkrankungen.

Affektive Erkrankungen und hierbei insbesondere die depressiven Störungen stellen die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen des Erwachsenenalters dar.

Etwa 15 bis 30% aller Erwachsenen machen klinisch manifeste depressive Episoden zumindest mittleren Schweregrades irgendwann einmal während ihres Lebens durch.

15% bis 25% aller Patienten beim Hausarzt sind depressiv

50% sind diagnostiziert

Von diesen suchen jedoch nur ca. 25% primär die Hilfe eines Psychiaters. Die meisten dieser depressiv Erkrankten gehen zunächst zu ihrem Hausarzt. Sie als Hausarzt sind also in der Regel die erste Anlaufstelle. Für uns mit ein Grund, dieses Seminar anzubieten zur Verbesserung Ihrer Kompetenz. Andere Zahlen belegen, dass 12 bis 25% aller Patienten, die einen praktischen Arzt aufsuchen, an einer depressiven Störung leiden, aber nur ca. 50% werden als solche erkannt.

»Wo liegen zumeist die Anfänge?«

Ursachen depressiver Episoden

Wenn wir uns Forschungsergebnisse der letzten Jahre genauer ansehen, so machen wir die Feststellung, dass alle Beobachtungen konvergieren in der Auffassung, dass die affektiven Erkrankungen des Erwachsenenlebens mit einem **Ungleichgewicht zwischen Belastung auf der einen Seite und Belastbarkeit auf der anderen Seite zu tun haben und es scheint klar zu sein, dass Umweltbelastungen (Verlust- und Trennungserlebnisse) in erster Linie verantwortlich sind für den Zeitpunkt und die Auslösung der akuten depressiven Episode.**

Dies ist wohl der kleinste gemeinsame Nenner.

Etwas differenzierter betrachtet kann heute davon ausgegangen werden, dass folgende Faktoren eine Rolle spielen:

- 1. die Annahme einer genetischen Transmission. Verwandte depressiver Menschen zeigen eine erhöhte Krankheitsrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Zwillingsuntersuchungen belegen, dass Verhalten zu einem guten Teil anlagenbedingt ist.**
- 2. die Bedeutung biologischer, biochemischer Faktoren, so z.B. die Neurotransmitter und deren Stoffwechsel, neurophysiologische Funktionsstörungen, neuroendokrinologische Veränderungen.**
- 3. die Beziehungen zwischen lebensgeschichtlichen Ereignissen und Depressionen, hier insbesondere Verlust- und Trennungserlebnisse.**
- 4. die Bedeutung psychodynamischer Faktoren bei der Entwicklung und Unterhaltung der Depression. Alle Menschen unterschiedlichster Persönlichkeitsstrukturen können unter geeigneten Umständen depressiv werden.**

Der Säugling bringt schon ein kompliziertes Kommunikationssystem mit, das sich in seiner Leistungsfähigkeit und in den Schwerpunkten seiner Leistungsfähigkeit unterscheidet und es hängt eben auch vom Säugling ab, wie die Kommunikation läuft, selbst wenn es manche Psychoanalytiker nicht gern hören, wenn man ihnen sagt, dass auch sie mit Genen zu rechnen haben.

Neben dem (noch) unveränderbaren Erbgut ist an der Persönlichkeitsentwicklung die Prägung verantwortlich und die im Lauf des Lebens gemachten Erfahrungen und deren Verarbeitung.

Wir werden darauf weiter unten eingehen und in weiteren Abschnitten vertiefen. Zunächst lassen Sie uns cursorisch und verkürzt auf derzeit allgemeingültige Vorstellungen eingehen.

»Wie kommen Sie an die entscheidenden Informationen?«

Diagnose und Differentialdiagnose

Die Klassifikation der depressiven Störung erfolgt heutzutage nach ICD-10, der „international classification of disease“ in der 10. Bearbeitung, nach operationalisierten diagnostischen Kriterien.

Gefordert für die Diagnose einer depressiven Störung werden eine Symptom-Dauer von mindestens zwei Wochen, oder eine sehr schnelle und außergewöhnlich schwere Symptomatik und eine gewisse Anzahl von Symptomen.

Wir unterscheiden Haupt- und Nebensymptome.

Die Hauptsymptome der depressiven Störung sind:

1. Niedergeschlagene Stimmung (deprimierter Affekt) die meiste Zeit des Tages in einem für den Betroffenen außergewöhnlichem Ausmaß.
2. Interessenverlust und/oder Freudlosigkeit an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren.
3. Antriebsminderung mit erhöhter Ermüdbarkeit.

Nebensymptome sind:

4. Klagen über verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit, Denkvermögen, Unschlüssigkeit
5. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
6. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
7. Suizidgedanken oder Suizidversuche, Selbstverletzungen
8. Schlafstörungen (Hyper- Hyposomnie)
9. verminderter oder gesteigerter Appetit
10. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung.

Diese Symptome behalten Sie im Kopf und fragen sie ab, um die Diagnose zu stellen und abzusichern.

Wichtig ist die Frage nach der Suizidalität. Sie nicht zu stellen wäre ein Kunstfehler, da damit autodestructive Fantasien und Ängste im Tabu-Bereich bleiben würden und damit um so wirksamer und gefährlicher würden.

Zudem verstärkt ein ängstlicher Arzt, Therapeut und Helfer die Angst des Klienten und verschlimmert die Situation - entängstigend wirkt ein sicherer, kompetenter Helfer.

Wenden wir uns nochmals der Diagnosenstellung zu:

Es sollen erfüllt sein für die Diagnose einer

leichten depressiven Episode

**mindestens 2 Symptome der Kriterien 1-3
und
mindestens 1 höchstens 2 Symptome der Kategorie 4-10**

mittelgradigen depressiven Episode

**mindestens 2 Symptome der Kriterien 1-3
und
mindestens 2 höchstens 4 Symptome der Kategorie 4-10**

schweren depressiven Episode

**alle Symptome von 1-3
und
mindestens 5 Symptome der Kriterien 4-10
Einige Symptome sollten ausgeprägt sein**

Nicht jedes depressive Syndrom ist aber gleichzeitig eine affektive Störung und so ergeben sich noch einige beachtenswerte Sonderformen bzw. Abgrenzungen.

Klinisch bedeutsam ist zunächst die Abgrenzung zu:

normalen Stimmungsschwankungen, die spontan und schnell wieder abklingen nach Wegfall der Belastung.

Trauerreaktionen bei Tod oder Trennung („Liebeskummer“) einer Beziehung oder **Anpassungsstörungen** oder **depressive Reaktionen** nach belastenden Lebensereignissen.

Darüber hinaus hat man sich auf folgende Sonderformen verständigt:

Melancholie oder **somatisches Syndrom** (endogene Depression)

Im Vordergrund der Symptomatik stehen hier
Interessenverlust, Freudlosigkeit
mangelnde emotionale Reaktionsfähigkeit
Früherwachen
Morgentief
Antriebshemmung oder Agitiertheit
deutlicher Appetitverlust

Gewichtsverlust
deutlicher Libidoverlust

saisonale affektive Störung

atypische affektive Störung, d.h. Symptome der depressiven Episode bei erhaltener affektiven Schwingungsfähigkeit, Hypersomnie, Hyperphagie mit Gewichtszunahme, Erschöpfungszustände mit äußerst sensibler und problematischer Kommunikation.

Fassen wir alles noch einmal unter einem anderen Blickwinkel zusammen und versuchen, die Abgrenzung nach folgenden vier Fragen vorzunehmen:

- 1. Handelt es sich psychopathologisch überhaupt um eine depressive Episode, also eine primär affektive Störung oder um eine normalpsychologische Stimmungsschwankung, eine Reaktion auf eine psychosoziale Belastung, eine Trauerreaktion?**
- 2. Täuscht eine andere Krankheit psychopathologisch das Bild einer depressiven Episode vor, obwohl gar keine primär affektive Störung vorliegt, handelt es sich also um eine organisch affektive Störung, eine Folge einer Intoxikation mit psychotropen Substanzen? eine Schizophrenie oder schizoaffektive Störung?**
- 3. Handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die häufig gemeinsam mit primär affektiven Störungen auftreten, als Risikofaktor (Ursache?) oder als Folge einer affektiven Störung? Diese Frage stellt sich bei:
Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
Schizophrenien
Angststörungen
Zwangsstörungen
somatoformen und dissoziativen Störungen
Eßstörungen
Persönlichkeitsstörungen
Anpassungsstörungen**
- 4. Wenn ich sicher bin, dass es sich um eine depressive Episode und primär affektive Störung handelt, welche ist es dann:
eine singuläre Episode?
eine bipolare Störung?
eine rezidivierende depressive Störung?
eine anhaltende affektive Störung (Zyklothymie)?**

Auch mit Hilfe dieser vier Fragen läßt sich eine Ein- bzw. Zuordnung treffen und damit der Weg bahnen zu differenziertem therapeutischem Handeln.

»Welche Rolle spielen Erleben und Verhalten?«

Charakterstrukturen

Bevor wir jedoch therapeutisch aktiv werden, haben wir uns noch mit einem Thema zu beschäftigen, das unsere Arbeit, unser Arbeitsverhalten und unseren Umgang mit Menschen weitgehend beeinflusst. Ein Thema, das von RIEMANN und KÖNIG ansprechend und umfangreich bearbeitet wurde.

In „Grundformen der Angst“ von RIEMANN und „Kleine psychoanalytische Charakterkunde“ von KÖNIG geht es um die menschlichen Charaktere und deren Gestaltung und Ausformungen.

Als Charakter bezeichnen wir die für einen Menschen typischen Erlebensweisen und Verhaltensweisen.

„Der Charakter beeinflusst den Umgang mit anderen Menschen und das Arbeitsverhalten. Er hat Einfluß darauf, wie jemand seine Freizeit und seinen Urlaub verbringt, mit wem er gern umgeht und welche Prognose seine Partnerschaft haben wird. Vom Charakter hängt es weitgehend ab, was für ein Patient er ist und was für ein Arzt, Psychologe, Lehrer oder Sozialarbeiter“ (KÖNIG).

An der Charakter- oder Strukturbildung sind konstitutionelle Faktoren, Prägung der ersten fünf bis sechs Lebensjahre und verarbeitete Beziehungserfahrungen beteiligt.

Wie hoch der Anteil der genetischen Anlagen und wie hoch der Anteil der Umwelt an der Entstehung der Charakterstruktur eines Menschen ist, läßt sich auch heute nur schwer sagen.

Wir sind, wie oben erwähnt, kein unbeschriebenes Blatt, wenn wir auf die Welt kommen und bekommen nicht nur körperliche Konstitution und Intelligenz vererbt, sondern auch die Anlagen zur Entwicklung von Erlebens- und Verhaltensweisen.

Aber wie wir uns dann entwickeln, welche Kommunikationsmuster wir nutzen, weiterentwickeln oder ändern, entscheidet unsere Prägung, unser psychosoziales Umfeld. Diese angesammelte Lebenserfahrung kann nicht ungeschehen gemacht werden. Nur durch Umlernprozesse, korrigierende Erfahrungen können die Folgen dieser Erfahrungen verändert werden. Umlernprozesse, wie sie in allen Psychotherapien, gleich welcher Schulrichtung, stattfinden.

Nach HORST EBERHARD RICHTER sind wir alle neurotoid, Mischstrukturen. Und das ist gesund! Eine Struktur ist also nicht per se etwas Krankhaftes. Begriffe wie *narzißtisch*, *schizoid*, *depressiv*, *zwanghaft*, *phobisch* und *hysterisch* sollten hier nicht als etwas pathologisches bewertet werden, sondern beschreiben ein Stück Normalität.

Jeder Mensch empfindet und verhält sich so, wie es seine Charakterstruktur zuläßt. Tatsächlich treten diese Strukturen bei niemandem rein auf; aber die eine oder andere herrscht doch vor und bestimmt das Erleben des Menschen. Sie sind allesamt ganz eigener Ausdruck eines Grundkonfliktes, der früh im Leben ungelöst geblieben ist.

»Auf welche Signale sollten Sie achten?«

Depressive Struktur

Wir haben uns nun speziell der depressiven Struktur zuzuwenden, da das Verständnis hierüber für unsere Arbeit mit depressiv Kranken und depressiv strukturierten Menschen außerordentlich wichtig ist.

Depressive Zustandsbilder mit den typischen körperlichen und psychischen Symptomen lassen leicht erkennen, „dass etwas nicht stimmt“ und wir können dann (s.o.) über die Symptomatik leicht zu einer Diagnose kommen und entsprechend handeln.

Oft begegnen uns aber Menschen, die diese klassische Symptomatik nicht zeigen, uns aber mit genau derselben Problematik und denselben Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen konfrontieren. Das sind Menschen mit einer depressiven Struktur oder vorherrschenden depressiven Strukturanteilen. Schwieriger und genau so wichtig für unseren ärztlichen Alltag ist das Erkennen dieser depressiven Persönlichkeitsanteile.

Über Übertragung und projektive Identifizierung lösen solche Menschen immer ganz typische Gegenübertragungen hervor, dieselben, die wir auch gegenüber depressiv Erkrankten entwickeln.

Auf die Begriffe Übertragung, projektive Identifizierung und Gegenübertragung werden wir in einem folgenden Teil ausführlicher zu sprechen kommen. Zunächst mag eine kurze Definition reichen:

Übertragung beinhaltet, dass wir all unsere frühen Erfahrungen im Umgang mit Menschen übertragen auf Menschen, die wir neu kennenlernen. Wir sehen dann diese Menschen im Lichte der früheren Erfahrungen und sehnen uns danach, Vertrautes wiederzufinden.

Projektive Identifizierung beinhaltet einen unbewußten Vorgang, in dem wir aus unserem Wunsch heraus, Vertrautes im Anderen wiederzufinden, denjenigen, den wir neu kennenlernen, so beeinflussen dass er sich möglichst ähnlich verhält wie Personen, mit denen wir schon umgegangen sind.

Gegenübertragung beinhaltet alle Gefühle, Stimmungen und Handlungsimpulse unsererseits, die im Kontakt mit unserem Gegenüber, dem Patient oder den Personen oder Institutionen, mit denen er in Verbindung steht, hervorgerufen werden.

Entstehung der depressiven Struktur

Nun zurück zur depressiven Struktur. Wie bei der schizoiden, der narzißtischen und bei der Borderline-Struktur liegen die Einflüsse, die zu einer depressiven Strukturentwicklung führen, in einer Zeit, in die unsere Erinnerung meist nicht zurückreicht.

Die depressive Struktur entsteht, soweit sich das heute absehen läßt, im wesentlichen durch eine Störung der Interaktion zwischen Mutter und Kind in einer Entwicklungszeit, die sich auf die Nahrungsaufnahme in ihren materiellen und emotionalen Komponenten bezieht.

In dieser frühen Entwicklungsphase des ersten Lebensjahres geht es um Nähren, Umsorgen und Pflegen, wobei die Befriedigung dieser Basisbedürfnisse in der Regel von der Mutter abhängig sind.

Es entsteht hier eine reziproke Beziehung zwischen Mutter und Kind. Die Mutter erlebt das Ruhig- und Zufriedenwerden des Kindes als Lust, ebenso wie das Kind das Genährt- und Befriedigtwerden als lustvoll erlebt. Störungen in dieser Entwicklungsphase mit zunehmenden Entbehrungskonflikten führen zur Ausbildung einer depressiven Struktur.

»Warum ist die Liebe so wichtig?«

Depressive Psychodynamik

Anders ausgedrückt: Kinder, die zu wenig nährenden, umsorgenden Liebe erfahren haben, in dieser Liebe immer wieder enttäuscht worden sind, die die bedingte Liebe - an Bedingungen geknüpfte Liebe - erfahren haben und von daher das Gefühl der Minderwertigkeit und Wertlosigkeit, des Nicht-liebenswert-Seins entwickelt haben, fühlen sich nicht frei, verachten sich selbst und verharren in einer passiv - regredierten Haltung mit hohem Ich-Ideal, das sie nie erreichen können.

Jedem wird einsichtig sein, dass dieses Gefühl des Nicht-geliebt-werdens und der Minderwertigkeit kaum auszuhalten ist. Kinder reagieren in ganz typischer Weise darauf. Entweder sie werden zu Störenfrieden, die durch störendes Verhalten auf sich aufmerksam machen und auf diese Weise die Zuwendung zu erlangen suchen, selbst wenn diese höchst aggressiver Art ist („Ohrfeigen sammeln“), oder sie werden lieb, nett, brav, pflegeleicht und leistungsbereit, zum Anpasser und Sonnenschein, um auf diese Weise Anerkennung und Liebe zu erlangen, bzw. sich zu erkaufen.

Sie entwickeln die Vorstellung, dass sie die Liebe nur von Außen her zu erlangen ist, aber nicht aus sich selbst heraus und für sich selbst, da sie selbst ja minderwertig sind.

Analytisch ausgedrückt heißt dies: um diese Trennungs-, Verlust- und Entbehrungsängste des oralen Erlebens abzuwehren entwickeln Kinder und spätere Erwachsene dann typische Verhaltensmuster, die sich in anklammernden, forderndem Verhalten zeigen, in Verzichtstrategien oder im Altruismus. Dies sind dann Menschen, die weiterhin auch unbegrenzte Betreuung, Sorge und Pflege suchen, kaum Frustrationstoleranz haben und in ihrer Suche nach Wärme, Halt und Geborgenheit vor stabilen Beziehungen zurückschrecken wegen ihres schlechten Selbstwertgefühls. Menschen die Verwöhnung suchen und fürchten.

Das Pendant zum gierig Suchenden ist der „orale Pflegecharakter“, der typische Helfer, Menschen die sich mittels psychosozialen Agierens in Gleichgewicht halten.

Neurosestrukturen, wie die genannte depressive Strukturen sind die Narben, die sich über traumatisierende Erlebnisse gebildet haben.

Der orale Charakter, die depressive Struktur, beinhaltet die Vorstellung der Minderwertigkeit, des Nicht-liebenswert-Seins.

Die mit Schmerzen verbundene Überzeugung von der eigenen schwerwiegenden Unzulänglichkeit bezeichnen wir auch als **Scham**.

Scham ist ein komplexes Phänomen, einhergehend mit körperlichen Reaktionen (Blicksenkung, Erröten) , vorhersagbaren Verhaltensweisen (Versteckspiel, Rückzug), quälenden Gedanken („Versager“) und geistigen Depressionen.

Scham hat immer zu tun mit der erlebten Unzulänglichkeit der eigenen Person, während Schuldgefühle sich beziehen auf falsche oder schlechte Handlungen und Taten.

Um den massiven Schamgefühlen, dem Erleben der eigenen Unzulänglichkeit entgehen zu können, werden Überlebensstrategien entwickelt, die sich zeigen in der Verdrängung, im Rückzug, in der Wut, im Perfektionismus, in der Arroganz und Exhibitionismus, der Kritiksucht und der Wut. Alles kreist um das Problem der Verlassenheitsängste, der daraus resultierenden Autodestruktion, Anpassung, Erniedrigung und dem zwanghaft süchtigen Verhalten. Verwirrend kann es für uns dann sein, wenn wir uns klar machen, dass Menschen mit depressiver Persönlichkeitsstruktur durchaus auch sehr fröhlich und empfindungsfähig sein können, „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“. Menschen, die gern für andere da sind, sich als „Seelenklo“ anbieten, große Harmoniesehsüchte haben und dadurch oft auch leicht moralischen Druck machen. Menschen, die sehr gerne eine gemütliche Atmosphäre verbreiten und viel Fröhlichkeit entwickeln, damit aber auch ihre depressive Seite abwehren. Sie reagieren besonders empfindlich auf Verluste, trennende Konflikte und Kränkungen mit der Möglichkeit eine depressive Symptomatik zu entwickeln.

Übertragung Depressiver und depressiv strukturierter Menschen in der Patient-Arzt-Beziehung.

Menschen mit depressiver Struktur oder depressiver Symptomatik lösen im Gegenüber aufgrund ihrer typischen Übertragungen immer ganz typische Gegenübertragungen hervor.

Der Arzt neigt im Gespräch mit depressiv strukturierten Patienten - je nach eigener Persönlichkeit unterschiedlich schnell und stark- dass ihm diese „zu nahe“ kommen, anklammernd oder fordernd wirken, ihn auffressen wollen („ich weiß nicht mehr weiter, keiner versteht mich, Sie sind meine letzte Hoffnung“).

In der eigenen Gegenübertragung des Arztes tauchen dann aggressive Impulse auf, wie etwa „Rausschmißtendenzen“. Der Arzt will sich nicht auffressen und vereinnahmen lassen und schon gar nicht depressiv anstecken lassen.

Ein Arzt, der seine Gegenübertragung nicht wahrnehmen gelernt hat, gerät in die Gefahr, aus der Hüfte zu schießen, in dem er rasch zu Medikamenten, zu Spritzen , hohen Medikationen oder zur Verweigerung erforderlicher Medikamente, zur Klinikeinweisung kommt oder dem Patienten den Marsch bläst, oder aber durch Annahme des Führungsangebotes die depressive Hilflosigkeit verstärkt.

Um nun diese entstehende Gefühle zugänglich zu machen, ist es für den Arzt nützlich, während des Gespräches seine eigenen Gefühle aufzuspüren. Diese eigenen Gefühle erlauben schon eine diagnostische Zuordnung.

Durch teilweise Identifizierung mit dem Patienten und dessen erlebte und gelebte Wirklichkeit übernimmt der Arzt mancherlei widersprüchliche und quälende Gefühle des Patienten.

Er nimmt gewissermaßen einen „Schluck aus der Pulle“ des Erlebens des Patienten. Je besser der Arzt dies übt, desto flexibler kann er aus Identifizierungen immer wieder auftauchen, die zeitweilige Vermischung rückgängig machen und damit das Behandlungsziel im Auge behalten.

Nimmt er sprichwörtlich einen zu großen Schluck aus der Pulle der Identifizierung und Übertragung, so ist er trunken und erreicht nicht mehr die notwendige Distanz. Ein solcher Arzt wird zum Bundes- und Leidensgenossen, ist aber nicht mehr in der Lage, Helfer, Begleiter und Therapeut zu sein.

Es ist daher wichtig, die Gegenübertragung in sich wahrzunehmen, zu beobachten und sich seine Gedanken dazu zu machen (Gegenübertragungsanalyse), aber nicht so zu handeln, wie es der Gegenübertragung entsprechen würde.

Diese Art der Diagnostik kann letztlich nur erlebt werden, sie ist rein kognitiv nicht vermittelbar.

»Warum sind die ersten Schritte so mitentscheidend?«

Erstbegegnung in der Patient-Arzt-Beziehung

Basis der gemeinsamen Arbeit ist eine vertrauensvolle, respektvolle, liebevolle Einstellung, die erst eine ebenbürtige, gleichrangige Kooperation zwischen Patient und Therapeut möglich macht.

Das klingt gut und ist unterstreichenswert, aber es läßt auch viele Fragen offen. Wir wollen versuchen, die uns wichtigen Fragen in schon gewohnter Kurzform zu beantworten.

Sie, wie auch wir, gehen jeden Tag mit Menschen um, sind in ständiger Kommunikation und machen unsere Arbeit gut, sonst hätten wir wohl keine Patienten mehr und auch das Personal würde sich von uns verabschieden.

Wir machen uns kaum klar, warum Menschen überhaupt zu uns kommen, unsere Hilfe suchen und möglicherweise auch noch bei uns und uns treu bleiben. Oder: warum verläßt uns jemand und warum bleiben andere, obwohl sie von uns nicht besonders nett oder zuvorkommend behandelt werden?

Alles Fragen, die damit zu tun haben, wie es zu einer Beziehung kommt, was sie aufrecht erhält und sie gestaltet.

Früher hat sich insbesondere BALINT dieser Fragen angenommen, heute tun es vermehrt die Kommunikationsforscher (Systemisches Denken, NLP =Neuro-linguistisches-Programmieren, Lösungsorientiertes Arbeiten).

BALINT lehrte uns, dass die erste Begegnung die Beziehung bahnt und alles was sich daraus und danach gestaltet, Folge davon ist.

Er reduzierte die Thematik auf die Fragen:

„mit welcher Klage kommt der Patient?“ -

„was will er mir eigentlich damit sagen?“ - und:

„wie reagiere ich darauf ?“.

Wenden wir uns der **Erstbegegnung** zu.

Was passiert da? Zunächst treffen zwei Menschen zusammen, die aus mehr oder weniger unterschiedlichen Welten kommen, eine eventuell sehr stark differente Sozialisation haben, unterschiedlich denken und fühlen, unterschiedliche Wertmaßstäbe und moralische und religiöse Vorstellungen pflegen, kurz: sich eine unterschiedliche Wirklichkeit erschaffen haben!

Damit eine Verständigung zwischen Menschen unterschiedlicher Wirklichkeiten und Vorstellungen möglich wird, bedarf es einer gemeinsamen Sprache und kommunikativer Fähigkeiten.

Beziehungsstörungen und -abbrüche sind immer Folge einer mangelnden, fehlerhaften Kommunikation.

In früheren Zeiten reichte die Autorität des Arztes, um bei seinem Gegenüber das erwünschte Verhalten zu bewirken. In unserer aufgeklärteren Welt ist

dies nicht mehr so selbstverständlich. Die neueren Begriffe der „Compliance“ und „Noncompliance“ weisen darauf hin, dass es wohl doch so etwas wie einen freien Willen gibt und dass unsere Patienten es schon immer verstanden haben, ärztliche Anweisungen zu umgehen, zu befolgen oder zu verweigern. Witziger- oder bezeichnenderweise bedeutet compliance Zustimmung, aber auch: Unterwürfigkeit und Willfähigkeit ! Dementsprechend wird noncompliance oft verstanden als Ausdruck der Dummheit des Patienten, seinem Unverständnis, seiner Renitenz und seinem Widerstand, sie wird negativ bewertet (als Ausdruck einer negativen Gegenübertragung).

Dabei ist noncompliance eher Ausdruck der mangelnden Flexibilität des Kommunikators.

»Was ist notwendig für eine gute Kommunikation?«

Innere Vorbereitung

Wir als fachkundige, kompetente Berater, Begleiter und Helfer haben uns immer wieder zu erinnern und aufmerksam zu machen auf die wichtige Basis einer guten Beziehung: Ebenbürtigkeit und Gleichrangigkeit, Respekt und Achtung vor dem Gegenüber.

Wir sind nicht die Halbgötter, die wissen, wie man zu leben hat, zu fühlen, zu denken und zu handeln und wir können von Jedem noch etwas lernen und profitieren.

Mit jedem neuen Kontakt haben wir uns wieder aufmerksam und neugierig zu machen auf unseren Gegenüber. Die volle Aufmerksamkeit in der Begrüßung haben wir nur, wenn wir uns von dem Vorgänger richtig verabschiedet haben.

In einer fehlenden Beachtung dieser einfachen Begebenheit gründen die meisten Probleme (80% der Patienten beklagen eine mangelnde Aufmerksamkeit ihres Arztes).

Innere Vorbereitung oder innere Sammlung ist ein Teil unserer eigenen Psychohygiene.

Patient-Arzt-Kontakt

Der **Rapport** (Verbindung, Kontakt) wird vom Patienten begonnen.

Er hat seinen Teil schon dazu beigetragen, indem er für sich eine Auswahl getroffen hat, zu welchem Arzt er geht. Bevor wir ihn erleben, hat er sich über das Erleben unserer Praxis, unserer Mitarbeiter, schon eine Vorstellung gemacht zu wem er jetzt kommt.

Unser Rapport beginnt mit der ersten Wahrnehmung von Körperhaltung, Blick, Händedruck und Stimme. Schon in diesem ersten Augenblick gleicht unser ZNS die erlebte Wahrnehmung mit allen bisher erfahrenen ab und schon glaubt jeder zu wissen, wes Geistes Kind der andere ist, ob man sich sympathisch oder unsympathisch ist und wie man miteinander auskommen wird. Das alles läuft völlig unbewußt.

Alltägliche Vorkommnisse (beiläufige Begrüßung, flüchtiges Anschauen, Vergessen des Namens, auf die Uhr oder aus dem Fenster schauen, gähnen, an der falschen Stelle lachen) können den Rapport stören oder zum Abbruch führen.

Der Rapport wird gehalten und verbessert durch:

Anteilnahme

die zunächst abwartend ist und geprägt von der Bereitschaft, das Problem des Patienten anzuhören bei gleichzeitiger Anerkennung der Leistung des Patienten, zu kommen und etwas ändern oder klären zu wollen.

Am Anfang hören wir „aktiv“ zu, indem wir aufnehmend und mitschwingend uns durch Fragen vergewissern, ob wir die Wirklichkeit des Gegenübers verstanden haben, bzw. uns haben genügend einfühlen können.

Wichtig ist, vorsichtig die Worte und Redewendungen des Patienten aufzugreifen, da sie Teile seiner Lebenswirklichkeit sind. (Narrative, d.h. Anker für komplexe zentrale Repräsentanzen). Gebrauche ich seine Wortwahl und Bilder, so beziehe ich mich auf seine Sichtweise der Welt und verbessere die Beziehung.

Durch teilweise Identifizierung mit dem Patienten und seiner Geschichte, seiner gelebten und erlebten Wirklichkeit können wir uns teilweise einfühlen und nehmen sozusagen „einen Schluck aus der Pulle“ des Erlebens des Patienten. Je besser dies von uns geübt wird, desto flexibler können wir aus Identifizierungen immer wieder auftauchen, die zeitweilige Vermischung rückgängig machen und das Behandlungsziel im Auge behalten.

Andernfalls werden wir zum Bundes- und Leidensgenosse, unfähig, Helfer, Begleiter und Therapeut zu sein.

Immer überschneiden und verstricken sich die unbewußten und bewußten Anteile der Wirklichkeiten beider Gesprächsteilnehmer. Dabei überträgt der Patient Empfindungen und Gefühle auf den Arzt und dieser antwortet mit eigenen Gefühlen darauf, entwickelt eine Gegenübertragung.

Durch respektvolle Anteilnahme, aktives Zuhören, Mitgehen halten und verbessern wir den Rapport und holen unseren Gegenüber da ab, wo er sich gerade seelisch und körperlich befindet. All das bezeichnen wir auch als „**pacen**“.

Die Bildung einer gemeinsamen Kommunikationsebene können wir auch aus anderer Sicht betrachten, die so einfach wie hilfreich ist:

Wir-Bildung

Ein „Wir“, eine Gruppe, bildet sich in Abgrenzung von anderen, einem Gegner oder Gegenüber.

In unserem Fall ist der Gegner die Not, die seelische oder körperliche Notlage oder Schwierigkeit des Patienten.

Die alltägliche Frage „Was führt Sie zu mir?“ ist in diesem Sinne schon eine Gegnerfahndung und führt zur Mitteilung der Sorgen und Nöte oder Schmerzen des Patienten.

Aufrichtige Anteilnahme, echtes Mitgefühl und Zuneigung („Heranlieben“) sind bündnisstiftende Kraft und machen es möglich, sich in die Not einzufühlen und sich dann mit dem Patienten gegen diese Not zu verbünden.

Es folgt darauf der gemeinsame Entschluß, gegen diese Not etwas unternehmen zu wollen.

Das heißt, der Wir-Bildung muß ein klares **Arbeitsbündnis** folgen mit dem Ziel, die Not zu lindern oder möglicherweise eine Notlage zu beseitigen, autodestruktive Einstellungen zu sich selbst umzuwandeln in einen liebevolleren Umgang mit sich selbst.

Fehler in der Erstbegegnung können daraus entstehen, dass der Arzt nicht bei der Sache ist, sich noch nicht aus der vorhergehenden Beziehung zurückgenommen hat, oder dass er sich für klüger, besser oder auch minderwertiger

hält, dass er versucht, eigene Macht und Ansehen geltend zu machen oder den Patient zum Gegenstand seines wissenschaftlichen oder merkantilen Interesses oder anderer Bedürfnisse macht.

Ein Fehler kann aber auch darin liegen, sich zum Bundes- oder Leidensgenossen zu machen, indem ich mich nicht mit dem Patienten gegen die Not, sein Leid, verbünde, sondern mich mit ihm verbünde gegen andere Personen, Institutionen, seine Umwelt. Die Not besteht eben nicht in dem angeschuldigten Umweltverhalten, sondern in seinem sich getroffen fühlen, seiner Hemmung oder Angst, sich damit auseinander zu setzen, seiner Abhängigkeit, seinen selbstdestruktiven Mechanismen.

Weitere Fehler sind inquisitorisches Verhalten (z.B. voyeuristische Verhöre) oder das Bagatellisieren der geklagten Not („das wird schon nicht so schlimm sein“, „denken Sie mal an andere!“, seien Sie doch froh, dass Ihr Partner weg ist!“), oder die „Aha- oder Mhm-Technik“, die ohne wesentliche gefühlsmäßige Anteilnahme erfolgt.

Wenn diese Vorarbeit geleistet ist, ein Arbeitsvertrag geschlossen ist, geht es daran, dem Patienten eventuell zusätzlich notwendige diagnostische Schritte zu erörtern, Therapievorschläge zu unterbreiten oder therapeutische Interventionen durchzuführen.

Erst nach dieser Vorarbeit besteht die Chance, dass unser Patient offen ist für neue Einsichten und Gedanken über notwendige Änderungen von Lebens- und Verhaltensweisen.

Leaden (NLP) oder Führen - der Psychotherapeut in mir würde eher sagen: fachkundiges Begleiten - ist das was nun angesagt ist und öffnet Wege, die zu mehr Wohlbefinden, Gesundheit, Selbstvertrauen und eigenverantwortlichem Handeln führen.

Diese Wege können nur mit dem Patienten zusammen entdeckt und besritten werden. Wege, die dem Patienten nicht gemäß sind, wird er nicht gehen, gegen manipulative Techniken wird er sich wehren und den Rapport beenden. Ebenso wird er Inkongruenz und Unehrllichkeit aufspüren und mit noncompliance beantworten.

BANDLER und GRINDER, die beiden Begründer des NLP (Neuro-linguistisches-Programmieren) würden jetzt ausrufen: „Lügen! Alles Lügen! Glauben Sie kein einziges Wort!“. Wir können nur zustimmen.

Mit anderen Worten:

Probieren Sie es aus, machen Sie sich Ihr eigenes Bild und überprüfen Sie, was Sie erfahren haben!

»Was gibt es aktiv zu tun?«

Sie haben jetzt schon einen großen Teil Arbeit geleistet und sich viel Zeit genommen in die Gedankenwelt und Vorstellungen des Seminars („Wirklichkeit“) einzusteigen und sich einzufühlen.

Wir wollen jetzt mit Ihnen in die Praxis einsteigen.

Unser Vorschlag: **wählen Sie zwei Patienten aus.**

1. Einen Patienten, der bereits bei Ihnen ist und von Ihnen betreut und begleitet wird und der alle Zeichen einer depressiven Störung oder einer depressiven Struktur zeigt.

2. Und einen anderen Patienten, der demnächst zu Ihnen kommen wird und bei dem Sie durch Erleben Ihrer Gefühle und Gegenübertragung spüren, dass es sich um einen depressiven Patienten handelt.

Schreiben Sie die Anamnese auf, schildern Sie die Erstbegegnung und wie sie sich gestaltet hat (Wir-Bildung, Arbeitsbündnis) und was sich daraus entwickelt hat.

Verwenden Sie dazu bitte die beigefügten Arbeitsblätter.

Stellen Sie Ihre Fragen.

Wir werden Kontakt mit Ihnen aufnehmen und Ihre Arbeit begleiten.

Es muß in der Folgezeit nicht nur um diese beiden Patienten gehen, sondern selbstverständlich können Sie auch weitere Patienten vorstellen, die Ihnen gerade Sorgen oder Mühe machen.