



Psychotherapie-Wissenschaft

Science Psychothérapeutique

WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Therapie depressiver Prozesse

Thérapie des processus dépressifs

Herausgegeben von Rosmarie Barwinski und Peter Schulthess

10. Jahrgang

Heft 2 / 2020

ISSN 1664-9583

Marianne Leuzinger-Bohleber

Depression – eine Signatur unserer Zeit? Erkenntnisse aus der LAC-Studie

La dépression – une caractéristique de notre temps ? Conclusions de l'étude LAC

Stephan Müters, Lars E. Kroll, Julia Thom & Jens Hoebel

Arbeitslosigkeitserfahrung, soziale Unterstützung und Depression. Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie

Expérience du chômage, de l'aide sociale et de la dépression. Résultats de l'étude DEGS1-MH

Gianni Francesetti & Jan Roubal

Der Gestalttherapeutische Ansatz bei depressiven Erfahrungen

Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences

Approche de Gestalt-thérapie des expériences dépressives

Günter Schiepek

Depression – ein komplexes dynamisches System

La dépression – un système dynamique complexe

Holger Himmighoffen & Heinz Böker

Die Bedeutung der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in der multimodalen Behandlung depressiver Störungen

L'importance de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans le traitement multimodal des troubles dépressifs

Paolo Migone

Some contributions on the experience and therapy of depression published in the Italian journal

Psicoterapia e Scienze Umane («Psychotherapy and the Human Sciences»)

Alcune pubblicazioni sull'esperienza e la psicoterapia della depressione apparse sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*

Markus Erismann

Antworten auf die Kommentare von Greiner und Burda (Heft 2/2019)

Réponses aux commentaires de Greiner et Burda (2/2019)

Gerhard Burda

Medium und Mediat in Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft

Les médias et les médias dans la psychothérapie et la science de la psychothérapie

Herausgegeben von der Schweizer Charta für
Psychotherapie in der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Therapie depressiver Prozesse

Thérapie des processus dépressifs

Herausgegeben von Rosmarie Barwinski und Peter Schulthess

10. Jahrgang

Heft 2 / 2020

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9583 (Print-Version)
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
10. Jahrgang Heft 2/2020
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Schweizer Charta für Psychotherapie in der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH-8006 Zürich
Tel. +41 43 268 93 00
www.psychotherapie.ch

Redaktion

Rosmarie Barwinski, Zürich
Nicola Gianinazzi, Lugano
Margit Koemeda, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden sich auf der Homepage
der Zeitschrift: www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern
nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Ende des Bezugs-
zeitraums erfolgt.
ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte
direkt an die ASP.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an die Redaktion.

Digitale Version

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft ist auch online
einsehbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Inhalt

Editorial	5	Debatte	
Éditorial	7	Débat	
<i>Rosmarie Barwinski & Peter Schulthess</i>		Antworten auf die Kommentare von Greiner und Burda (Heft 2/2019)	81
Titelthema:		Réponses aux commentaires de Greiner et Burda	84
Therapie depressiver Prozesse		<i>Markus Erismann</i>	
Thème principal:		Originalarbeit	
Thérapie des processus dépressifs		Article inédit	
Depression – eine Signatur unserer Zeit?	11	Medium und Mediat in Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft	85
Erkenntnisse aus der LAC-Studie		Les médias et les médias dans la psychothérapie et la science de la psychothérapie	95
La dépression – une caractéristique de notre temps ?	19	<i>Gerhard Burda</i>	
Conclusions de l'étude LAC		Buchbesprechungen	
<i>Marianne Leuzinger-Bohleber</i>		Amina Trevisan (2020). Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in die Schweiz	97
Arbeitslosigkeitserfahrung, soziale Unterstützung und Depression	21	<i>Peter Schulthess</i>	
Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie		Tanja Krones & Monika Obrist (Hrsg.). (2020). Wie ich behandelt werden will. Advanced Care Planning	
Expérience du chômage, de l'aide sociale et de la dépression	29	Kathrin Schneider-Gurewitsch (2020). Reden wir über das Sterben	99
Résultats de l'étude DEGS1-MH		<i>Doris Signer-Brandau</i>	
<i>Stephan Müters, Lars E. Kroll, Julia Thom & Jens Hoebel</i>		Margit Koemeda (2019). Tanzen vor Freude, Zittern vor Wut. Sich von Gefühlen bewegen lassen. Ein Selbsthilfebuch mit körperpsychotherapeutischen Techniken	100
Der Gestalttherapeutische Ansatz bei depressiven Erfahrungen	31	<i>Peter Freudl</i>	
Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences	39	Tanja Lenz & Ingrid Fleck (2020). Exploratives Sandspiel. Wege zur Resilienz	102
Approche de Gestalt-thérapie des expériences dépressives	46	<i>Ursula Kübler</i>	
<i>Gianni Francesetti & Jan Roubal</i>		Kristina E. Schellinski (2020). Individuation for Adult Replacement Children. Ways of Coming into Being	103
Depression – ein komplexes dynamisches System	49	<i>Isabelle Meier</i>	
La dépression – un système dynamique complexe	59	Kurt Greiner (2020). Experimentelle Psychotherapiewissenschaft. Das Methodenprogramm der Wiener Therapieschulenforschung	105
<i>Günter Schiepek</i>		<i>Peter Schulthess</i>	
Die Bedeutung der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in der multimodalen Behandlung depressiver Störungen	61		
L'importance de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans le traitement multimodal des troubles dépressifs	74		
<i>Holger Himmighoffen & Heinz Böker</i>			
Some contributions on the experience and therapy of depression published in the Italian journal <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i>	77		
(«Psychotherapy and the Human Sciences») Alcune pubblicazioni sull'esperienza e la psicoterapia della depressione apparse sulla rivista <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i>			
<i>Paolo Migone</i>			

Jürgen Kriz (2017).
Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte
Systemtheorie für Psychotherapie,
Beratung und Coaching
Peter Schulthess

105

Hermann Wegscheider (2020).
Dialog und Intersubjektivität in der Gestalttherapie.
Von der jüdischen Tradition und Dialogphilosophie
zu relationalen Entwicklungen in der Psychoanalyse
und Gestalttherapie
Peter Schulthess

106

Editorial

Depressive Erkrankungen nehmen in den letzten Jahren weltweit zu. Die WHO geht davon aus, dass sie im Jahr 2020 die zweithäufigste Erkrankung darstellen. Galten sie bislang als gut behandelbar, zeigt sich nun, dass viele schwere Depressionen chronifizieren können und dass die Anzahl chronifizierter Depressionen steigt. Das war uns Grund genug, ein Heft zum Thema der Therapie depressiver Prozesse zu machen, in dem die Thematik vielseitig ausgeleuchtet wird, von aktueller Forschung bis hin zur Darstellung besonderer Ansätze der Therapie.

Marianne Leuzinger-Bohleber stellt die LAC-Studie vor (Langzeit-Studie chronischer Depressionen), in der Therapieverläufe psychoanalytischer Langzeitbehandlungen und solche mit Kognitiver Verhaltenstherapie untersucht und verglichen wurden. Beide Verfahren erwiesen sich als erfolgreich. Es liessen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Verfahren finden bzgl. Symptomreduktion. Ebenso ergaben sich keine Unterschiede im Outcome, wenn man die Gruppe mit randomisierter Verteilung der PatientInnen gegen die Gruppe verglich, in der PatientInnen mit ihrer Wunschtherapie behandelt wurden. Dieses Ergebnis überrascht, da bisher die Kognitive Verhaltenstherapie psychoanalytischen Behandlungsmethoden als überlegen ausgewiesen wurde. Zudem konnte belegt werden, dass nach drei Jahren bei jenen PatientInnen die depressiven Symptome am deutlichsten zurückgingen, die die grössten strukturellen Veränderungen zeigten. Diese PatientInnen waren mit psychoanalytischen Methoden behandelt worden.

Stefan Müters, Lars E. Kroll, Julia Thom und Jens Hoebel untersuchten in der DEGS1_MH-Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) die Bedeutung von sozialen Faktoren für die Entstehung und den Verlauf depressiver Krankheitsbilder. Konkret beschränkten sie sich auf die Wirkung von Arbeitslosigkeitserfahrung und sozialer Unterstützung im Hinblick auf depressive Erkrankungen. Frauen und Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrung sind etwa doppelt so oft von Depressionen betroffen wie Erwerbstätige ohne Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren. Die Analysen betonen die Bedeutung sozialer Ressourcen für den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen.

Gianni Francesetti und Jan Roubal beschreiben einen gestalttherapeutischen Ansatz zum Verständnis und zur Therapie depressiver Erfahrungen. Sie verfolgen einen radikalen dialogischen Ansatz und verstehen depressives Erleben als *kokreiert* in Beziehungen eines sozialen Systems. In der Therapiesituation zeigt sich, wie die Kommunikation zu depressivem Erleben führt, das beide erfasst, PatientIn und TherapeutIn. Im Besprechen dieses Phänomens bietet sich die Chance für die Therapie, das depressive Muster gemeinsam aufzubrechen. Dieser Beitrag wird im englischen Original wie auch in deutscher Übersetzung wiedergegeben.

Günter Schiepek beleuchtet die Ergebnisse verschiedener Depressionsstudien am Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung in Salzburg. Im Gegensatz zum Ansatz mit manualisierten Therapievorgehen präferiert er eine personalisierte Psychotherapie. Er sieht depressive Prozesse als systemische Prozesse, zu denen sich in der Forschung bestimmte Muster abzeichnen. Bei Ordnungsübergängen zeigt sich eine kritische Instabilität, die prädikativ für einen besseren Therapieerfolg ist. Seine Forschungsgruppe hat eine spezielle App entwickelt, die tägliche Befindlichkeitsmessungen erlaubt. Neben klinischen Verbesserungen konnten auch Veränderungen der funktionellen Konnektivitätsdynamik neuronaler Netze aufgezeigt werden. Zum Schluss erläutert der Autor die Möglichkeit, nichtinvasive Stimulierungen der Gehirnaktivitäten mit Psychotherapie zu verbinden.

Holger Himmighoffen und Heinz Böker stellen die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) als Teil einer multimodalen Behandlung depressiver Störungen vor. Das Verfahren war früher unter dem Namen Elektroschocktherapie bekannt und unter Verruf geraten wegen seiner schweren Nebenwirkungen. Die Autoren beschreiben die heutige EKT als ein Verfahren mit auf Dauer relativ wenig Nebenwirkungen, das seinen sinnvollen Platz bei chronifizierten Therapieverläufen hat, bei denen weder Psychotherapie noch Pharmakotherapie helfen. Dazu legen sie Forschungsergebnisse vor. EKT ist keine Psychotherapie, sondern eine biologische, medizinische Therapie. Die Autoren zeigen, wie sich Psychotherapie und EKT ergänzen können. Die Redaktion publiziert diesen Beitrag, weil sie es als relevant erachtet, dass PsychotherapeutInnen davon wissen, dass die EKT in einigen Schweizer psychiatrischen Kliniken regelmässig praktiziert wird. Ausserhalb der Kliniken wird im öffentlichen Raum kaum darüber berichtet und diskutiert. Gern nehmen wir allfällige Lektürereaktionen und Diskussionsbeiträge in einem nächsten Heft auf, um eine Plattform für eine fundierte Debatte zur EKT anzubieten.

Den Abschluss des thematischen Teils bildet wie immer der Beitrag von *Paolo Migone* mit Literaturangaben und Abstracts aus der Zeitschrift *Psicoterapia e Scienze Umane*.

In Heft 2-2019 wurde ein Beitrag von Markus Erismann zum Wissenschaftsbegriff in der Psychotherapiewissenschaft von Kurt Greiner und Gerhard Burda kommentiert. *Markus Erismann* schrieb nun eine Entgegnung, die wir unter der Rubrik «Debatte» abdrucken. Diese Diskussion wurde von den damaligen HeftherausgeberInnen, Rosmarie Barwinski und Mario Schlegel, ausdrücklich gewünscht. Gern drucken wir auch weitere Diskussionsbeiträge aus der Leserschaft in künftigen Heften.

Zur Diskussion um die Psychotherapiewissenschaft passt auch der Beitrag von *Gerhard Burda* mit dem Titel «Medium und Mediat in Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft». Der Text vergleicht einen starren und einen

dynamischen Zugang zur Wirklichkeit anhand der beiden Begriffe Mediat und Medium. Medien werden nicht als Wesen oder Identitäten, sondern als Selbst-Differenzen bzw. Verbindungs- und Trennungsverhältnisse in einem ontologischen Sinn aufgefasst. Unsere Wirklichkeit(en) kommen dieser medialistischen Auffassung nach dadurch zustande, dass selbst-differente Medien einander permanent medialisieren. Beispiele aus der Psychotherapie verdeutlichen,

wie der Veränderungsprozess Inter- und Intrapsychisches umgreift. Die Idee, dass der Medienbegriff als Klammer für sämtliche Psychotherapieformen dienen kann, wird in Richtung Psychotherapiewissenschaft weitergeführt.

Mehrere Buchbesprechungen runden dieses Heft ab. Wir wünschen eine anregende Lektüre!

Rosmarie Barwinski & Peter Schulthess

Éditorial

Les maladies dépressives ont augmenté dans le monde entier ces dernières années. L'OMS suppose qu'elles constitueront la deuxième maladie la plus répandue en 2020. Alors qu'elles étaient auparavant considérées comme facilement traitables, il devient maintenant évident que de nombreuses dépressions graves peuvent devenir chroniques et que le nombre de dépressions chroniques augmente. Ce fut une raison suffisante pour que nous produisions une brochure sur le thème de la thérapie de processus dépressifs, dans laquelle le sujet est éclairé de diverses manières, de la recherche actuelle à la présentation d'approches thérapeutiques spéciales.

Marianne Leuzinger-Bohleber présente l'étude LAC (étude à long terme des dépressions chroniques), dans laquelle les déroulements des traitements psychanalytiques à long terme et ceux de la thérapie cognitivo-comportementale ont été examinés et comparés. Les deux méthodes se sont avérées efficaces. Aucune différence statistiquement significative entre les méthodes n'a pu être constatée en termes de réduction des symptômes. De même, il n'y a pas eu de différences de résultats lorsque l'on compare le groupe avec la distribution aléatoire des patients par rapport au groupe dans lequel ces derniers ont été traités avec la thérapie souhaitée. Ce résultat est surprenant, car la thérapie cognitivo-comportementale s'est avérée supérieure aux méthodes de traitement psychanalytique. Il a également été démontré qu'après trois ans, les symptômes dépressifs diminuaient de manière plus significative chez les patients qui présentaient les plus grands changements structurels. Ces patients avaient été traités avec des méthodes psychanalytiques.

Stefan Müters, Lars E. Kroll, Julia Thom et Jens Hoebel ont étudié, dans le cadre de l'étude DEGS1_MH (Étude sur la santé des adultes en Allemagne), l'importance des facteurs sociaux pour le développement et le déroulement des troubles dépressifs. Plus précisément, ils se sont limités à l'effet de l'expérience du chômage et du soutien social en ce qui concerne les troubles dépressifs. Les femmes et les hommes ayant une expérience du chômage sont environ deux fois plus susceptibles d'être touchés par la dépression que ceux qui ont occupé un emploi sans expérience du chômage au cours des cinq dernières années. Les analyses soulignent l'importance des ressources sociales dans la relation entre le chômage et la dépression.

Gianni Francesetti et Jan Roubal décrivent une approche thérapeutique de la Gestalt pour comprendre et traiter les expériences dépressives. Ils poursuivent une approche dialogique radicale et comprennent les expériences dépressives comme étant *co-créées* dans les relations d'un système social. La situation thérapeutique montre comment la communication conduit à une expérience dépressive qui affecte à la fois le patient et le thérapeute. La discussion de ce phénomène offre la possibilité à la thérapie de rompre ensemble le schéma dépressif. Cet article est reproduit dans l'original anglais ainsi que dans la traduction allemande.

Günter Schiepek présente les résultats de diverses études sur la dépression menées à l'Institut de recherche sur la synergie et la psychothérapie de Salzbourg. Contrairement à l'approche des procédures de thérapie manuelle, il préfère une psychothérapie personnalisée. Il considère les processus dépressifs comme des processus systémiques pour lesquels certains modèles émergent dans la recherche. Les transitions d'ordre montrent une instabilité critique, qui est prédictive d'un meilleur succès thérapeutique. Son groupe de recherche a développé une application spéciale qui permet de mesurer quotidiennement l'état de santé. En plus des améliorations cliniques, l'existence de changements dans la dynamique de la connectivité fonctionnelle des réseaux neuronaux ont pu être démontrés. Enfin, l'auteur explique la possibilité de combiner la stimulation non invasive de l'activité cérébrale avec la psychothérapie.

Holger Himmighoffen et Heinz Böker présentent la électroconvulsivothérapie (ECT) dans le cadre d'un traitement multimodal des troubles dépressifs. Cette méthode était connue sous le nom de thérapie par électrochocs et a été discréditée en raison de ses graves effets secondaires. Les auteurs décrivent l'ECT actuelle comme une méthode ayant relativement peu d'effets secondaires à long terme, qui a sa place utile dans les processus thérapeutiques chroniques où ni la psychothérapie ni la pharmacothérapie ne peuvent aider. À cette fin, ils présentent des résultats de recherche. La TEC n'est pas une psychothérapie, mais une thérapie biologique et médicale. Les auteurs montrent comment la psychothérapie et l'ECT peuvent se compléter. La rédaction publie cet article parce qu'elle considère qu'il est pertinent que les psychothérapeutes sachent que l'ECT est régulièrement pratiquée dans certains hôpitaux psychiatriques suisses. En dehors des cliniques, il n'y a guère de rapports et de discussions publiques à ce sujet. Nous serons heureux d'inclure toute réaction et contribution à la discussion dans un prochain numéro afin de fournir une plateforme pour un débat bien fondé sur l'ECT.

Comme toujours, la section thématique se termine par une contribution de *Paolo Migone* avec des références et des résumés de la revue *Psicoterapia e Scienze Umane*.

Dans le numéro 2-2019, Kurt Greiner et Gerhard Burda ont commenté une contribution de Markus Erismann sur le concept de science dans la science de la psychothérapie. *Markus Erismann* a maintenant rédigé une réponse, que nous publions sous la rubrique « Débat ». Cette discussion a été expressément réclamée par les rédacteurs du magazine de l'époque, Rosmarie Barwinski et Mario Schlegel. Nous serions également heureux de publier d'autres contributions de nos lecteurs dans les prochains numéros.

La contribution de *Gerhard Burda* intitulée « média et médiat dans la psychothérapie et la science de la psychothérapie. » Le texte compare une approche rigide et dynamique de la réalité en utilisant les deux termes de

médiat et média. Les médias ne sont pas compris comme des êtres ou des identités, mais comme des autodifférences ou des relations de connexion et de séparation dans un sens ontologique. Selon cette vision médialiste, notre (nos) réalité(s) provient (proviennent) du fait que les médias autodifférenciés se médiatisent en permanence les uns les autres. Des exemples de psychothérapie illustrent la manière dont le processus de changement englobe les

aspects inter- et intrapsychiques. L'idée que le concept des médias peut servir de parenthèse pour toutes les formes de psychothérapie est poursuivie dans le sens de la science de la psychothérapie.

Plusieurs critiques de livres complètent ce numéro. Nous vous souhaitons une lecture inspirée !

Rosmarie Barwinski & Peter Schulthess

Titelthema:
Therapie depressiver Prozesse
Thème principal:
Thérapie des processus dépressifs

Depression – eine Signatur unserer Zeit?¹

Erkenntnisse aus der LAC-Studie

Marianne Leuzinger-Bohleber

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 11–18 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-11>

Zusammenfassung: Die LAC-Studie ist die wohl erste kontrollierte Psychotherapiestudie, die die Ergebnisse psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien bei chronisch Depressiven mit randomisierter und präferierter Zuweisung miteinander vergleicht. Beide Psychotherapieverfahren erwiesen sich als erfolgreich. Die Effektstärken und die vollständigen Remissionsraten waren höher als in anderen Studien. In zukünftigen Arbeiten werden nun Mediatoren- und Moderatorenvariablen untersucht, um beschreiben zu können, welche therapeutischen Faktoren in welchem der beiden Verfahren zu welchen Effekten geführt haben. In diesem Artikel werden die mittlerweile auch ausführlich publizierten Erkenntnisse aus der LAC-Studie sowie das methodische Vorgehen knapp skizziert.

Schlüsselwörter: chronische Depression, psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeittherapien, Outcomestudies, symptomatische und strukturelle Veränderungen

Depressionen haben in den letzten Jahrzehnten so stark zugenommen, dass sie nach Schätzungen der WHO im Jahr 2020 weltweit die zweithäufigste Krankheit sein werden. 20–30 % der Menschen mit einer depressiven Erkrankung entwickeln einen chronischen Verlauf. Chronifizierende Patient*innen zeigen besonders häufig sehr schwerwiegende Depressionen, viele depressive Episoden und psychiatrische und körperliche Komorbiditäten. Sie nehmen – verglichen mit anderen depressiven Patient*innen – länger Psychopharmaka und zeigen eine niedrigere Remissionsrate. Chronische Depressionen sind zudem mit enormem Leid für die Betroffenen und ihre Familien sowie mit hohen direkten und indirekten Gesundheitskosten verbunden.

Lange Zeit galt die Depression als eine Erkrankung mit einer relativ guten Behandlungsprognose, doch dies hat sich in den letzten Jahrzehnten geändert. Ergebnisse aus der epidemiologischen Forschung zeigten, dass Depressionen häufig eine wiederkehrende Erkrankung mit einer hohen Rückfallquote sind und chronisch werden. 50 % der depressiven Patient*innen erleiden nach der ersten depressiven Episode ein Rezidiv, 70 % nach der zweiten und 90 % nach der dritten Episode. Darüber hinaus haben sich pharmakologische und kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Kurztherapien als weit weniger erfolgreich erwiesen als erhofft: 50 % aller depressiven Patient*innen erleiden nach jeder Form von Kurzpsychotherapie einen Rückfall. 20–30 % aller depressiven Patient*innen sprechen nicht positiv auf Medikamente an. Von denjenigen, die das doch tun, erleidet ein Drittel

innerhalb eines Jahres einen Rückfall, 75 % innerhalb von fünf Jahren. Für diese Patient*innen können langfristige psychoanalytische Therapien oder Psychoanalysen eine Alternative bieten. In der repräsentativen DPV-Outcome-Studie haben zum Beispiel rund 80 % aller 402 ehemaligen Psychoanalyse-Patient*innen mit psychoanalytischen Langzeittherapien eine nachhaltige Verbesserung ihrer psychopathologischen Symptome sowie ihrer Objektbeziehungen, ihrer beruflichen Entfaltungen und ihrer allgemeinen Lebensqualität gezeigt. Unter ihnen waren 27 %, die als depressiv diagnostiziert worden waren, meist in Kombination mit einigen Persönlichkeitsstörungen. Als unerwartetes Ergebnis der Studie zeigte sich die enge Verbindung zwischen Trauma und schwerer psychischer Erkrankung: 62 % der Patient*innen waren schwer traumatisierte Kinder aus dem Zweiten Weltkrieg (Leuzinger-Bohleber et al., 2003).

Nach Bohleber (2005) ist die Depression in den Sozialwissenschaften zu einer *Signatur unserer Zeit* avanciert, in der sich traditionelle Strukturen und klare Verhaltenserwartungen weitgehend aufgelöst haben. Abgrenzungsphänomene und der enorme Zuwachs an individuellen Wahlmöglichkeiten von Lebensperspektiven führen zu einem Verlust an sozialer Sicherheit und machen die eigene Identität zum Lebensprojekt des Individuums. Der französische Soziologe Ehrenberg (2016) erklärt in seiner Studie das erschöpfte Selbst zur Krankheit der heutigen Gesellschaft, deren Verhaltensnormen nicht mehr auf Schuld und Disziplin, sondern vor allem auf Verantwortung und Initiative beruhen. An die Stelle des spätbürgerlichen Individuums scheint ein Individuum zu treten, das die Idee hat, dass «alles möglich ist», und das von der Angst um seine Selbstverwirklichung geprägt ist, die sich leicht bis zum Gefühl der Erschöpfung steigern

¹ Dieser Beitrag basiert auf früheren Arbeiten (Leuzinger-Bohleber et al., 2019a, c, 2020; Kaufhold et al., 2019), in denen sich weiterführende Literaturangaben befinden.

kann. Der Druck zur Individualisierung spiegelt sich in Versagens-, Scham- und Unzulänglichkeitsgefühlen und schliesslich in depressiven Symptomen wider. Die «klassische Neurose» ist für Ehrenberg eine Krankheit des Individuums, die durch Konflikte zwischen Erlaubtem und Verbotenem determiniert wird, während die Depression für ihn als Krankheit des Individuums gesehen wird, die durch die Spannung zwischen Möglichem und Unmöglichem entsteht. Die Depression wird so zu einer Tragödie der Unzulänglichkeit.

Solche sozialwissenschaftlichen und historischen Analysen fordern auch die Psychoanalyse heraus, das Thema Depression neu zu untersuchen und den Stand ihrer Forschung neu zu bewerten. Inzwischen sind die Ergebnisse psychoanalytischer Kurzzeittherapien, die den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen, durch viele Studien bestätigt worden. Demgegenüber liegen nach wie vor nur wenige Studien zu den Ergebnissen von Langzeitpsychotherapien und Psychoanalysen vor. Daher beschloss 2005 eine multizentrische Forschungsgruppe von Psychoanalytiker*innen und kognitiven Verhaltenstherapeut*innen, eine vergleichende Psychotherapiestudie zu den Ergebnissen kognitiv-verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer Langzeitbehandlungen zu initiieren, die sogenannte LAC-Studie (Projektleitung: M. Leuzinger-Bohleber, M. Hautzinger, M. Beutel, G. Fiedler, W. Keller). Wir konzipierten die Studie in enger Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe von Phil Richardson, Peter Fonagy und David Taylor aus London, die damals ebenfalls eine Studie über die Ergebnisse psychoanalytischer Langzeitpsychotherapien bei schwer zu behandelnden Depressionen plante, die Tavistock-Depressionsstudie. Inzwischen sind sowohl die Ergebnisse der Tavistock- (Fonagy et al., 2015) als auch der LAC-Studie (Leuzinger-Bohleber et al., 2019a, c) veröffentlicht worden. Diese und mehrere andere Studien zeigen die positiven Ergebnisse von psychoanalytischen (PAT) und verhaltenstherapeutischen (KVT) Langzeittherapien für depressive Patient*innen auf.

Die LAC-Studie

Die LAC-Studie (*Langzeitbehandlungen chronisch Depressiver*) ist eine randomisiert kontrollierte Studie zum Vergleich der Ergebnisse kognitiv-behavioraler und psychoanalytischer Langzeitbehandlungen chronisch depressiver Patient*innen mit randomisierter und präferierter Zuweisung. Die Neugierde, mehr über die Faktoren zu erfahren, die bei psychoanalytischen Behandlungen im Vergleich zu längeren kognitiv-behavioralen Therapien eine Rolle spielen, die drohende gesellschaftliche Marginalisierung psychoanalytischer Verfahren, aber auch das Interesse einiger KVT-Forscher*innen an einer längeren, von den Krankenkassen finanzierten Behandlung, waren einige der Gründe für diese multizentrische Studie zu den Ergebnissen von kognitiv-behavioralen und psychoanalytischen Langzeitbehandlung bei chronisch depressiven Patient*innen.

Die Planung und Durchführung der LAC-Studie fand vor dem Hintergrund vieler kontroverser Diskussionen statt (s. z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2020). So entschied sich die Forschungsgruppe beispielsweise für ein Design, das eine naturalistische Studie mit einer experimentellen kombiniert. Im Gegensatz zu vielen Studien der vergleichenden Psychotherapieforschung, in denen aus methodischen und pragmatischen Gründen fortgeschrittene Psychologiestudierende Personen mit genau definierten Symptomen (oft ebenfalls Studierende) nach einer manualisierten Therapiemethode behandelten, wurden in der LAC-Studie chronisch depressive Patient*innen interviewt, wie sie heute in Deutschland in Privatpraxen von Psychotherapeut*innen in Langzeitpsychotherapien behandelt werden. Wir erwarteten, dass viele dieser Patient*innen bereits mehrere Kurztherapien mit nur begrenztem Erfolg oder sogar negativem Ergebnis durchlaufen hatten und deshalb ein bestimmtes therapeutisches Verfahren bevorzugten. Wir vermuteten, dass sie daher nicht bereit wären, sich für eine Langzeitbehandlung randomisieren zu lassen. Deshalb konnten sie in der LAC-Studie zwischen den beiden Therapien KVT und PAT wählen.² Wenn sie keine klare Präferenz hatten und dazu bereit waren, wurden sie randomisiert.

Randomisierung der Patient*innen, genau beschriebene Einschlusskriterien, bezogen auf die Verfahren verblindete Rater, reliable Messinstrumente, manualisierte und auf ihre Adhärenz überprüfte Therapieverfahren sowie die genaue Beschreibung der Stichproben, der *drop-outs* und der angewandten statistischen Verfahren etc. gehören zu den Kriterien der sogenannten *evidence-based-medicine*. Diese Kriterien müssen erfüllt sein, damit Studien sowohl in der Welt der Psychotherapieforschung als auch der Gesundheitssysteme anerkannt werden. Daher versuchte die Forschungsgruppe der LAC-Studie allen diesen Kriterien gerecht zu werden.

Darüber hinaus wurden die bekannten wissenschaftstheoretischen und methodischen Bedenken der psychoanalytischen Community ernst genommen und eine multiperspektivische Annäherung an den Therapieerfolg bei diesen *difficult-to-treat*-Patient*innen gewählt. So wird in der zweiten Hauptpublikation der LAC-Studie ein Aspekt dieser komplexen Problematik exemplarisch zur Diskussion gestellt: In der Welt der *evidence-based-medicine* werden bekanntlich fast ausschliesslich *Symptomveränderungen* als Erfolg für Psychotherapien betrachtet, während nach psychodynamischer Auffassung vor allem Veränderungen der inneren Objektwelt, sogenannte *Strukturveränderungen*, erfolgreiche Psychotherapien charakterisieren, denn das Ziel psychoanalytischer Behandlungen geht über Symptomveränderungen weit hinaus und wird, wie schon Freud dies postulierte, beschrieben als die Fähigkeit zu lieben, zu arbeiten und das Leben zu geniessen. Daher wurden in der LAC-Studie symptomatische und strukturelle Veränderungen miteinander in Beziehung gesetzt.

² 2005 waren PAT und KVT die einzigen von Krankenkassen in Deutschland – aufgrund ausreichender evidenzbasierter Studien zu ihrer Wirksamkeit – anerkannten Psychotherapien.

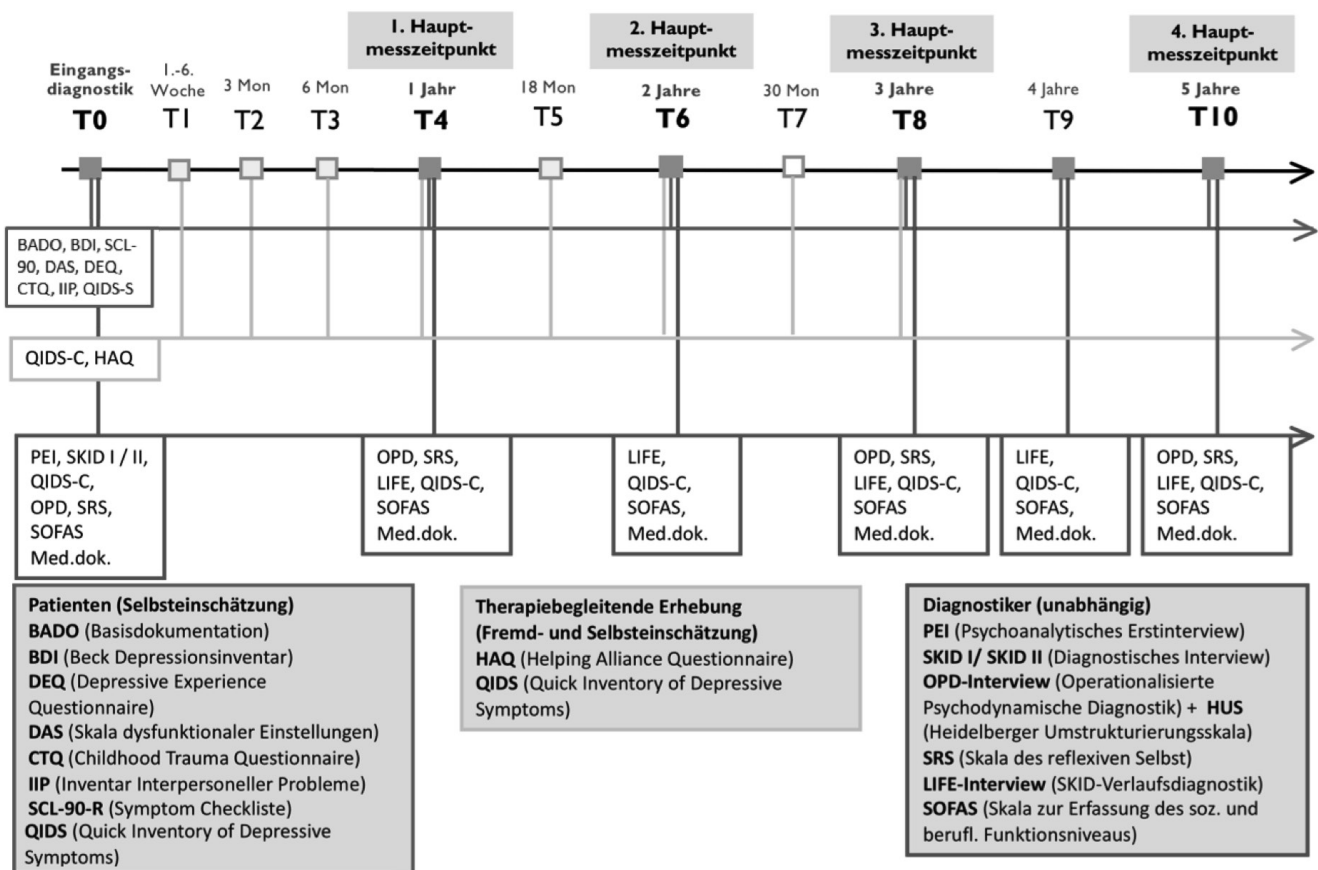


Abb. 1: Überblick über Messzeitpunkte und Instrumente in den ersten fünf Jahren

Da inzwischen die beiden Hauptpublikationen in englischer und deutscher Sprache vorliegen, kann ich in diesem Rahmen auf diese verweisen (vgl. Literaturverzeichnis) und mich damit begnügen, das methodische Vorgehen kurz zu skizzieren und die Ergebnisse zusammenzufassen. Doch zuerst gebe ich einen exemplarischen Eindruck von den Patient*innen, die im Rahmen der LAC-Studie behandelt wurden.

«Es zog mich ins Meer hinaus ...»

Frau C., eine 55-jährige berentete Angestellte eines grossen Dienstleistungsbetriebs, wurde von einer psychiatrischen Klinik zur Nachbehandlung nach einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt an die LAC-Studie überwiesen. «Ich kann nicht mehr arbeiten. Nach dem Tod meiner Mutter vor zwei Jahren bin ich völlig zusammengebrochen, lag nur noch im Bett, konnte weder schlafen noch essen. Nach einem Suizidversuch lieferte mich mein Mann in die Klinik ein. Dort ging es mir allmählich etwas besser. Ich wäre am liebsten dort geblieben. Ich habe Angst, wieder völlig zusammenzubrechen oder in Panik erneut zu viele Tabletten zu schlucken.» Schon im ersten Interview berichtete sie ihren Initialtraum: «Ich stehe am Meer – eine grosse, dunkle Welle kommt und zieht mich hinaus. Ich wehre mich nicht, sondern finde es eher schön, mich dem hinzugeben.»

Im Laufe der Behandlung stellt sich heraus, dass Frau C. seit ihrer Kindheit an schweren Depressionen gelitten hatte. Ihre Mutter, ein traumatisiertes, deutsches Kriegskind,

war ebenfalls schwer depressiv, einer der Gründe für die emotionale Frühverwahrlosung der Patientin. Dazu kamen mehrere traumatische Separationserfahrungen und abrupte Umzüge der Familie. Am Gravierendsten aber war, dass die Mutter den jahrelangen, fast täglichen sexuellen Missbrauch der Patientin durch den Vater nicht verhindert, sondern sogar (unbewusst?) gefördert hatte (zum Behandlungsverlauf s. Leuzinger-Bohleber, 2018).

Design und Ergebnisse der LAC-Studie

Soweit wir wissen, ist die LAC-Studie die erste kontrollierte Psychotherapiestudie, die die Ergebnisse psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien bei chronisch Depressiven mit randomisierter und präferierter Zuweisung miteinander vergleicht. Damit die Patient*innen zwischen PAT und KVT wählen konnten, erhielten sie folgende (neutrale) Beschreibung der beiden Verfahren:

In der *psychoanalytischen Therapie (PAT)* wird der Einfluss untersucht, den unbewusste Wünsche und Ängste auf das bewusste Erleben und Handeln im Hier und Jetzt ausüben. PAT bleibt nicht, wie oft angenommen wird, bei der Aufarbeitung

unbewältigter Kindheitserlebnisse stehen, sondern deckt deren (un)bewusste Wirkung im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen auch im Hinblick auf die Zukunftsgestaltung auf. Durch die Möglichkeit, in der Beziehung zur/m Analytiker*in unbewusste Beziehungsgestaltungen zu wiederholen, versucht die PAT, der Bedeutung wiederkehrender depressiver Verarbeitung von Lebenserfahrungen auf die Spur zu kommen. Die «Nachhaltigkeit» der PAT kann in einer «Nachentwicklung» des eigenen Selbstwertgefühls und in der Beziehung zu nahestehenden Menschen gesehen werden. Eine Veränderung der Symptomatik ergibt sich infolge des analytischen Prozesses, indem die bislang unzulänglichen Krankheitsursachen aufgedeckt, bearbeitet und integriert werden. Die Therapie kann mit einer Frequenz von ein- bis maximal dreimal 50 Minuten in der Woche stattfinden.

Die *kognitive Verhaltenstherapie (KVT)* zielt auf eine Veränderung des gegenwärtigen Denkens und Verhaltens ab. Sie ist ein Anwendungsbereich der Verhaltensforschung und Lerntheorien. Im Mittelpunkt der Behandlung steht dabei die Veränderung des Verhaltens, Erlebens und Denkens durch Prozesse wie Neu-, Um- und Verlernen. Therapeut*in und Betroffene*r führen zusammen eine genaue Analyse der Probleme durch, die als Lerngeschichte aus der Vergangenheit gesehen werden kann. In der Therapie werden systematisch ungünstige Verhaltensweisen und Denkmuster identifiziert und Patient*innen werden dazu angeleitet, hilfreiche Strategien zu entwickeln und diese schrittweise selbstständig einzusetzen, um so zu lernen, nicht optimale Verhaltensweisen zu verändern. Die Therapie verfügt zur Erreichung von Veränderungen und anvisierten Lösungen neben dem Gespräch über eine Vielzahl von bewährten Verfahren, die zum Teil auch ausserhalb oder im Anschluss der Sitzungen als Hausaufgabe durchgeführt werden. Die Therapie findet meist mit einer Frequenz von einmal 50 Minuten pro Woche statt, kann aber je nach Behandlungsphase auch häufiger oder intensiver (z. B. zweistündige Sitzungen) durchgeführt werden.

Wir haben ein *consort diagram* mit detaillierten Analysen zur Rekrutierung der Patient*innen – zu den verschiedenen Gründe für deren Ausschluss aus bzw. Verbleib in der Studie – in den zuvor genannten Publikationen zur Studie veröffentlicht. Insgesamt wurden 554 Patient*innen zu einem Erstinterview gesehen. Davon wurden 252 Patient*innen in die Studie eingeschlossen. Sie erhielten eine von ihnen bevorzugte oder nach dem Zufallsprinzip zugewiesene Behandlung und wurden mehrere Jahre lang untersucht. Typisch für ein naturalistisches Behandlungssetting wurden die Behandlungen in gegenseitigem Einvernehmen von Therapeut*in und

Patient*in abgeschlossen. Von den 252 Patient*innen waren 73,4 % nach einem, 63,9 % nach zwei und 65,5 % nach drei Jahren noch in der Studie. Im Vergleich zu anderen Studien ist dies eine gute Rücklaufquote für eine so schwer kranke Patient*innenpopulation.

Die Patient*innen litten an einer chronischen Depression mit hohem aktuellen Symptomschweregrad (BDI 32,1 Punkte; QIDS-C 14,3 Punkte), das heisst, 75 % der Patient*innen der Stichprobe der LAC-Studie hatten höhere Symptomwerte als depressive Patient*innen in anderen grossen Stichproben. Die Mehrheit der Patient*innen war im Jahr vor Beginn der Behandlung aufgrund ihrer Depression lange wegen Arbeitsunfähigkeit krankgeschrieben. Mehr als 70 % von ihnen hatten schon (teils mehrere) Psychotherapien hinter sich. Mehr als ein Drittel unserer Stichprobe war schon mindestens einmal in einer stationären Psychotherapie. 36 % nahmen antidepressive Medikamente ein. Laut DSM-IV erfüllten 58,3 % die Kriterien einer *major depression*, 12,3 % litten an Dysthymie und bei 29,4 % wurde eine *double depression* diagnostiziert.

Symptomveränderungen

Wie erhofft, erwiesen sich beide Psychotherapieverfahren als erfolgreich, um bei diesen schwer kranken Patient*innen eine signifikante Symptomreduktion zu erwirken (vgl. Tab. 1). In den Selbsteinschätzungen der Patient*innen zeigten sich grosse und stabile Veränderungen. Schon nach einem Jahr nahm der BDI-Wert von 32,1 Punkten um 12,1 Punkte ab, nach drei Jahren sogar um 17,2 Punkte. Die Effektstärken waren sehr hoch: $d = 1.17$ nach einem Jahr und $d = 1.83$ nach drei Jahren. Die vollständige Remissionsrate lag schon nach einem Jahr bei 34 % und stieg auf 45 % nach drei Jahren. Analoge Ergebnisse zeigten sich in den Einschätzungen der unabhängigen, bezogen auf die Therapieverfahren verblindeten Rater: Die QIDS-C-Werte sanken im ersten Jahr von 14,1 auf 7,1 und weiter auf 7,0 drei Jahre nach Beginn der Behandlung. Die Effektstärken waren ebenfalls sehr hoch. Sie stiegen von $d = 1.56$ nach einem Jahr auf $d = 2.08$ drei Jahre nach Behandlungsbeginn. Entgegen unseren Hypothesen fanden wir aber keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Verfahren oder randomisierter und präferierter Zuwendung. Besser als in anderen Studien sind die erzielten Remissionsraten: 39 % der Patient*innen zeigten schon nach einem Jahr eine volle Remission, drei Jahre nach Behandlungsbeginn waren es 61 %. Chronisch depressive Patient*innen profitieren daher von Langzeitpsychotherapien.

Eine anhaltende Verbesserung der depressiven Symptomatik hat eine grosse Bedeutung für diese schwer kranken Patient*innen, die unter einer hohen Rückfallquote auf jede Form der Kurzzeittherapie reagieren. Auch für die Familien der schwer depressiv Erkrankten hat vor allem die Verhinderung von Rückfällen und die Abnahme der Schwere der Depression eine grosse Bedeutung, auch weil

BDI		PREF KVT	PREF PAT	RAND KVT	RAND PAT	Gesamt
Beginn (T0)	Gesamtwert [MW (SD)]	32,0 (7,8)	31,2 (7,8)	32,6 (7,0)	33,9 (9,2)	32,1 (8,0)
	N	63	101	41	47	252
1. Jahr (T4)	Diff [MW (SD)]	14,4 (12,1)	10,7 (11,1)	12,6 (13,3)	12,0 (12,7)	12,1 (12,0)
	Cohen's d	1,58	1,09	1,20	1,00	1,17
	Remission	38%	28%	47%	32%	34%
	N	37	76	34	38	185
2. Jahr (T6)	Diff [MW (SD)]	15,2 (9,7)	13,9 (12,7)	11,9 (12,2)	15,2 (12,7)	14,1 (12,0)
	Cohen's d	1,77	1,38	1,03	1,39	1,38
	Remission	45%	38%	33%	33%	38%
	N	31	61	27	30	149
3. Jahr (T8)	Diff [MW (SD)]	17,2 (10,7)	15,8 (10,9)	17,5 (12,4)	20,1 (11,9)	17,2 (11,4)
	Cohen's d	2,43	1,62	1,85	1,89	1,83
	Remission	43%	44%	50%	44%	45%
	N	28	64	30	27	149
QIDS-C						
Beginn (T0)	Diff [MW (SD)]	14,1 (3,0)	14,3 (3,0)	13,3 (2,6)	15,2 (3,4)	14,3 (3,1)
	N	63	101	41	47	252
1. Jahr (T4)	Diff [MW (SD)]	7,1 (4,0)	5,7 (4,4)	6,6 (4,8)	6,8 (4,9)	6,4 (4,5)
	Cohen's d	1,90	1,46	1,92	1,39	1,56
	Remission	54%	33%	41%	33%	39%
	N	41	69	34	40	184
2. Jahr (T6)	Diff [MW (SD)]	7,8 (4,5)	8,0 (4,4)	6,9 (5,9)	8,6 (4,9)	7,9 (4,8)
	Cohen's d	2,12	2,45	1,62	1,94	2,07
	Remission	57%	44%	46%	44%	47%
	N	35	64	28	34	161
3. Jahr (T8)	Diff [MW (SD)]	7,0 (5,5)	8,0 (5,1)	9,7 (3,7)	10,4 (5,9)	8,5 (5,2)
	Cohen's d	1,69	1,85	3,43	2,38	2,08
	Remission	52%	55%	79%	68%	61%
	N	33	71	33	28	165

Tab. 1: Veränderungen der Selbsteinschätzung (BDI) und der Fremdbeurteilung der Depression (QIDS-C) im Laufe der Studie

dadurch die Wahrscheinlichkeit verringert wird, dass die Depression auf die nächste Generation weitergegeben wird. Zudem führen chronifizierte Depressionen zu hohen Gesundheitskosten.

Eine Stärke der LAC-Studie ist es, dass sie die existierende Praxis zur Behandlung von chronisch Depressiven mit Langzeitpsychotherapien gut abbildet: In anderen Worten verfügt sie über eine hohe externe Validität. Die Therapien wurden von erfahrenen, staatlich anerkannten

Therapeut*innen in ihrer Privatpraxis durchgeführt und von den Krankenkassen finanziert.

PAT und KVT boten unterschiedliche Arten von Psychotherapien mit unterschiedlicher Behandlungstechnik und Dauer an. Sie basieren auf unterschiedlichen Konzeptualisierungen der Entstehung, der Gründe und der aufrechterhaltenden Bedingungen von depressiven Erkrankungen. In den Hauptpublikationen haben wir lediglich die Veränderungen der depressiven Symptomatik disku-

tiert (Leuzinger-Bohleber et al., 2019a, b). In weiteren Arbeiten werden Mediatoren- und Moderatorenvariablen untersucht, um beschreiben zu können, welche therapeutischen Faktoren in welchem der beiden Verfahren zu welchen Effekten geführt haben. Klinisch besonders relevant ist die Frage, ob es bestimmte Patient*innen gibt, die von einem der beiden Verfahren besser profitieren als vom anderen. Daher könnten durch Vergleiche zwischen den Extremgruppen erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Patient*innen in beiden Verfahren wichtige Erkenntnisse bezüglich der sogenannten differenziellen Indikation gewonnen werden. Zudem erhoffen wir uns Einsichten auf die Frage, ob bzw. welche Kombination mit Medikamenten für welche Patient*innen sinnvoll erscheint. Zur Beantwortung solcher Fragen werden zudem die Daten der sekundären Ergebnismasse zur sozialen Adaptationsfähigkeit, zur Qualität sozialer Beziehungen, zu Persönlichkeitseigenschaften etc. beigezogen.

Für die Wirkung der LAC-Studie in der Fachöffentlichkeit, aber auch bei den Krankenkassen, werden die gesundheitsökonomische Analysen der Daten absolut entscheidend sein. Unbestritten sind die direkten Kosten für die Psychotherapien bei der KVT geringer, denn die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen war wesentlich geringer (57) als in der PAT (234 Sitzungen). Doch zeigen verschiedene Studien, dass sich das Bild wesentlich verändert, sobald indirekte Gesundheitskosten einbezogen werden (wie Arbeitsfehltag, Krankenhausaufenthalte, Lebenszufriedenheit, Krankheit der Kinder etc.; vgl. dazu u. a. Leuzinger-Bohleber et al., 2019c; Laezer et al., 2016). Erste Ergebnisse der LAC-Studie zeigen zum Beispiel, dass die Patient*innen in der PAT laut Angaben in der Basisdokumentation weniger häufig Ärzte bzw. Ärztinnen aufsuchten und der Arbeit fernblieben als in der KVT. Daher werden zurzeit weitere Analysen der Daten durchgeführt und demnächst veröffentlicht. Eine zweite Ergebnispublikation ist

bereits erschienen (Leuzinger-Bohleber et al., 2019c). Darin werden die Ergebnisse zu den sogenannten strukturellen Veränderungen in beiden Behandlungen diskutiert.

Strukturelle Veränderungen

Aus psychoanalytischer Sicht leiden chronisch depressive Patient*innen an einer pathologischen Welt von inneren Objekten und Selbstvorstellungen, die mit unerträglichen Emotionen (Verzweiflung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit) und chronischen dissoziativen Zuständen verbunden sind. Die Veränderung struktureller Defizite in den Selbst-Objekt-Repräsentanzen erfordert Zeit und ein intensives Durcharbeiten in der professionellen Beziehung zum Psychotherapeuten bzw. zur -therapeutin, das heisst im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen. Solche sogenannte strukturelle Veränderungen zu untersuchen, war für die Psychoanalytiker*innen, die an der LAC-Studie beteiligt waren, daher von grossem Interesse. Die strukturellen Veränderungen wurden mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) gemessen, einem der sekundären Outcome-Instrumente der LAC-Studie. Mit diesen wurde das zunehmende Bewusstsein der Patient*innen für ihre, psychodynamisch betrachtet, bedeutsamen unbewussten Fantasien und Konflikte untersucht, was als wichtige Voraussetzung für strukturelle Veränderungen im Sinne der HSCS angesehen wird. Auch wenn es drei Jahre nach Behandlungsbeginn noch nicht möglich ist, nachhaltige Veränderungen in der Therapie wirklich zu erfassen, so können doch zu diesem Zeitpunkt bereits erste Hinweise auf solche dauerhaften psychischen Transformationen gefunden werden.

So war ein wichtiges erstes Ergebnis, dass die verblindeten Rater zu Beginn der Behandlung keine Un-

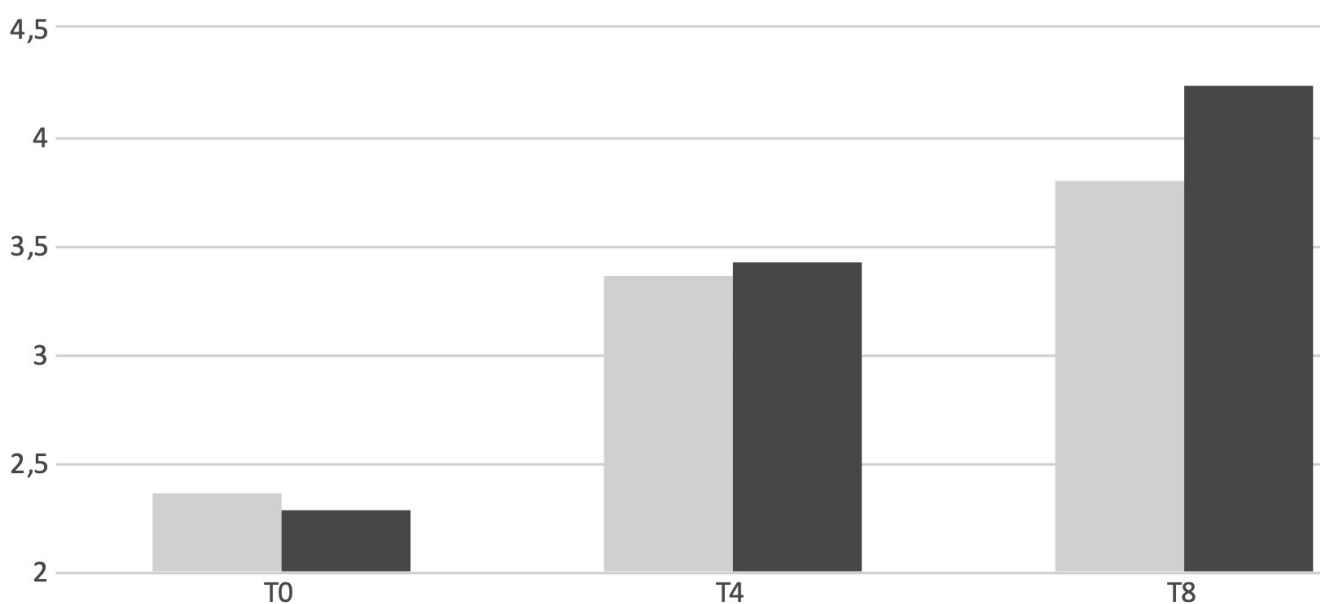


Abb. 2: HSCS Total Score für KVT (helle Säulen) und PAT (dunkle Säulen); T0: vor Beginn der Behandlungen; T4: ein Jahr nach Behandlungsbeginn; T8: drei Jahre nach Behandlungsbeginn

terschiede in den OPD-Ratings und der HSCS zwischen den Patient*innen in den beiden untersuchten Therapieverfahren sowie der randomisierten und der Präferenzgruppe fanden. In anderen Worten: Die intrapsychischen Konflikte oder strukturellen Defizite unterschieden sich nicht bei den Patient*innen, die durch KVT oder PAT behandelt werden sollten (T0-Daten; vgl. Abb. 2). Ein Jahr nach Beginn der Behandlung waren die Anteile der strukturellen Veränderungen zwischen PAT (26 %) und KVT (24 %) nur unwesentlich unterschiedlich. Nach drei Jahren erfüllten mit 60 % mehr Patient*innen bei der PAT die Kriterien für eine strukturelle Veränderung im Vergleich zur KVT (36 %) – analog zur Zielsetzung bei diesen Behandlungen. Zudem gingen bei jenen Patient*innen, die die grössten strukturellen Veränderungen zeigten, auch die depressiven Symptome am deutlichsten zurück (vgl. Abb. 2; für Details s. Kaufhold et al., 2019).

Diese Ergebnisse zeigen, dass durchaus Unterschiede in den Ergebnissen zwischen PAT und KVT erzielt wurden, die aber erst festgestellt werden konnten, als das Forschungsmikroskop feiner eingestellt wurde. Daher werden zurzeit noch weitere Datenanalysen durchgeführt. Zudem erwarten wir, dass analog zu den anderen Studien zur Langzeitbehandlung, der Stockholmer Psychotherapiestudie, der Helsinki Therapiestudie, der Münchner Depressionsstudie und der Tavistock Depressionsstudie Unterschiede zwischen den Verfahren bezüglich der Symptomveränderung erst zum Zeitpunkt einer Katamnese sichtbar werden (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2020). Auch aus diesem Grund werden zurzeit die Ergebnisse fünf Jahre nach Behandlungsbeginn differenziert weiter untersucht.

Literatur

- Bohleber, W. (2005). Editorial zum *Special Issue of the Journal Psyche* «Depression. Psychoanalytische Erkundungen einer Zeitkrankheit». Zur Psychoanalyse der Depression. Erscheinungsformen-Behandlung-Erklärungsansätze. *Psyche – Z. Psychoanal.*, 59, 781–788.
- Ehrenberg, A. (2016). *The weariness of the self: Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Montreal: MQUP.
- Fonagy P., Rost F., Carlyle J. et al. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312–321.
- Laezer, K.L., Tischer, I., Gaertner, B. & Leuzinger-Bohleber, M. (2016). Aufwendige Langzeitpsychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie, im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie*, 47(4), 540–562.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018). Das «erschöpfte Selbst» in Zeiten des «Global Unrest». Klinisch- psychoanalytische Überlegungen. In T. Fuchs, L. Iwer & S. Micali (Hrsg.), *Das überforderte Subjekt* (S. 310–344). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Fiedler, G. et al. (2019a). Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(1), 47–58.
- Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Keller, W. et al. (2019b). Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung. Ergebnisse der LAC Studie. *Psyche – Z. Psychoanal.*, 73, 77–105.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L. et al. (2019c). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(1), 99–127.
- Leuzinger-Bohleber, M., Solms, M. & Arnold, S.E. (Hrsg.). (2020). *Outcome Research and the Future of Psychoanalysis. Clinicians and Researchers in Dialogue*. London: Routledge.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. (2003). How to study the «quality of psychoanalytic treatments» and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. *Internat. J. of Psycho.-Anal.*, 84(2), 263–290.
- Kaufhold, H., Bahrke, U., Kallenbach, L. et al. (2019). Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie. *Psyche – Z. Psychoanal.*, 73, 106–133.

Depression – a sign of the times?

Findings from the LAC study

Abstract: The LAC-study is probably the first controlled psychotherapy study comparing the results of psychoanalytic and cognitive-behavioral long-term psychotherapy in chronically depressed patients with randomized and preferred assignment. Both psychotherapy methods proved to be successful. The effect sizes and complete remission rates were higher than in other studies. In future work, mediator and moderator variables will be investigated to describe which therapeutic factors led to which effects in which of the two methods. This article briefly outlines the findings of the LAC-study, which have meanwhile been published in detail, and the methodological approach.

Key words: chronic depression, psychoanalytic and cognitive-behavioral long-term therapies, outcome studies, symptomatic and structural changes

Depressione – una caratteristica del nostro tempo?

I risultati dello studio LAC

Riassunto: Lo studio LAC è il primo studio comparativo di psicoterapia che confronta i risultati dei trattamenti psicoanalitici e cognitivo-comportamentali a lungo termine, prendendo in esame casi di pazienti con depressione cronica che hanno rispettivamente potuto scegliere la terapia o ne hanno seguita una attribuita loro in modo casuale. Entrambi i metodi si sono rivelati efficaci. I tassi di remissione completa e di effettiva efficacia sono stati maggiori di quelli rilevati in altri studi. Nelle ricerche future verranno poi analizzate le variabili legate a mediatori e moderatori, per poter riconoscere, descrivere e correlare tra loro fattori ed effetti terapeutici di uno o dell'altro metodo. Questo articolo presenta una sintesi dei risultati dello studio LAC, nel frattempo pubblicati in dettaglio, nonché del procedere metodologico adottato.

Parole chiave: depressione cronica, terapie psicoanalitiche e cognitivo-comportamentali a lungo termine, studi di outcome, cambiamenti sintomatici e strutturali

Die Autorin

Marianne Leuzinger-Bohleber, Dr. phil., ist Lehranalytikerin (DPV/IPA) und em. Professorin für Psychoanalyse an der Universität Kassel. Sie war 2001–2016 Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts (SFI) in Frankfurt/M. und ist nun Senior Scientist an der Universität Mainz und dem IDEA Exzellenzzentrum in Frankfurt/M. Sie erhielt unter anderem den Mary

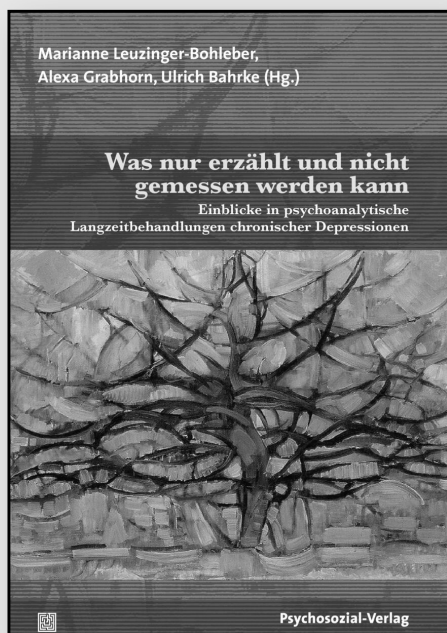
Sigourney Award 2016 und den Haskell Norman Prize for Excellence in Psychoanalysis 2017.

Kontakt

E-Mail: m.leuzinger-bohleber@gmx.de



Psychosozial-Verlag



Marianne Leuzinger-Bohleber, Alexa Grabhorn, Ulrich Bahrke (Hg.)

Was nur erzählt und nicht gemessen werden kann

**Einblicke in psychoanalytische
Langzeitbehandlungen chronischer Depressionen**

ca. 330 Seiten • Broschur • € 34,90 / CHF 47.90

ISBN 978-3-8379-2976-8

Erscheint im November 2020

Erfahrene Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker erzählen – mit Einwilligung ihrer Analysandinnen und Analysanden – von der heilenden Wirkung von Psychoanalysen mit chronisch depressiven Patientinnen und Patienten. Die ausführlichen und durch ExpertInnenvalidierung geprüften Falldarstellungen, die der LAC-Depressionsstudie entstammen, ermöglichen einen konkreten Einblick in therapeutische Prozesse und verdeutlichen das besondere Potenzial der Psychoanalyse. Zudem wird auch die Studie selbst vorgestellt – eine vergleichende Therapiewirksamkeitsstudie zu den Kurz- und Langzeiteffekten von psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie bei chronischer Depression.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

La dépression – une caractéristique de notre temps ?¹

Conclusions de l'étude LAC

Marianne Leuzinger-Bohleber

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 19–20 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-19>

Mots clés : dépression chronique, thérapies psychanalytiques et cognitivo-comportementales à long terme, études de résultats, changements symptomatiques et structurels

À notre connaissance, l'étude LAC (étude à long terme des dépressions chroniques) est la première étude contrôlée de psychothérapie à comparer les résultats d'une psychothérapie psychanalytique (PAT) et d'une psychothérapie cognitivo-comportementale (PCC) à long terme chez des patients souffrant de dépression chronique, avec répartition aléatoire et préférentielle. 554 patients et patientes souffrant de dépression chronique ont été interrogés dans quatre centres de traitement, 252 ont été inclus dans l'étude et ont fait l'objet d'une investigation intensive au moyen d'une série de questionnaires et d'entretiens sur une période de cinq ans.

Entretemps, les résultats les plus importants concernant les changements symptomatiques après trois ans de traitement ont été publiés dans la *Canadian Journal of Psychiatry (Revue canadienne de psychiatrie)* (Leuzinger-Bohleber et al., 2019a). Un deuxième article publié dans l'*International Journal of Psychoanalysis (Revue internationale de psychanalyse)* a comparé les résultats des changements symptomatiques et structurels (Leuzinger-Bohleber et al., 2019c). Les deux articles ont été publiés sous forme étendue en allemand dans un numéro spécial de *Psyche* (Leuzinger-Bohleber et al., 2019b ; Kaufhold et al., 2019). Peter Fonagy (psychanalyste) et John Clarkin (thérapeute comportemental) ont procédé à un examen critique détaillé de l'étude dans ce numéro spécial.

Les deux méthodes de psychothérapie se sont avérées efficaces. Les auto-évaluations des patients/patientes et les évaluations des évaluateurs en aveugle ont montré des changements importants et stables dans l'évolution des symptômes trois ans après le début du traitement. Les forces d'effet et les taux de rémission complète étaient plus élevés que dans d'autres études. Contrairement à nos hypothèses, mais en accord avec de nombreuses autres études, nous n'avons trouvé aucune différence statistiquement significative dans la réduction des symp-

tômes entre les méthodes et aucune différence d'effet entre l'attribution aléatoire de la thérapie ou le traitement avec la psychothérapie préférée après trois ans de traitement.

Cependant, si les chercheurs/chercheuses ont ajusté le microscope de la recherche différemment, il y a eu des différences. Un an après le début du traitement, les parts des *changements structurels* selon l'échelle de restructuration de Heidelberg (HSCS) ne différaient que légèrement entre la PAT (26 %) et la PCC (24 %). Au bout de trois ans, cependant, plus de patients et patientes dans la PAT (60 %) remplissaient les critères d'un changement structurel par rapport à la PCC (36 %). Des analyses plus approfondies ont montré que les changements structurels définis à l'aide de l'HSCS étaient également associés aux changements de symptômes.

L'un des points forts de l'étude LAC est qu'elle reflète bien la pratique existante de traitement des dépressifs chroniques par des psychothérapies à long terme dans le système de santé allemand et qu'elle a donc une validité externe élevée. Les thérapies ont été effectuées par des psychothérapeutes expérimenté(e)s et certifié(e)s.

Dans la suite des travaux, les variables médiatrices et modératrices seront étudiées afin de pouvoir décrire quels facteurs thérapeutiques ont conduit à quels effets dans chacune des deux méthodes. La question de savoir si certains patients bénéficient davantage de l'une des deux méthodes que de l'autre revêt une importance clinique particulière. En outre, nous espérons trouver des réponses à la question de savoir si ou quelle combinaison avec des médicaments est appropriée pour quels patients et patientes. Pour répondre à ces questions, les données des mesures de résultats secondaires sur l'adaptabilité sociale, la qualité des relations sociales, les traits de personnalité, etc. sont également utilisées.

Des analyses économiques des données sur la santé sont également nécessaires. Il ne fait aucun doute que les coûts directs de la psychothérapie sont plus faibles dans le cadre de la PCC, car le nombre moyen de séances était beaucoup plus faible (57) que dans le cadre de la PAT

¹ Cette contribution est basée sur des travaux antérieurs (Leuzinger-Bohleber et al., 2019a, c, 2020 ; Kaufhold et al., 2019), qui contiennent d'autres références.

(234 séances). Cependant, diverses études montrent que le tableau change de manière décisive dès que les coûts indirects des soins de santé (tels que les jours d'absence du travail, les séjours hospitaliers, la satisfaction de vivre, la maladie des enfants, etc.) sont tenus en compte (cf. Laezer et al., 2016, entre autres).

Comme toute étude, la LAC a ses limites. Le plus important est que l'étude a un pouvoir statistique trop faible afin de pouvoir répondre à certaines des hypothèses centrales. Le fait que nous n'ayons pas trouvé de différences statistiques entre les méthodes et les traitements randomisés et préférés peut être lié à ce manque de pouvoir statistique. Mais malgré toutes les limites, nous avons pu montrer dans cette étude complexe et exigeante sur le plan méthodologique que les thérapies psychanalytiques et cognitivo-comportementales à long terme peuvent aider les patients et patientes souffrant de

dépression chronique à obtenir une amélioration durable de leur maladie dépressive.

L'auteur

Marianne Leuzinger-Bohleber, Dr. phil., est analyste de formation (DPV/IPA) et ancien professeur de psychanalyse à l'université de Kassel. Elle a été directrice du Sigmund-Freud-Institut (SFI) à Francfort/M. de 2001 à 2016 et est aujourd'hui Senior Scientist à l'université de Mayence et au centre d'excellence IDeA à Frankfort/M. Elle a, entre autres, reçu le prix Mary Sigourney Award de 2016 et le prix Haskell Norman pour l'excellence en psychanalyse en 2017.

Contact

E-Mail : m.leuzinger-bohleber@gmx.de

Arbeitslosigkeitserfahrung, soziale Unterstützung und Depression

Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie

Stephan Müters, Lars E. Kroll, Julia Thom & Jens Hoebel

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 21–28 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-21>

Zusammenfassung: Der Verlust des Arbeitsplatzes geht mit erheblichen gesundheitlichen Folgen einher, Arbeitslose sind von Depressionen häufiger betroffen als Erwerbstätige. Der Beitrag geht der Frage nach, inwiefern der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depression durch soziale Unterstützung vermittelt wird. Dazu werden bevölkerungsweite Querschnittsdaten des Zusatzmoduls «Psychische Gesundheit» der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH, 2008–2011) verwendet und depressive Störungen anhand der DSM-IV-Kriterien des psychiatrischen Diagnoseinterviews «Composite International Diagnostic Interview» (DIA-X/M-CIDI) gemessen. Die Fallzahl für multivariate Analysen beträgt $n=2.806$ im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Frauen und Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrung sind etwa doppelt so oft von Depressionen betroffen wie Erwerbstätige ohne Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren. Der Erklärungsanteil sozialer Unterstützung am Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrungen und Depression liegt bei Frauen bei 20,8 % ($p=0.008$), bei Männern bei 15,7 % ($p=0.140$). Die Analysen betonen die Bedeutung sozialer Ressourcen für den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen.

Schlüsselwörter: Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit, soziale Determinanten, soziale Unterstützung, Depression

Einleitung

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2015) und sind mit einer grossen Krankheitslast (Murray et al., 2012) sowie einem hohen psychosozialen Versorgungsbedarf und folglich erheblichen Kosten im Gesundheitswesen verbunden (Statistisches Bundesamt, 2017). Die 12-Monats-Prävalenz einer unipolaren Depression (Major Depression oder Dysthymie) in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands wird für das Jahr 2010 auf 8,2 % geschätzt, 11,3 % bei Frauen und 5,1 % bei Männern (Jacobi et al., 2015). Depressive Erkrankungen zu verhindern, früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln, gehört seit 2006 zu den nationalen Gesundheitszielen für Deutschland (Bermejo et al., 2009).

Reviews und Metaanalysen zeigen, dass Arbeitslose häufiger von psychischen Gesundheitsproblemen wie Depressionen betroffen sind als Erwerbstätige, das Risiko ist ungefähr um das Doppelte erhöht (Paul & Moser, 2009; Herbig et al., 2013). Dabei prägen Arbeitslosigkeitserfahrungen die Biografie im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität nachhaltig negativ, denn noch viele Jahre nach Arbeitslosigkeitsepisoden lassen sich erhöhte Risiken für psychische Störungen feststellen (Stöbel-Richter et al., 2010; Strandh et al., 2014). Arbeitslosigkeit trägt dabei einerseits zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei (sog. Kausalitätshypothese), kann aber

auch die Folge einer psychischen Störung sein (sog. Selektionshypothese). Die internationale Studienlage spricht insgesamt dafür, dass die Bedeutung der Verursachung psychischer Erkrankungen durch Arbeitslosigkeit in der Regel grösser ist als die der Selektionsprozesse (Paul & Moser, 2001, 2009). Dem sozialen Netzwerk kommt bei der Bewältigung von Arbeitslosigkeitserfahrungen eine wichtige Rolle zu. In internationalen Metaanalysen und Längsschnittstudien zeigt sich, dass eine hohe soziale Unterstützung den negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit entgegenwirken kann (Bjarnason & Sigurdardottir, 2003 [1982]; McKee-Ryan et al., 2005; Milner et al., 2016a).

Epidemiologische Analysen zu Depressionen zeigen, dass die Diagnose Depression zwar mittlerweile immer häufiger gestellt bzw. von Behandelnden vergeben wird, wodurch die Diagnoseprävalenz in den letzten Jahren angestiegen ist. Die depressive Störung selbst hat in der Bevölkerung aber nicht zugenommen (Bretschneider et al., 2018). Die Routinedaten der Krankenversicherungen reflektieren hierbei Entwicklungen des Diagnose- und Kodierverhaltens von Behandelnden sowie der Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Patient*innen und sind durch die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten beeinflusst (Rommel et al., 2017). Um davon unverzerrte Ergebnisse zu erhalten, sind Daten aus Bevölkerungsstudien, die die Häufigkeit von Depressionen unabhängig vom Versorgungsgeschehen abbilden, von grosser Bedeutung.

Der vorliegende Beitrag untersucht, inwieweit soziale Unterstützung den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depressionen vermittelt. Dazu kann auf bevölkerungsweite Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zurückgegriffen werden, in denen depressive Störungen mithilfe eines klinischen Interviews standardisiert und unabhängig von ärztlicher oder psychotherapeutischer Inanspruchnahme erhoben worden sind.

Methodik

Für die empirischen Analysen wurden Daten des DEGS1-Zusatzmoduls «Psychische Gesundheit» (DEGS1-MH) verwendet, die im Zeitraum von 2009 bis 2012 im Rahmen der DEGS1-Studie erhoben wurden. Grundgesamtheit waren die im Erhebungszeitraum in Deutschland lebenden und in den Einwohnermelderegistern gemeldeten Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Die Responserate der DEGS1-Studie lag bei 62 % für wieder eingeladene Personen, die bereits am Bundes-Gesundheitssurvey 1998 teilgenommen hatten bzw. bei 42 % für erstmals eingeladene Personen (Kamtsiuris et al., 2013). 6.027 DEGS1-Teilnehmende, die am dort durchgeführten Interview und den zugehörigen Untersuchungen teilgenommen hatten, konnten als Brutto-Stichprobe für das Zusatzmodul DEGS1-MH ausgewählt werden. 5.303 Teilnehmende entsprechen einer konditionalen Responserate der DEGS1-MH-Zusatzstudie von 88 % (Jacobi et al., 2013, 2015).

Für die vorliegenden Analysen wurde eine Einschränkung des Altersbereichs auf 18 bis 64-jährige Teilnehmende vorgenommen (n=3.284). Ausgeschlossen wurden Befragte, für die keine Angabe zur Erwerbstätigkeit bzw. zu Arbeitslosigkeitserfahrungen vorlagen (n=52), sowie Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung weder erwerbstätig waren, noch Arbeitslosigkeitserfahrungen gemacht hatten (n=426). Damit konnten n=2.806 Befragte in die Analysen einbezogen werden, für die Angaben zu möglichen Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren vor dem Befragungszeitpunkt vorlagen. Die retrospektive Erfassung von Arbeitslosigkeitserfahrungen erfolgt in DEGS1 über die Angabe der Befragten, ob sie in den letzten fünf Jahren vor dem Befragungszeitpunkt arbeitslos waren. Für die Auswertungen wurden zwei Gruppen gebildet: a) Personen, die erwerbstätig sind und in den letzten fünf Jahren keine Arbeitslosigkeitserfahrung gemacht haben, und b) Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos waren oder mindestens eine Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren vor dem Befragungszeitpunkt gemacht haben.

Wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mittels der Oslo-Social-Support-Scale erhoben, die die Anzahl der Personen des primären Unterstützungsnetzwerkes sowie das wahrgenommene Interesse anderer Personen und die praktische Verfügbarkeit nachbarschaftlicher Unterstützungsleistungen erfasst. Dieser Indikator ist für europäisch vergleichbare Surveys gebräuchlich (Dalgard et al., 2006; Eurostat, 2013).

Die Diagnose einer unipolaren Depression wurde gemäss DSM-IV-TR-Kriterien der majoren Depression sowie dysthymen Störung erfasst. Sie wurde durch geschulte Interviewer*innen mit dem standardisierten klinischen Interview «Composite International Diagnostic Interview» (DIA-X/M-CIDI) erhoben (Jacobi et al., 2013).

Als Kovariablen werden neben dem Lebensalter der Bildungsstatus und das Einkommen in den Analysen berücksichtigt. Die Bildungskategorien wurden gemäss der etablierten Klassifikation «Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations – CASMIN» auf Basis von Angaben der Befragten zu ihren schulischen und beruflichen Bildungsabschlüssen gebildet (Brauns et al., 2003). Die Berücksichtigung des Einkommens erfolgt über das bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen, das sogenannte Netto-Äquivalenzeinkommen. Hier wurde zudem ein regressionsbasiertes Imputationsverfahren für fehlende Einkommenswerte eingesetzt (Lampert et al., 2013). Die Verteilung der Variablen in der Studienpopulation findet sich in Tabelle 1.

Die statistische Analyse orientiert sich am klassischen Vorgehen bei Mediationsanalysen (Baron & Kenny, 1986). Mittels logistischer Regressionen wird der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und sozialer Unterstützung sowie zwischen sozialer Unterstützung und Depressionen untersucht. Die relative Bedeutung sozialer Unterstützung für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depressionen ergibt sich aus der Reduktion der Effektstärken der Arbeitslosigkeitserfahrung aus den Ausgangsmodellen durch die Aufnahme sozialer Unterstützung in das Gesamtmodell. Für die Berechnung des Anteils des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeitserfahrungen und Depressionen, der durch Unterschiede in der sozialen Unterstützung erklärt wird, dient die Dekompositionsmethode nach Karlson, Holm und Breen (KHB-Methode). Diese Methode wird verwendet, da das klassische Vorgehen aufgrund der Nichtlinearität des logistischen Modells zu verzerrten Ergebnissen des Erklärungsanteils kommen kann (Kohler et al., 2011; Karlson et al., 2012). Nach der KHB-Methode wird eine Regression von der abhängigen Variablen auf den Mediator berechnet und die hier errechneten Residuen werden als zusätzliche Variable wieder in das Ausgangsmodell eingesetzt. Durch diese Reskalierung der Fehlervarianz können die Koeffizienten der Regressionsmodelle subtrahiert und die Erklärungsanteile berechnet werden. Die Analysen wurden mit gewichteten Daten vorgenommen. Die DEGS1-Hauptstudie ist anhand der Randverteilung der Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes für Deutschland zum Stand vom 31. Dezember 2010 durch eine Poststratifizierung an die Verteilung nach Bundesländern, Gemeindegrößenklassen, Altersgruppen, Geschlecht, Bildung und Migrationstatus anhand von Daten des Mikrozensus gewichtet (Kamtsiuris et al., 2013). Die Daten des DEGS1-MH-Moduls werden zusätzlich anhand sozioökonomischer Informationen mit dem Kehrwert ihrer Teilnahmewahrscheinlichkeit in der DEGS1-Hauptstudie gewichtet (Jacobi et al., 2013). Alle Analysen wurden mit dem Programm Stata in der Version 14.2 SE durchgeführt.

Variablen	Kategorie	Gesamt (n=2.806)		Frauen (n=1.450)		Männer (n=1.356)	
		Stichprobe (%)	Grundgesamtheit (%)*	Stichprobe (%)	Grundgesamtheit (%)*	Stichprobe (%)	Grundgesamtheit (%)*
Alter	18–29 Jahre	17,9%	22,7%	18,3%	24,1%	17,5%	21,4%
	30–44 Jahre	29,1%	34,1%	28,0%	33,5%	30,3%	34,8%
	45–64 Jahre	52,3%	43,2%	53,7%	42,5%	52,2%	43,8%
	missing	0,0%		0,0%		0,0%	
Unipolare Depression (12 Monate) (CIDI)	keine Depression	89,8%	91,2%	87,3%	87,6%	92,4%	94,7%
	Depression	8,5%	8,8%	11,0%	12,4%	5,7%	5,4%
	missing	1,8%		1,7%		1,9%	
Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten 5 Jahren	keine, aktuell erwerbstätig	77,2%	76,7%	77,4%	77,0%	77,1%	76,5%
	mind. einmal arbeitslos	22,8%	23,3%	22,6%	23,1%	22,9%	23,5%
Soziale Unterstützung (Oslo-3-Item-Scale)	gering	9,3%	10,4%	8,7%	10,3%	10,0%	10,5%
	mittel	48,9%	49,2%	47,3%	47,3%	50,7%	51,1%
	stark	41,5%	40,4%	43,8%	42,4%	39,1%	38,5%
	missing	0,3%		0,2%		0,3%	
Bildung (CASMIN)	niedrig	20,1%	26,2%	18,6%	24,9%	21,7%	27,4%
	mittel	58,4%	58,5%	61,7%	61,6%	54,8%	55,6%
	hoch	21,5%	15,3%	19,7%	13,5%	23,5%	17,0%
	missing	0,0%		0,0%		0,1%	
Einkommen	Äquivalenzeinkommen (Mittelwert)	1.581€	1.478€	1.508€	1.422€	1.660€	1.528€
	missing	0,0%		0,0%		0,0%	

* hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands zum Stand 31.12.2010

Tab.1: Beschreibung der Stichprobe der Studie DEGS1-MH, 18–64 Jahre (n=2.806)

Ergebnisse

Insgesamt liegen bei Männern und Frauen, die in den letzten fünf Jahren vor dem Befragungszeitpunkt von Arbeitslosigkeit betroffen waren, mit 13,6 % deutlich häufiger unipolare Depressionen vor als in der Vergleichsgruppe ohne Arbeitslosigkeitserfahrung mit 7,3 %. Bei Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrung ist die Prävalenz doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe ohne Arbeitslosigkeitserfahrung. Bei Männern sind Depressionen insgesamt deutlich seltener, es zeigt sich aber ebenfalls eine deutlich erhöhte Prävalenz für Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrung (vgl. Abb. 1).

Arbeitslosigkeitserfahrung ist ebenfalls deutlich mit dem Ausmass sozialer Unterstützung assoziiert. Erwerbstätige mit Arbeitslosigkeitserfahrung geben mit einem Anteil von 19,5 % deutlich häufiger an, geringe soziale Unterstützung zu erfahren als Erwerbstätige, die in den letzten fünf Jahren nicht von Arbeitslosigkeit betroffen

waren, bei denen dies nur zu 7,6 % angegeben wird (Frauen 22,9 % vs. 6,5 %, Männer 16,5 % vs. 8,7 %).

Weiterhin zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Depression. Frauen und Männer mit geringer sozialer Unterstützung weisen deutlich höhere Depressionsprävalenzen auf als Frauen und Männer, die eine mittlere oder starke soziale Unterstützung wahrnehmen. So erfüllen 20,5 % der Befragten mit geringer sozialer Unterstützung die diagnostischen Kriterien einer Depression, während die Anteile in den Vergleichsgruppen mit mittlerer und hoher sozialer Unterstützung nur bei 8,1 % bzw. 6,7 % liegen. Im Geschlechtervergleich ist die Assoziation bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern (vgl. Abb. 2).

Die in der deskriptiven Analyse gefundenen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depressionen zeigen sich auch nach Kontrolle für Alters- und Geschlechtsunterschiede sowie regionalen Disparitäten in multivariaten logistischen Regressionsmodellen. So ist

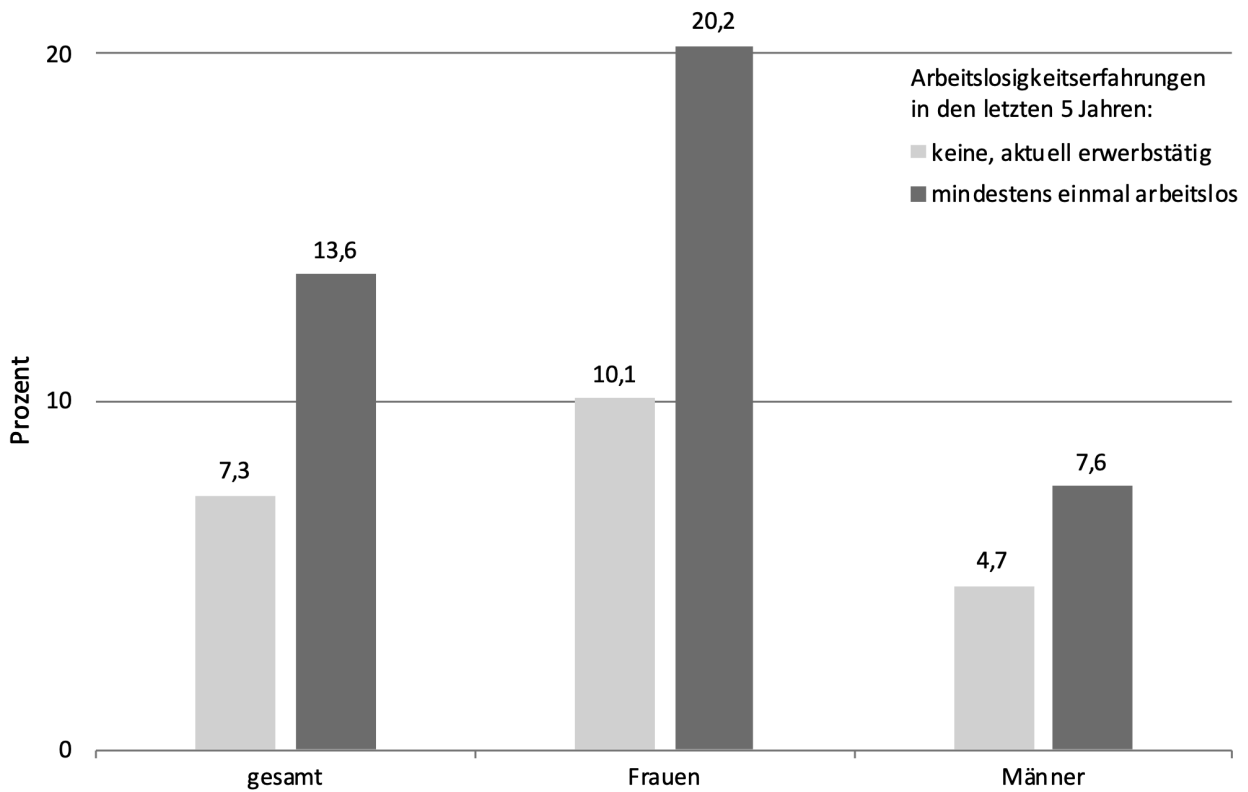


Abb. 1: Arbeitslosigkeitserfahrung und unipolare Depression (12-Monats-Prävalenz), n=2.756

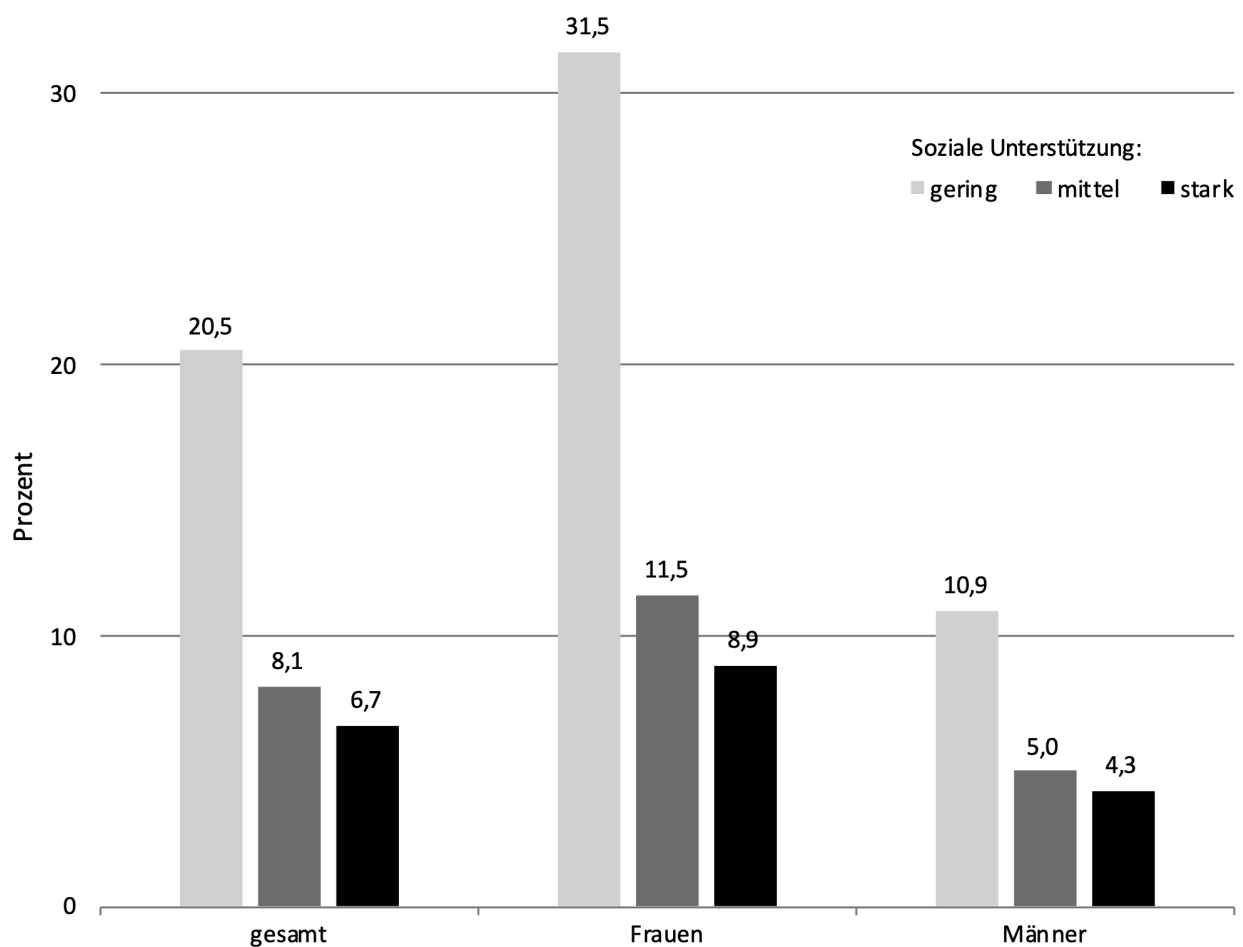


Abb. 2: Soziale Unterstützung und unipolare Depression (12-Monats-Prävalenz), n=2.749

Gesamt (n=2.748)	M 1		M 2		M 3	
	OR	p	OR	p	OR	p
<i>Arbeitslosigkeitserfahrung</i>						
nein	Ref.		Ref.		Ref.	
ja	1,99	(<0.000)	1,68	(0.006)	1,57	(0.026)
<i>Soziale Unterstützung</i>						
stark			Ref.			
mittel			1,19	(0.386)	1,17	(0.439)
gering			3,23	(<0.000)	3,20	(<0.000)
Frauen (n=1.423)						
<i>Arbeitslosigkeitserfahrung</i>						
nein	Ref.		Ref.		Ref.	
ja	2,37	(<0.000)	1,87	(0.010)	1,84	(0.018)
<i>Soziale Unterstützung</i>						
stark			Ref.			
mittel			1,24	(0.406)	1,23	(0.426)
gering			4,07	(<0.000)	4,00	(<0.000)
Männer (n=1.325)						
<i>Arbeitslosigkeitserfahrung</i>						
nein	Ref.		Ref.		Ref.	
ja	1,78	(0.055)	1,63	(0.117)	1,40	(0.345)
<i>Soziale Unterstützung</i>						
stark			Ref.			
mittel			1,17	(0.624)	1,16	(0.659)
gering			2,62	(0.013)	2,81	(0.012)
M1: Arbeitslosigkeitserfahrung, adjustiert für Alter, Ost-West, pol. Gemeindegrößenklasse, (sowie für Geschlecht im Gesamtmodell)						
M2: M1 + soziale Unterstützung						
M3: M2 + Bildung und Einkommen						

Tab. 2: Einflussfaktoren auf Depressionen; Ergebnisse multivariater logistischer Regressionen (Datenbasis: DEGS1-MH, 18–64 Jahre)

die statistische Chance einer Depression für Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrung im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren im adjustierten Modell um etwa das Doppelte erhöht, wobei dieser Unterschied bei Frauen etwas stärker ausgeprägt ist als bei Männern (vgl. Tab. 2, Modell 1).

Nach zusätzlicher Kontrolle für soziale Unterstützung (Modell 2) verringert sich der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depression vom 2-Fachen auf das 1,7-Fache, bleibt aber weiterhin statistisch signifikant. Die Reduzierung ist dabei für Frauen deutlicher als für Männer. Soziale Unterstützung ist stark mit Depressionen assoziiert, Frauen und Männer mit geringer sozialer Unterstützung haben im Vergleich zu denjenigen mit starker sozialer Unterstützung eine um das 4-fach bzw. 2,6-fach erhöhte statistische Chance einer unipolaren Depression.

Im Gesamtmodell (Modell 3) unter weiterer Kontrolle für Bildung und Einkommen zeigt sich für Frauen keine wesentliche Veränderung der Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung sowie sozialer Unterstützung und Depression.

Weitere nicht dargestellte logistische Regressionsmodelle mit geringer sozialer Unterstützung als abhängige Variablen zeigen sowohl für Frauen als auch für Männer signifikante Assoziationen zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und sozialer Unterstützung. Frauen und Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrung haben eine höhere statistische Chance einer geringen sozialen Unterstützung als aktuell Erwerbstätige ohne Arbeitslosigkeitserfahrung.

Die Mediation des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depressionen durch soziale Unterstützung wird anhand der KHB-Methode getestet. Insgesamt zeigt sich eine Mediation des Effektes von Ar-

beitslosigkeitserfahrung über soziale Unterstützung um 18,1 % ($p=0.002$) des Gesamteffektes bei Kontrolle aller Variablen des Gesamtmodells (Modell 3). Das heisst, dass knapp ein Fünftel des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeitserfahrungen und Depression durch Unterschiede in der sozialen Unterstützung erklärt werden. Bei Frauen liegt der Erklärungsanteil bei 20,8 % ($p=0.008$), bei Männern beträgt er 15,7 % ($p=0.140$).

Weiterführende, nicht dargestellte Analysen, bei denen anhand von Interaktionseffekten ein möglicher Moderationseffekt sozialer Unterstützung auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depression überprüft wurde, zeigten keine signifikanten Interaktionsterme zwischen sozialer Unterstützung und Arbeitslosigkeitserfahrung.

Diskussion

Wie dem Forschungsstand nach zu erwarten ist, zeigen die Daten des Zusatzmoduls DEGS1-MH eine höhere Verbreitung unipolarer Depressionen bei Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrung als bei aktuell Erwerbstätigen. Etwa ein Fünftel des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeitserfahrung und Depression wird über soziale Unterstützung vermittelt. Die vorliegenden Ergebnisse weisen also darauf hin, dass das erhöhte Depressionsrisiko von Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, durch eine Stärkung der sozialen Unterstützung zwar reduziert, aber nicht vollständig abgepuffert werden kann. Angesichts der Verbreitung unipolarer Depressionen kann auf einen hohen Bedarf psychosozialer Versorgung bei arbeitslosen Personen bzw. solchen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen ausgegangen werden (Berth et al., 2008).

Zu den Stärken der vorliegenden Analyse zählt, dass Depressionen mittels eines standardisierten klinischen Interviews diagnostiziert wurden und damit, im Gegensatz zu Daten gesetzlicher Krankenversicherungen, psychische Morbidität unabhängig von der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen abgebildet wurde. Die Analyse der Stichprobenausschöpfung und -zusammensetzung weist auf eine hohe Repräsentativität der DEGS1-Daten hin, die aufgrund der hohen konditionalen Response sowie der regressionsbasierten Gewichtung mit Informationen zu den Ausfallwahrscheinlichkeiten auch für das DEGS1-MH-Zusatzmodul angenommen werden kann (Jacobi et al., 2013; Kamtsiuris et al., 2013). Die Berechnung der Reduktion der Koeffizienten in den logistischen Regressionsmodellen mit der KHB-Methode erlaubt die Interpretation unverzerrter Schätzer bzw. Erklärungsanteile.

Limitationen der Aussagekraft der Ergebnisse bestehen dagegen insbesondere aufgrund der relativ geringen Fallzahl und der Verwendung von Querschnittsdaten. Mögliche Interaktionseffekte, die eine Moderation des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depression belegen würden, könnten durch die geringe Fallzahl unentdeckt bleiben. Dabei müssen sich beide Erklärungsmechanismen nicht gegenseitig ausschliessen, empirisch können sowohl mediierende als auch

moderierende Effekte sozialer Unterstützung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit gleichzeitig festgestellt werden (Milner et al., 2016a).

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrung und Depression könnte zudem in der vorliegenden Studie unterschätzt sein, da die Beteiligungsrate von arbeitslosen Personen an Surveys meist unterdurchschnittlich ist. So nehmen insbesondere diejenigen, die sich in finanziell und psychosozial prekärer Lebenslage befinden, seltener an entsprechenden Studien teil (Henkel, 2008). Weitere Verzerrungen der Ergebnisse könnten daraus resultieren, dass die psychische Gesundheit, insbesondere depressive Symptome, die Wahrnehmung sozialer Unterstützung beeinflussen kann, sodass diejenigen, die depressiv sind, subjektiv eine geringere soziale Unterstützung wahrnehmen. Sofern Personen aufgrund ihrer Depression eine ihre objektiv stabile soziale Unterstützung als subjektiv vermindert wahrnehmen, würde dies zu einer Überschätzung der Erklärungsanteile beitragen. Anhand der vorliegenden Querschnittsdaten können zudem keine Rückschlüsse bezüglich der kausalen Wirkungsrichtungen im Zusammenhang von Arbeitslosigkeitserfahrungen mit sozialer Unterstützung und Depression gewonnen werden. Künftige Studien zu dieser Fragestellung sollten nach Möglichkeit prospektive Daten verwenden, um diese Limitation der vorliegenden Studien zu überwinden.

Die hier aufgezeigten Zusammenhänge stehen im Einklang mit den Ergebnissen verschiedener Längsschnittstudien, die belegen, dass sich eine geringere soziale Unterstützung oder wahrgenommene Isolation kausal negativ auf Depressionen auswirkt (Cacioppo et al., 2010; Milner et al., 2016b). Dabei weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Frauen bezüglich ihrer psychischen Gesundheit etwas stärker als Männer von einer hohen sozialen Unterstützung profitieren (Milner et al., 2016b). Zugleich stellt soziale Unterstützung eine wichtige Ressource zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei Arbeitslosigkeit dar, wie vielfältige internationale Längsschnittstudien nachweisen (Bjarnason & Sigurdardottir, 2003 [1982]; Ziersch et al., 2014; Milner et al., 2016a). So kann die psychische Gesundheit von Arbeitslosen mit starker wahrgenommener sozialer Unterstützung besser sein als bei Erwerbstätigen mit geringer wahrgenommener sozialer Unterstützung (Milner et al., 2016a). Für arbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene zeigt sich die emotionale elterliche soziale Unterstützung als protektiv für die psychische Gesundheit (Bjarnason & Sigurdardottir, 2003 [1982]). Eine qualitativ angelegte Studie untersucht und illustriert die Wirkungsweise sozialer Netzwerke als mögliche Ressource für den erfolgreichen Umgang mit Langzeitarbeitslosigkeit. Hierbei zeigt sich, dass die Befragten neben Familie und Freunden die unterstützenden Beziehungen institutioneller Helfer*innen häufig positiv bewerten. Dazu gehören Sachbearbeiter*innen des Jobcenters, Mitarbeiter*innen von Massnahmenträgern, Sozialpädagog*innen im Bereich der Ehrenamtskoordination oder Beschäftigte des Jugendamtes, die praktische

Unterstützung oder Beratung leisten oder indirekt durch die Schaffung von Gelegenheiten zur gesellschaftlichen Teilhabe unterstützen (Klärner & Knabe, 2016). Modellprojekte zwischen Jobcentern und Krankenkassen weisen auf positive Effekte einer arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen zur Prävention psychischer Störungen hin, insbesondere wenn sie die Förderung von Selbstwirksamkeit, Kohärenzerleben und praktische Problemlösefähigkeiten adressieren (Otto & Scheel, 2014; Schreiner-Kürten et al., 2016). Da Symptome psychischer Störungen wie Antriebsmangel, Konzentrationsprobleme, Selbstzweifel und Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion die erfolgreiche Arbeitssuche erheblich erschweren, sollten Interventionen möglichst früh erfolgen (Schubert et al., 2013).

Insgesamt bleibt festzustellen, dass soziale Beziehungen eine wichtige Ressource für die Gesundheit von arbeitslosen Menschen sind. Interventionen für Arbeitslose sollten den Bereich der sozialen Unterstützung als mögliche Bewältigungsressource berücksichtigen. Wichtig ist es, institutionell Gelegenheitsstrukturen für soziale Begegnungen und Beziehungen zu schaffen, sowie soziale Teilhabe in der Arbeitslosigkeit zu fördern und aufzuwerten, wie bspw. bürgergesellschaftliches Engagement oder Nachbarschaftshilfe (Klärner & Knabe, 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen aber auch darauf hin, dass die möglichen Effekte sozialer Unterstützung begrenzt sind. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Arbeitslosigkeit und die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme dürfen darum für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit nicht vernachlässigt werden (Bambra & Eikemo, 2009).

Literatur

- Bambra, C. & Eikemo, T.A. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(2), 92–98.
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1173–1182.
- Bermejo, I., Klärs, G., Böhm, K. et al. (2009). Evaluation des nationalen Gesundheitsziels «Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln». *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52(10), 897–904.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F. et al. (2008). Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Gesundheitswesen*, 70(05), 289–294.
- Bjarnason, T. & Sigurdardottir, T.J. (2003 [1982]). Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Social science & medicine*, 56(5), 973–985.
- Brauns, H., Scherer, S. & Steinmann, S. (2003). The CASMIN educational classification in international comparative research. In J.H.P. Hoffmeyer-Zlotnik & C. Wolf (Hrsg.), *Advances in cross-national comparison* (S. 221–244). New York: Kluwer.
- Bretschneider, J., Janitzka, S., Jacobi, F. et al. (2018). Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC psychiatry*, 18(1), 394.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453–463.
- Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V. et al. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 444–451.
- Eurostat (2013). European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Eurostat, European Commission, Methodologies and Working papers.
- Henkel, D. (2008). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In D. Henkel & U. Zemplin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 10–69). Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag.
- Herbig, B., Dragano, N. & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Ärzteblatt international*, 110(23–24), 413–419.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(4), 305–313.
- Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A. et al. (2013). The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*, 22(2), 83–99.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R. et al. (2013). Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 620–630.
- Karolson, K., Holm, A. & Breen, R. (2012). Comparing Regression Coefficients Between Same-sample Nested Models Using Logit and Probit: A New Method. *Sociological Methodology*, 42, 286–313.
- Klärner, A. & Knabe, A. (2016). Soziale Netzwerke als Ressource für den Umgang mit Langzeitarbeitslosigkeit. *WSI Mitteilungen*, (5), 353–364.
- Kohler, U., Karolson, K.B. & Holm, A. (2011). Comparing coefficients of nested nonlinear probability models. *The Stata Journal*, 11(3), 420–438.
- Lampert, T., Kroll, L.E., Müters, S. et al. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie «Gesundheit in Deutschland aktuell» (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(1), 131–143.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R. et al. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal of applied psychology*, 90(1), 53–76.
- Milner, A., Krnjacki, L., Butterworth, P. et al. (2016a). The role of social support in protecting mental health when employed and unemployed: A longitudinal fixed-effects analysis using 12 annual waves of the HILDA cohort. *Social Science & Medicine*, 153(Supp. C), 20–26.
- Milner, A., Krnjacki, L. & LaMontagne, A.D. (2016b). Age and gender differences in the influence of social support on mental health: a longitudinal fixed-effects analysis using 13 annual waves of the HILDA cohort. *Public Health*, 140(Supp. C), 172–178.
- Murray, C.J.L., Vos, T., Lozano, R. et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197–2223.
- Otto, K. & Scheel, T. (2014). Psychische Gesundheit und Erwerbslosigkeit: Zusammenhänge und Interventionen. In J. Klein-Heßling & D. Krause (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt Med- hochzwei* (S. 65–76). Heidelberg.

- Paul, K.I. & Moser, K. (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), *Erwerbslosigkeit Ursachen, Auswirkungen und Interventionen Psychologie sozialer Ungleichheit*, Bd. 12 (S. 83–110). Opladen: Leske & Budrich.
- Paul, K.I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264–282.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L.E. et al. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 3–23.
- Schreiner-Kürten, K., Melzer, K. & Guggemos, P. (2016). *Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting. Gesamtbericht zur Evaluation*. Nürnberg, Berlin: Bundesagentur für Arbeit und GKV Spitzenverband.
- Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P. et al. (2013). *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Gesundheit: Krankheitskosten 2015. DESTATIS wissen nutzen Fachserie 12 (Reihe 7.2.1)*.
- Stöbel-Richter, Y., Zenger, M. & Berth, H. (2010). (Spät-)Folgen von Arbeitslosigkeit auch im Rentenalter? In T. Rigotti, S. Korek & K. Otto (Hrsg.), *Gesund mit und ohne Arbeit* (S. 395–408). Lengerich: Pabst.
- Strandh, M., Winefield, A., Nilsson, K. et al. (2014). Unemployment and mental health scarring during the life course. *European journal of public health*, 24(3), 440–445.
- Ziersch, A.M., Baum, F., Woodman, R.J. et al. (2014). A Longitudinal Study of the Mental Health Impacts of Job Loss: The Role of Socioeconomic, Sociodemographic, and Social Capital Factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(7), 714–720.

Unemployment, social support, and depression.

Results of the DEGS1-MH study

Abstract: Job loss is associated with considerable health consequences; unemployed people are affected by depression more often than employed people. The paper investigates the extent to which the connection between unemployment and depression is mediated by social support. To this end, population-wide cross-sectional data from the supplementary module «Mental Health» of the study on the health of adults in Germany (DEGS1-MH, 2008–2011) are used and depressive disorders are measured using the DSM-IV criteria of the psychiatric «Composite International Diagnostic Interview» (DIA-X/M-CIDI). The number of cases for multivariate analyses is $n=2,806$ between the ages of 18 and 64. Women and men who experience unemployment are roughly twice as likely to suffer from depression than employed persons who have not experience unemployment in the last five years. The explanatory share of social support in the connection between the experience of unemployment and depression is 20.8 % for women ($p=0.008$) and 15.7 % for men ($p=0.140$). The analyses emphasize the significance of social resources for the connection between unemployment and depression.

Key words: unemployment, social inequalities, social determinants, social support, depression

Disoccupazione, assistenza sociale e depressione.

I risultati dello studio DEGS1-MH

Riassunto: La perdita del posto di lavoro comporta conseguenze gravi per la salute. I soggetti disoccupati sono maggiormente colpiti da depressione rispetto alla popolazione degli occupati. Lo studio analizza la questione di quanto il rapporto tra disoccupazione e depressione sia mediato e influenzato dal supporto in ambito sociale. A tale scopo si ricorre all'impiego dei dati trasversali registrati nella popolazione nell'ambito del modulo aggiuntivo «Salute psichica», facente parte dello Studio sulla salute degli adulti in Germania (DEGS1-MH, 2008–2011), e alla valutazione dei disturbi depressivi, sulla base dei criteri DSM-IV e dell'intervista diagnostica psichiatrica «Composite International Diagnostic Interview» (DIA-X/M-CIDI). L'analisi multivariata prende in esame 2806 soggetti di età compresa tra 18 e 64 anni. La percentuale di donne e uomini disoccupati colpiti da depressione è il doppio rispetto a quella degli occupati negli ultimi 5 anni. La percentuale dei casi in cui il supporto in ambito sociale influenza la correlazione tra disoccupazione e depressione è risultata pari al 20,8 % nelle donne ($p=0,008$) e al 15,7 % negli uomini ($p=0,140$). I dati analizzati evidenziano l'importanza delle risorse in ambito sociale per la correlazione tra disoccupazione e depressione.

Parole chiave: disoccupazione, disuguaglianza sociale, determinanti sociali, assistenza sociale, depressione

Die Autor*innen

Stephan Müters, Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut Berlin.

Lars E. Kroll, Dr., ehemals Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut Berlin.

Julia Thom, Fachgebiet Psychische Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut Berlin.

Jens Hoebel, Dr., Fachgebiet Soziale Determinanten der Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut Berlin.

Kontakt

Jens Hoebel
E-Mail: j.hoebel@rki.de
Stephan Mueters
E-Mail: MuetersS@rki.de

Expérience du chômage, de l'aide sociale et de la dépression

Résultats de l'étude DEGS1-MH

Stephan Müters, Lars E. Kroll, Julia Thom & Jens Hoebel

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 29–30 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-29>

Mots clés : Chômage, inégalité sociale, déterminants sociaux, soutien social, dépression

La dépression est l'un des troubles mentaux les plus courants dans la population générale (Jacobi et al., 2015) et est associée à une lourde charge de morbidité (Murray et al., 2012) ainsi qu'à un besoin élevé de soins psychosociaux et donc à des coûts considérables dans le système de santé (Office fédéral des statistiques, 2017). La prévention des troubles dépressifs, leur détection précoce et leur traitement durable est l'un des objectifs nationaux de santé pour l'Allemagne depuis 2006 (Bermejo et al., 2009). Des études internationales montrent que le risque de dépression est environ deux fois plus élevé chez les chômeurs que chez les salariés (Paul & Moser, 2009 ; Herbig et al., 2013). Les expériences de chômage ont un impact négatif durable sur la biographie dans le sens d'une vulnérabilité accrue, car même de nombreuses années après les épisodes de chômage, des risques accrus de troubles mentaux peuvent encore être identifiés (Stöbel-Richter et al., 2010 ; Strandh et al., 2014). Le réseau social joue un rôle important pour faire face aux expériences de chômage (Bjarnason & Sigurdardottir, 2003 [1982] ; McKee-Ryan et al., 2005 ; Milner et al., 2016a). Ce document examine dans quelle mesure le soutien social joue un rôle de médiateur dans le lien entre l'expérience du chômage et la dépression.

À cette fin, les données sur l'ensemble de la population provenant du module supplémentaire « Santé mentale » (DEGS1-MH, Jacobi et al., 2013, 2015) de l'étude sur la santé des adultes en Allemagne (DEGS1), dans laquelle les troubles dépressifs selon les critères du DSM-IV-TR de dépression majeure et de trouble dysthymique ont été évalués avec l'entretien clinique standardisé « Composite International Diagnostic Interview » (DIA-X/M-CIDI), indépendamment de l'utilisation médicale ou psychothérapeutique (Jacobi et al., 2013). La population était composée d'adultes âgés de 18 à 79 ans vivant en Allemagne et inscrits dans les registres de population pendant la période d'enquête de 2009 à 2012 (Kamtsiuris et al., 2013). Pour les analyses, $n=2\ 806$ répondants âgés de 18 à 64 ans ont pu être inclus. Pour calculer la proportion de la corrélation entre l'expérience du chômage et la dépression qui s'explique par les différences de soutien

social, la méthode de décomposition selon Karlson, Holm et Breen est utilisée (méthode KHB, Kohler et al., 2011 ; Karlson et al., 2012).

Après contrôle des différences d'âge et de sexe, des disparités régionales, de l'éducation et des revenus, les modèles de régression logistique montrent que le risque statistique de dépression pour les personnes ayant une expérience du chômage est environ deux fois plus élevé que pour les personnes sans expérience du chômage au cours des cinq dernières années. Les analyses sur la médiation du lien entre l'expérience du chômage et la dépression par le biais de l'aide sociale à l'aide de la méthode KHB donnent une part explicative de 18,1 % ($p=0,002$) de l'effet global lorsque toutes les variables du modèle global sont contrôlées. Pour les femmes, la part explicative est de 20,8 % ($p=0,008$), pour les hommes de 15,7 % ($p=0,140$).

Une distorsion des résultats pourrait résulter du fait que les symptômes dépressifs peuvent influencer la perception du soutien social, de sorte que les personnes dépressives perçoivent subjectivement moins de soutien social. Si les gens perçoivent leur soutien social objectivement stable comme étant subjectivement diminué en raison de leur dépression, cela contribuerait à une surestimation des facteurs explicatifs. De plus, les données transversales disponibles ne permettent pas de tirer de conclusions quant à l'impact causal des expériences de chômage avec l'aide sociale et la dépression.

Comme on peut s'y attendre selon l'état de la recherche, les données du module supplémentaire DEGS1-MH montrent une prévalence plus élevée de la dépression unipolaire chez les personnes ayant une expérience du chômage que chez les personnes actuellement employées sans expérience du chômage. Environ un cinquième du lien entre l'expérience du chômage et la dépression est transmis par l'aide sociale. Les résultats disponibles indiquent donc que le risque accru de dépression chez les personnes touchées par le chômage peut être réduit par un renforcement de l'aide sociale, mais qu'il ne peut être totalement amorti. Les corrélations présentées ici sont conformes aux résultats de diverses études longi-

tudinales qui montrent qu'un soutien social moindre ou un isolement perçu a un effet négatif sur les dépressions (Cacioppo et al., 2010 ; Milner et al., 2016b). Les résultats indiquent que les femmes bénéficient un peu plus que les hommes d'un niveau élevé de soutien social en ce qui concerne leur santé mentale (Milner et al., 2016b).

Dans l'ensemble, on peut affirmer que les relations sociales sont une ressource importante pour la santé des chômeurs (Bjarnason & Sigurdardottir, 2003 [1982] ; Ziersch et al., 2014 ; Milner et al., 2016a). Les interventions en faveur des chômeurs devraient considérer le domaine de l'aide sociale comme une ressource d'adaptation possible. Il est important de créer des structures institutionnelles permettant des rencontres et des relations sociales, ainsi que de promouvoir et d'améliorer la participation sociale au chômage, comme l'engagement civique ou l'aide de voisinage (Klärner & Knabe, 2016). Toutefois, les résultats de la présente étude indiquent également que les effets possibles de l'aide sociale sont limités. Les conditions-cadres sociales du chômage et la conception des systèmes de sécurité sociale ne doivent donc pas être négligées lorsque l'on examine la relation entre le chômage et la santé (Bambra & Eikemo, 2009).

Les auteurs

Stephan Müters, Département des déterminants sociaux de la santé, Département d'épidémiologie et de surveillance de la santé, Institut Robert Koch de Berlin.

Lars E. Kroll, Dr., anciennement au département des déterminants sociaux de la santé, département d'épidémiologie et de surveillance de la santé, Institut Robert Koch de Berlin.

Julia Thom, Département de santé mentale, Département d'épidémiologie et de surveillance de la santé, Institut Robert Koch de Berlin.

Jens Hoebel, Dr., Département des déterminants sociaux de la santé, Département d'épidémiologie et de surveillance de la santé, Institut Robert Koch de Berlin.

Contact

Jens Hoebel
E-Mail : j.hoebel@rki.de
Stephan Mueters
E-Mail : MuetersS@rki.de

Der Gestalttherapeutische Ansatz bei depressiven Erfahrungen¹

Gianni Francesetti & Jan Roubal

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 31–38 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-31>

Zusammenfassung: Man unterscheidet Trauer und depressive Erfahrung, um damit das Kernstück des Leidens einer Person zu beschreiben, die sich in einer Depression befindet. In der Trauererfahrung wird eine Person oder Situation unerreichbar, und darin liegt der erlittene Verlust. Die Erfahrung einer melancholischen Depression ist anders: verlorengegangen ist das, was das Subjekt mit dem Gewebe verankert, das es mit der Welt verbindet. Es wird eine radikal relationale Herangehensweise zu Depressionen eingeführt, bei der untersucht wird, wie Klient*in und Therapeut*in sich im Hier und Jetzt der Therapiesituation gegenseitig deprimieren.

Schlüsselwörter: Gestalttherapie, Depression, Trauer, Psychopathologie, Funktionen des Selbst

«Die Hölle ist, wo sich nichts verbindet.»

T.S. Eliot

Kurzer diagnostischer Abriss

Laut der Weltgesundheitsorganisation sind weltweit Hunderte Millionen Menschen von Depressionen betroffen und es ist eine sehr häufige Erfahrung bei Psychotherapie-Klient*innen. Mindestens 20 % der Frauen und 12 % der Männer erleben in ihrem Leben eine Depression und 15 % der depressiven Menschen setzen ihrem Leben per Suizid ein Ende (Akiskal, 2000). Der Begriff «Depression» (aus dem Lateinischen, *Druck nach unten*) wurde in der Psychiatrie zur Beschreibung eines Zustands niedergeschlagener Stimmung erstmals Ende des 19. Jahrhunderts verwendet. Davor wurden solche Phänomene als *Melancholie* diagnostiziert. Gemäss dem psychiatrischen Diagnosesystem (DSM-IV, ICD-10) leidet die depressive Person unter einer affektiven Störung, die gekennzeichnet ist durch niedergeschlagene Stimmung, Abnahme von Antrieb und Aktivität, verringertem Vermögen Angenehmes zu empfinden und gesteigerter Müdigkeit. Die Schwere einer Depression wird anhand einer Kriterienliste gemessen. Der Begriff «Depression» wird für eine Vielzahl an Erfahrungen unterschiedlicher Schwere verwendet, die auch eine natürliche Reaktion auf grosse Veränderungen im Leben sein können. Der exponentielle Anstieg bei der Diagnose Depression und dem Verschreiben von Antidepressiva ist – zum Teil – das Resultat eines grossen diagnostischen Problems in diesem Teil des nosografischen Systems: Vieles, was als Depression bezeichnet wird, ist eine Reaktion auf Verluste und Stresssituationen und erhält eine Diagnose und Behandlung, als handle es sich um depressive Erfahrungen. Auch die leidenschaftlich geführte Diskussion über die Wirksamkeit von Antidepressiva sollte im Licht der Diagnose gesehen werden:

Wenn Medikamente auch Menschen verschrieben werden, die nicht tatsächlich an einer Depression leiden, können die Ergebnisse natürlich nicht besser sein als mit einem Placebo. Tatsächlich muss die Forschung zur Wirksamkeit der Medikamente auf einer eindeutigen und umsichtigen diagnostischen Bewertung basieren. Unserer Erfahrung nach müssen Antidepressiva bei der melancholischen Depression erwogen werden (erfolgt dies nicht in diesen Situationen, so ist dies ein Behandlungsfehler); sie sollten jedoch nicht eingesetzt werden, nur weil sich Klient*innen aufgrund eines Verlustes in einem Stimmungstief befinden (sie in solchen Situationen ohne weiteres Abwägen einzusetzen, ist auch ein Behandlungsfehler). Es ist also ganz essenziell, zu unterscheiden – zumindest – zwischen einem Zustand, der eine Reaktion auf einen Verlust ist (wie der Trauerprozess) und einem Zustand, den wir melancholische Depression nennen können. Wir verweisen hierzu auf die in Fussnote 1 genannten Hinweise zur Vertiefung des Themas.

Depressive Erfahrungen: ein Gestalt-Ansatz

Wir werden nun versuchen, die depressive Erfahrung in einen sinnvollen Rahmen zu bringen, der aus einer phänomenologischen Gestalt-Perspektive² (Roubal, 2007; Francesetti & Gecele, 2009, 2011) stammt. Wir

1 Dieser Aufsatz basiert auf unserem Kapitel in Francesetti et al. (2013). Wir empfehlen dieses sowie Francesetti (2014) zur weiterführenden Lektüre.

2 Siehe Galimberti (1987, 2003); Borgna (1988, 1992, 1994, 2008); Blankenburg (1971); Kimura (2000, 2005); Callieri (2001); Rossi Monti (2002); Minkowski (1933); Binswanger (1960); Stanghellini (2006); Maldiney (1991); Gozzetti (2008); Salonia (1989, 2001a, b, 2005, 2008, 2010); Melnick & Nevis (1998); Greenberg et al. (1998); Amendt-Lyon (1999); Spagnuolo Lobb (2001a, b, 2005, 2007); Staemmler (2004); Vázquez Bandín (2005); Van Baalen (2010); Bloom (i. V.).

werden uns darauf konzentrieren, wie Patient*in und Therapeut*in zusammen von einem depressiven Feld betroffen sind. Auch wenn wir bisweilen (aus Kommunikationsgründen) den Ausdruck «der/die Patient*in ist depressiv» verwenden, ist unsere Grundhaltung stets Feld-basiert, ist uns doch auch immer gegenwärtig, dass Patient*in und Therapeut*in im Hier und Jetzt als Ergebnis der Kräfte des phänomenalen Felds *gemeinsam deprimieren* (Francesetti, 2019a, b; Francesetti & Roubal, i. V.). Zur Ausrichtung der Arbeit in der Therapie muss die wichtige Unterscheidung zwischen der Reaktion auf einen Verlust und einer melancholischen Depression vorgenommen werden.

Trauer: die Anwesenheit der Abwesenheit

Wir müssen unterscheiden zwischen *Traurigkeit* (als ein Ausdruck des Trauerns) und Depression. Diese Unterscheidung findet man bereits im frühen psychoanalytischen Werk von Abraham und dann bei Freud (1925 [1917]) in dessen klassischem Artikel «Trauer und Melancholie». Die Erfahrungen Depression und Traurigkeit können ähnliche Symptome zeigen, in der Praxis ist es jedoch äusserst wichtig, diese zu unterscheiden. Arbeitet man bei Depression und Traurigkeit psychotherapeutisch mit demselben Ansatz, kann dies Patient*innen sogar schaden (Smith, 1985). Trauer ist ein Weg, mit einem schwerwiegenden Verlust zurechtzukommen. Hier fokussieren wir uns auf den Verlust durch Tod, eine ähnliche Beobachtung kann bei anderen lebensverändernden Ereignissen beobachtet werden, die mit Verlust zu tun haben, wie eine Abtreibung, eine Entlassung, einem Geflüchteten-Dasein. Der erforderliche Assimilationsprozess ist analog dem, der bei einem Verlust durch Tod nötig ist.

Das Trauern hilft der Person sich zu assimilieren, nicht nur in Bezug auf den erlittenen Verlust, sondern auch in Bezug auf ihre Beziehungserfahrung mit der Person, die nicht mehr da ist. Eines der Geschenke, die uns der Tod gibt, ist, dass er die Schönheit der verstorbenen Person aufzeigt. Ihre Abwesenheit zeigt die Tiefe und den Wert ihres Daseins. Die negative Seite davon ist für die Zurückbleibenden, dass sie ihre eigene Abwesenheit im Dasein der geliebten Person entdecken: «*Warum habe ich nicht erkannt, wie wichtig, wundervoll und reich es war, mit ihm/ihr zusammen zu sein?*» Die Trauerphase dient dazu, eine *doppelte Loyalität* herzustellen: zur Beziehung, die verloren gegangen ist, und zum Leben, das weitergehen muss. Ist diese hergestellt, ist die Trauerphase zu Ende (zumindest für diesen einen Lebensabschnitt). Trauer ermöglicht dem Leben, den Reichtum aus der vergangenen Beziehung zu erhalten (Cavaleri, 2007) und sich wieder in den nie versiegenden Brunnen des Neuen zu begeben.

Unmittelbar nach dem Todesfall steht die Unerreichbarkeit im Vordergrund, aber mit der Zeit kommen Erinnerungen hoch, ein Bewusstsein, dass man mit der verlorenen Person zusammen war, und dessen, was man zusammen erfahren hat. Auf diese Weise wird die Erfahrung der Beziehung assimiliert und das Subjekt erreicht

Schritt für Schritt einen Status der *Präsenz in Abwesenheit*. Die zurückgebliebene Person lernt, den Verlust mit sich zu tragen und entwickelt dabei eine neue Fähigkeit des «Seins mit» der anderen Person und eine neue Art der Treue.

Trauern ist im Grunde eine Phase der Assimilation, eines Kontakts nach dem Tod. Es ist eine Phase der Kontaktabfolge, bei der der Andere für die Sinne nicht mehr präsent ist. Und dennoch ist es kein rein reflektierendes Phänomen. Die Sinne sind intensiv involviert, denn über sie wird die Abwesenheit der geliebten Person wahrgenommen. In der Trauer bin ich bei dem Anderen und gleichzeitig ist es absolut unmöglich, ihn/sie zu erreichen: Ich bin gänzlich in der Präsenz der Abwesenheit. Trauern ist daher ein notwendiger und kreativer Zeitabschnitt, der mir ermöglicht, mich dem zu assimilieren, was ich mit der Person wurde, die ich verloren habe und die ich werde ohne sie.

Melancholische Erfahrung: die Abwesenheit der Anwesenheit

Die melancholische (endogene oder psychotische) Depression, im Allgemeinen nicht unmittelbar verbunden mit Ereignissen im Leben der Patient*innen (sie können aber als Auslöser von Bedeutung sein), stellt eine extreme Form der Depressionserfahrung dar, bei der qualitativ neue Phänomene auftreten können.³ Der Mensch erlebt nicht so sehr ein Gefühl der Niedergeschlagenheit als vielmehr eine andauernde körperliche Schwere: «Es ist, als würde permanent ein Stein auf meinen Brustkorb drücken.» «Es ist, als würde alles Leben aus mir herausgepresst». Er kann das Fehlen jeglicher Empfindung, ein Taubheitsgefühl, ein Gestrandetsein in einer emotionalen Wüste erfahren. Der Körper ist unempfindlich und fühlt sich dabei schwer oder leer an. Der Mensch erfährt Kraftlosigkeit, was dazu führen kann, dass psychomotorische Funktionen bis zum Punkt des bewegungslosen Stupors verlangsamt sind. Appetitlosigkeit tritt auf. Der Mensch wacht morgens unnötig früh auf, kann Suizidgedanken haben, fantasieren und Trugbilder haben, oftmals gepaart mit Schuldgefühlen, Gedanken des Untergehens oder Hypochondrie.

Auch die Persönlichkeitsfunktion verändert sich. Dies kann rangieren von einem sich schlicht nicht in der Lage Fühlen, den normalen Anforderungen gewachsen zu sein, bis hin zu einem schwerwiegenden Verlust der Identität. Die daraus resultierende Beeinträchtigung besteht darin, dass die Person beruflich und sozial nicht mehr funktioniert und ihrer elterlichen oder familiären Verantwortung nicht mehr gerecht werden kann. «*Ich halte deine Hand nur, weil ich weiss, dass wir das so gemacht haben. Aber ich erfahre nur Leere.*» Der Mensch verliert die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, verliert die Übersicht, das Streben nach etwas und das Gefühl für Verantwortung.

³ Einige spezifische (psychotische) Phänomene tauchen bei der Melancholie auf. Wir können uns das Kontinuum der depressiven Erfahrung als Wasser vorstellen, das kälter und kälter und schliesslich zu Eis wird.

Die persönliche Geschichte kann sich verdreht darstellen, sogar bis zu einer illusionären «Rekonstruierung» von Fehlern in der Vergangenheit, die jeglicher Basis in der Realität entbehren. Angesichts derartig tiefgehender Störungen in Bezug auf die *Es*- und die *Persönlichkeits*-Funktionen des Selbst, kann die Ich-Funktion komplett untergegangen sein. Wenn sie nicht mit der *Es*-Funktion koexistieren kann, kann es keine Identifizierung mit und auch keine Entfremdung von Elementen des Feldes und daher keine Wahl geben.

Die Remission nach einer Episode (die Wochen, Monate und ohne eine passende Therapie auch Jahre andauern kann) ist normalerweise vollständig und Patient*innen beschreiben ihre melancholischen Erfahrungen als einen Albtraum, als *andere Dimension*, die so weit von ihrem normalen Leben entfernt ist, dass sie sich kaum klar daran erinnern können. Episoden können bei einem Menschen wiederholt auftreten, bisweilen in Abwechslung mit manischen Perioden. Es kann auch Situationen geben, in der sich Melancholie mit Euphorie vermischt. Die Prognose für einzelne Episoden ist relativ gut, da diese häufig vollständig in Remission gehen. Wir verbleiben jedoch immer in der Unsicherheit, ob und wie oft Symptome wieder auftreten. In einigen Fällen kann es auch zu einem mildereren chronisch depressiven Zustand kommen.

Das Selbst und seine Funktionen in der melancholischen Erfahrung

In der Trauererfahrung wird eine bestimmte Person oder Situation unerreichbar und darin liegt der Verlust, der erlitten wird. Die Erfahrung der melancholischen Depression ist anders: verloren ist etwas, das das Subjekt mit dem Gewebe, mit der Welt verbindet. In ersterem Fall verliert man das Andere, zu dem man eine emotionale Bindung hat, bei letzterem verliert man die Umstände, die eine solche Bindung ermöglichen.⁴ Die Erfahrung der melancholischen Depression stellt eine extreme Form einer ununterbrochenen Folge depressiver Erfahrungen dar. Dies gibt uns die Möglichkeit, die Dynamiken der depressiven Erfahrung zu verstehen, und wird umso evidenter, je schwerer die jeweilige Depression ist.

Die Schwere der Depression eines Menschen kann auch über dessen Entfernung vom *Zwischenraum* gemessen werden, über den Grad, zu dem er von der Kontaktgrenze entfernt sind. Der *Zwischenraum* ist die gemeinsame Basis, die wir laufend an der Kontaktgrenze schaffen. Dies ist das Gewebe, das uns, Moment für Moment, mit der Welt und dem Leben verbindet. In der Melancholie gibt es diesen gemeinsamen Platz nicht mehr und er kann daher auch nicht mehr überschritten werden. Hierin liegt die einzigartige Eigenschaft der melancholischen Erfahrung. Der *Zwischenraum* steht als Treffpunkt nicht mehr zur

Verfügung. Er ist stattdessen zu einem unüberwindlichen kosmischen Abgrund geworden. In so einem Zustand ist die Ich-Funktion womöglich auf null reduziert, in einen Zustand des Stupors, in dem nichts vor sich geht. Die *Es*-Funktion (die prä-reflexive Funktion, die uns vor dem Riss zwischen Selbst und Welt, Organismus und Umfeld, mit der Welt verbindet) nimmt stattdessen eine signifikantere Rolle ein. Es ist eine Störung beim *Es* der Situation (Robine 2011), dort, wo die Quelle schlechthin für Subjektivität, Zeit, Raum und Intentionalität – das Leben – geschaffen wird.

Die tiefgehende Störung der *Es*-Funktion bedeutet, dass es unmöglich ist, eine Kontaktfigur zu schaffen. Die Störung ist zentral bei der Schwierigkeit der Therapeut*innen, eine Verbindung mit ihren Patient*innen herzustellen, mit der das übliche Kommen und Gehen von Resonanzen, Konsonanzen und Dissonanzen gewährleistet wird, die den therapeutischen Raum und die therapeutische Zeit füllen sollten. Kurz gesagt, es gibt keinen Widerhall im therapeutischen *Zwischenraum*. Eine zentrale Facette der depressiven Erfahrungen ist das Fehlen jeglichen Interesses. Dies bedeutet nicht nur einfach, dass das Subjekt sich von nichts angezogen fühlt oder sich an nichts beteiligt. Es hat die noch radikalere Auswirkung, dass es nicht mehr im «inter» des «esse» ist, dass es in gewissem Sinn aus dem Im-Zwischenraum-Sein, aus dem Nervenzentrum, in dem all die unendlichen Stränge des Lebens verwoben sind, entfernt ist (Bonani, 2009). Das Gefühl der Leblosigkeit, was vielleicht das charakteristischste Merkmal der Depression ist, ist eindeutig eine Manifestation dieses Zustands. Für ein gesundes Wachstum des Selbst ist es nötig, dass der Organismus gleichzeitig von der Welt getrennt und mit ihr verbunden ist. Es ist diese Verbindung, die in der melancholischen Erfahrung fehlt, während es bei der schizophrenen Erfahrung die Entwicklung der Abtrennung und der Grenzen ist, die fehlt (Francesetti, 2011, 2014). Die depressive Erfahrung ist Ausdruck eines Beziehungsfelds. Zeit und Raum sind jene Bahnen, die wir auf unserem Weg zum Geliebten und Notwendigen selbst erschaffen. Sie sind beziehungsabhängige Variablen, die durch die Triebkraft der Reise per se generiert werden, die niemals nur eine einzige Bewegung ist, sondern immer auch eine Co-Bewegung. Fehlt diese Bewegung, erleben wir den Abgrund, der uns trennt. Diese affektive Brücke, auf der unser ureigenes Selbst gründet und der unserer Subjektivität entstammt, ist verloren gegangen. Depressive Erfahrungen sind der Ausdruck einer bestimmten relationalen Erfahrung in einer Person: der Unmöglichkeit des Erreichens des Anderen. Genauer gesagt: *Depression ist die Art, in der das Subjekt das Aufgeben der Hoffnung angesichts dessen erlebt, dass seine Versuche, den Anderen zu erreichen, fehlschlagen*. Depression kann als ko-konstruiertes Beziehungsphänomen gesehen werden, das drei intrinsische und wesentliche Merkmale hat: eine tiefgehende Verbundenheit, bei der das Andere geliebt wird und notwendig ist, das Fehlschlagen aller Bemühungen, das Andere zu erreichen, und die emotive Abwesenheit des Anderen in der Beziehung.

⁴ Hier verlassen wir die psychoanalytische Perspektive, gemäss der die Melancholie in einem unbewussten Verlust eines Objekts besteht, der auf das Ich übertragen wird – und hierin liegt der Unterschied zur Trauer, bei der der Verlust auf die äussere Welt übertragen wird (Freud, 1925 [1917]).

Die therapeutische Erfahrung

Im üblichen Aufbau des Beziehungsfelds wiederholt sich in aller Regel auch die therapeutische Situation. Therapeut*innen werden Teil der «depressiven Organisation» des Feldes. Die übliche Reaktion der Familie oder nahestehender Personen zum depressiven Zustand eines Menschen ist entgegengesetzt. Zunächst wollen sie Mut zusprechen: «*Komm, das ist schon bald wieder in Ordnung. Lass uns was Schönes unternehmen. Das hilft Dir, da herauszukommen.*» Später, wenn diese Bemühungen keine Früchte tragen und Erschöpfung eintritt, versuchen sie, sich zu schützen und sich von einem depressiven Menschen zurückzuziehen (oftmals mehr oder weniger versteckt aggressiv).

Therapeut*innen finden sich im selben Beziehungsmuster wieder und spüren Impulse, die beschriebenen Reaktionen gegenüber dem depressiven Menschen zu wiederholen. Dank ihres Bewusstseins haben Therapeut*innen die Möglichkeit, aus diesem starren Beziehungsmuster herauszutreten – bleiben für einen Kontakt zugänglich, weisen weder sich noch Patient*innen Schuld zu, geben die Hoffnung nicht auf. Damit ändern sie den starren Feldaufbau und öffnen auch für ihre Patient*innen einen Raum für eine Veränderung.

Angst ist eine übliche erste Reaktion im Umgang mit schwer depressiven Patient*innen. Dies kann die Form eines undefinierten, aber kraftvollen Gefühls des Unbehagens oder eine intensive Angst um die Patient*innen annehmen. Manchmal mögen sich Therapeut*innen wünschen, Patient*innen zu entkommen oder sie zu jemand anderem zu schicken, der sich um ihn kümmert. Es ist wichtig, diese Erfahrungen in ihrem Feldkontext zu sehen. Alle diese Reaktionen spiegeln wider, dass Therapeut*innen das fehlende Fundament des Beziehungsfelds wahrnehmen. Aus diesem Grund stellt die Beteiligung eines Dritten einen wichtigen Anker dar (Francesetti & Gecele, 2009, 2010). Dies kann in Form einer pharmakologischen Unterstützung, einer Supervision, eines Treffens mit Kolleg*innen oder einer weiteren Schulung in Theorie sein (was hoffentlich auch die Lektüre dieses Aufsatzes einschliesst).

Ein anderer Aspekt der Gegenübertragung betrifft die Nebenwirkungen davon, dass sich Therapeut*innen in das depressive Feld begeben. Der depressive Zustand bewirkt, dass sie sich am Rande eines Abgrunds bewegen, sich fühlen, als zerre sie ein grosses Gewicht nach unten in den Abgrund, in ein Vakuum, in eine Einsamkeit, in eine Angst und in ein extremes Unvermögen, wo es keine Orientierung gibt. Dies kann zu Gefühlen von Zorn führen, und dieser wiederum zu einer Selbstentwertung: «*Ich bin der Arbeit mit diesem Menschen nicht gewachsen.*» Oder sie verlieren den Glauben an ihre Ausbildung und ihren Beruf: «*Der von mir gewählte therapeutische Ansatz gibt mir nichts an die Hand, um mit diesem Menschen umzugehen.*» «*Psychotherapie hilft bei diesem Menschen überhaupt nicht; er braucht einfach nur Medikamente!*»

Die Erfahrungen der Therapeut*innen mit depressiven Patient*innen können mit einer übergreifenden Metapher

der «magnetischen Kraft der Depression» beschrieben werden (Roubal, 2010). Therapeut*innen fühlen sich von der Patient*innenerfahrung angezogen wie von einem Magneten. Sie wahren dann entweder einen sicheren emotionalen Abstand, indem sie sich hinter einer professionellen Haltung verbergen, die depressive Erfahrung nicht an sich heranlassen und dabei eine unangemessene Verantwortung für die gesamte Situation übernehmen. Oder sie kommen näher, indem sie die depressive Erfahrung der Patient*innen bis zu einem gewissen Grad teilen. Die therapeutischen Erfahrungen bestehen in einem Abstürzen, in Einsamkeit, Hilflosigkeit, Scham, Schwere. In diesem Fall kann es sein, dass Therapeut*innen sich der «depressiven Ansteckungsgefahr» ausgesetzt sehen, sie erfahren: «*Das ist zu viel für mich!*», und reagieren mit Selbstschutz und/oder Aggression gegenüber Patient*innen: «*Si/er ist unerträglich. Si/er braucht mich, ich bin da und strecke meine Hand aus, aber si/er kann sie nicht sehen!*» «*Nichts, was ich mache, ist von irgendeinem Nutzen, also kann si/er machen, was si/er will und mehr ist nicht drin!*» Es kann sein, dass Therapeut*innen versucht sind, sich Patient*innen zu widersetzen oder sie herauszufordern: «*Ok, dann schauen wir mal, was stärker ist: mein Engagement oder deine Unbeweglichkeit!*»

Für Therapeut*innen ist es wichtig, sich ihrer Erfahrung bewusst zu sein und Patient*innen nicht dafür verantwortlich zu machen, denn das Verantwortlichmachen ist ein deutliches Merkmal eines depressiven Feldaufbaus. Therapeut*innen können die Metapher der «magnetischen Kraft der Depression» verwenden und ihre Erfahrung würde anzeigen, wie stark die «magnetische Kraft» der Depression und was ihre Position dazu ist.

Therapeut*innen selbst sind im depressiven Feldaufbau in Gefahr. Es kann sein, dass sie von der Depression eines Menschen «infiziert» und ebenfalls depressiv werden. Es gibt ein klinisch beobachtetes Phänomen, dass sich Gefühle im Zusammenhang mit einer Depression bei interpersonellen Kontakten verbreiten. «Die Ansteckungsfähigkeit der Depression» ist ein theoretisches Konzept, das als Hilfsmittel fungiert, um «Träger*innen» der Depression besser verstehen zu können, und das nicht dazu dient, ihm Schuld zuzuweisen. Dieses Konzept wird durch die Metaanalyse von 40 Forschungsprojekten (Joiner & Katz, 1999) gestützt, womit die Aussage: «depressive Symptome sind in engen Beziehungen ansteckend»⁵ hinreichend untermauert wird.

Die Aufgabe der Therapeut*innen ist es, anwesend zu bleiben, wo es so leicht wäre, abzutauchen, einzuschlafen oder die Beherrschung zu verlieren, nicht depressiv zu werden, wo es so leicht wäre, die Hoffnung zu verlieren. Solche Situationen stellen die mühevollsten Aufgaben für Psychotherapeut*innen dar: Sie stellen sich Patient*innen

5 Es gibt diverse Hypothesen zur Erklärung des Mechanismus, zum Beispiel exzessive Suche nach Unterstützung, exzessive Selbstenthöhung, emotionale Übertragung, Belastung, assortative Paarung, Attributionstheorien, gemeinsame Geschichte, Selbstbestätigung, Nachahmung.

zur Verfügung, wobei ihre Es-Funktion einen Abgrund erfährt. Wie kann man so eine Höhle, so einen Abgrund bewohnen?

Sämtliche therapeutischen Erfahrungen sollten zu Bewusstsein gebracht werden, weil sie eine Art des Mit-dem-Anderen-Sein im Beziehungsfeld darstellen. Die Feldperspektive bietet Therapeut*innen in zweierlei Hinsicht Unterstützung: Sie ermöglicht ihnen, sich ihrer Emotionen zu erklären und gleichzeitig zu handeln. Allein dadurch, dass sie sich fragen: «*Wie geht es uns jetzt in unserem gemeinsamen Niederdrücken?*», können sie die Situation wieder einfangen.

Vorschlag für einen therapeutischen Ansatz⁶

Eine depressive Erfahrung ist wie ein Sumpf, für Patient*innen wie Therapeut*innen. Es ist sinnlos, in einen Sumpf zu springen, ehrgeizige therapeutische Ziele zu haben, Optimismus zu fordern. Je mehr Therapeut*innen Patient*innen zum Springen anspornen, desto tiefer versinken diese. Stattdessen braucht es kleine Bewegungen, die geduldig nach den kleinen Quellen für eine Unterstützung suchen. Therapeut*innen erzwingen keine Innenschau der Patient*innen, suchen nicht nach dem, was nicht funktioniert. Dieses rückwärtsgewandte und selbstkritische Muster bedeutet bereits eine zu starke Involvierung.

Bei der Arbeit mit depressiven Menschen müssen Therapeut*innen eine besondere Betonung auf Sicherheit, Struktur und Lernen legen. Das Prinzip des Ansatzes der Therapeut*innen liegt auf Unterstützung und Wertschätzung der Bemühungen und nicht der Frustration, weil sich depressive Menschen permanent selbst frustrieren (Roubal, 2007). In der Therapie lernen Patient*innen als Erstes, Unterstützung aus ihrer Umgebung anzunehmen und schaffen dann selbst ein System der Eigenunterstützung. Die Arbeit konzentriert sich darauf, dass die erste Aufgabe das Schaffen einer sicheren Umgebung ist, eines sicheren Beziehungsfelds, in der die Selbstheilungskräfte der Patient*innen aktiviert werden können.

⁶ Es gibt nicht viele Studien zur Gestalttherapie bei Depressionen. Es scheint, dass die Gestalttherapie ähnlich wirksam ist wie andere therapeutische Methoden, wie etwa die kognitive Verhaltenstherapie (Rosner et al., 1999; Beutler et al., 1991). Die Wirkung einer Therapie, die auf einer unterstützenden therapeutischen Beziehung basiert, kann unter Umständen durch den Einsatz von spezifisch auf Emotionen fokussierte Interventionen gesteigert werden, die in der Gestalttherapie genutzt werden (Greenberg & Watson, 1998). Greenberg präsentiert die Nachweisbasis für emotionsfokussierte Therapie (EFT, die er als eine Verflechtung der Gestalttherapie mit dem personenzentrierten Ansatz beschreibt. In drei separaten Versuchen wurde eine manualisierte Form der EFT bei Depressionen als genauso wirksam befunden bzw. wirksamer als eine rein relationale empathische und eine kognitiv-verhaltensbezogene Behandlung. Die EFT war bei der Reduzierung interpersoneller Probleme wirksamer als beide und begünstigte mehr Veränderung bei den Symptomen. Die EFT war auch sehr wirksam bei der Verhinderung von Rückfällen (Greenberg & Watson, 2005). Andere Studien zeigen, dass der Gestaltansatz besonders wirksam ist bei der Therapie von internalisierenden Patient*innen, die mit der Depression intrapunitiv umgehen (Beutler et al., 1991).

Therapeut*innen gehen auf die tatsächlichen Fähigkeiten der Patient*innen ein. Erfahren sie Phänomene einer schweren Depression, dann ist es das Wichtigste, einfach präsent zu sein und Hoffnung zu geben. Sie unterstützen Patient*innen dabei, Distanz zur aktuellen Erfahrung zu halten, ein paar Gedanken dazu zu äussern. Später, wenn Patient*innen von der depressiven Erfahrung nicht mehr völlig überwältigt sind, sind sie vielleicht in der Lage, die Bedeutung der depressiven Erfahrung im Kontext ihres Lebens und ihrer Beziehungen zu erforschen.

Die Zukunft mit einzubeziehen ist eine wichtige therapeutische Aufgabe. Therapeut*innen müssen ganz besonders darauf achten, dass das therapeutische Gespräch auch immer Spalten offen lässt, durch die künftige Möglichkeiten ein Licht werfen können. Wenn Patient*innen sagen: «*Ich sehe keine Zukunft – nur Schwärze*», können Therapeut*innen die Aussage umformulieren, um einen grösseren Horizont aufzuzeigen, in der die Zukunft präsent sein kann (z. B. «*Im Moment können Sie nicht über die schwierige Phase hinaussehen, die Sie gerade durchleben.*»). In der therapeutischen Beziehung sind Therapeut*innen Hüter der Hoffnung, aber auch, radikal, von Zeit und Raum. Dies gilt nicht nur für eine einzelne Sitzung, sondern von Sitzung zu Sitzung, wo Therapeut*innen die Fäden zusammenhalten, die Schritt für Schritt im Laufe der therapeutischen Beziehung gemeinsam zusammengefügt werden. Die therapeutische Zeit und der therapeutische Raum werden loci, in der die Zeit und der Raum der Erfahrung allmählich wieder beginnen zusammenzulaufen.

Es ist wichtig, Verstärkungen bei der Beschreibung depressiver Erfahrungen zu vermeiden. Therapeut*innen sollten bei der Verbalisierung oder Umformulierung der Erfahrung der Patient*innen sehr vorsichtig sein. Sie sollten sie auf einen spezifischen situativen Rahmen begrenzen, da eine Übertreibung der Phänomene eine Intensivierung der Erfahrung bedeuten könnte, die bereits dazu tendiert, die Grenzen zu überschreiten. Weil die depressiven Erfahrungen komplett vom Leben der Patient*innen abgetrennt scheinen, ist es die oberste Aufgabe der Therapeut*innen, diese wieder zu verbinden und damit auf nachvollziehbare Erfahrungen und Ereignisse zu begrenzen. Zum Beispiel könnte man auf die Beschwerde: «*Ich spüre ein schreckliches Gewicht, das auf meine Brust drückt ...*», mit der Frage antworten: «*Wie verändert dies Ihre Atmung? Gibt es Momente, wo der Schmerz geringer scheint? Können Sie mir sagen, wie sich dies im Laufe der Sitzung verändert?*»

Es kann auch hilfreich sein, das, was Patient*innen in allgemeinen Begriffen äussern, in einen Kontext zu stellen, um die Erfahrung auf spezifische Situationen zu begrenzen. Wenn Patient*innen also sagen: «*Ich fühle mich leer und ohne Energie*», können Therapeut*innen folgende Fragen stellen: «*In welchen Situationen empfinden Sie diese Leere stärker und in welchen weniger stark? Wann haben Sie dies diese Woche am stärksten empfunden? Wer war bei ihnen und was haben Sie gemacht?*» Kurz gesagt, Therapeut*innen sollten die inneren Erfahrungen der Patient*innen nicht vergrössern. Die Retroflexion wird

nicht verstärkt, dies würde nur die Isolation intensivieren; vielmehr führen Therapeut*innen die Erfahrung zurück an die Kontaktgrenze, zum Ort der Wiederbelebung und des *inter-esse*.

In der Behandlung depressiver Menschen ist die Arbeit mit der Retroflexion sehr spezifisch. Depressive Patient*innen richten Gefühle und Neigungen – zum Beispiel Wut oder Kritik –, die sie an ihre Umgebung richten müssten, gegen sich selbst. Therapeut*innen untersuchen diese Beziehungsmuster direkt in ihrer aktuellen Beziehung mit den Patient*innen. Und in dieser Beziehung experimentieren sie auch mit neuen Arten des Verhaltens und des in Beziehungtretens. Die Aufgabe der Therapeut*innen ist es, Patient*innen, und sei es in winzigen Schritten, dazu zu befähigen, die Energie, die diese in sich spüren, auszudrücken. Es ist wichtig, auch nur kürzeste Momente zu finden, zu betonen und zu würdigen, in denen Patient*innen ihre Energie für eine Handlung mobilisieren, die zu einem interpersonellen Kontakt führt, zum Beispiel, wenn sie einer anderen Person direkt in die Augen sehen oder ihre Meinung äussern. Therapeut*innen weisen auf diese Momente hin und leitet Patient*innen dann dahin, dass ihnen der Prozess bewusst wird. Wie hat sie/er diese Energie in diesem Moment mobilisiert? Was war nötig, dass dies geschehen konnte? Patient*innen können eine neue Erfahrung machen: »Diese kleine Sache war etwas, mit dem ich zurechtgekommen bin. Ich bin nicht komplett handlungsunfähig.« Langsam und Schritt für Schritt finden sie ihren Weg, wie sie sich bestätigen können die Energie zu mobilisieren, um eine Handlung vorzunehmen. Sie lernen, den Ausdruck ihrer Energie zu mässigen. Dennoch müssen Therapeut*innen in der Arbeit mit der Retroflexion vorsichtig sein. Patient*innen müssen erst über ausreichend Selbstunterstützung verfügen, um die retroflexiven Impulse (z. B. Wut), die möglicherweise in der Therapie freigesetzt werden, handhaben zu können.

Der depressive Mensch muss lernen, wie er sich anders als durch Isolation schützen kann. Er muss lernen, wie er seine Erfahrung in einen Kontakt mit seinem Umfeld dirigieren kann. Wenn wir auf diese Weise mit Retroflexion arbeiten, können wir den starren Kontaktstil der Patient*innen in die entgegengesetzte Richtung lenken; wir richten sie nach aussen. Die Kontaktfolge, die vor der Handlung mittels der Retroflexion feststeckte, kann jetzt wieder fortgesetzt werden. In der sicheren Beziehung mit Therapeut*innen lernen Patient*innen die Fähigkeit neu, Kontakt flexibel aufzunehmen und sich davon zurückzuziehen. Später nutzen sie die Unterstützung durch die therapeutische Beziehung, diese neuen Fähigkeiten auch in anderen Beziehungen auszuprobieren. Ziel ist es, die Fähigkeit wiederherzustellen, sich gestalterisch an die jeweiligen Bedürfnisse des Organismus anpassen, flexibel Kontakt aufnehmen und sich davon zurückziehen zu können.

Die extreme Müdigkeit, unter der Patient*innen mit Depressionen oft leiden, ist nicht die Folge von etwas, das sie aktiv getan haben, sondern ihrer Abkehr von jeglichen Situationen. Sie stammt nicht aus Engagement

und Bemühungen – vielmehr nimmt sie deren Platz ein. Depressive Müdigkeit ist ein Paradoxon. Sie ist morgens am stärksten, verstärkt sich mit Inaktivität und nimmt mit körperlicher Betätigung ab. Aus diesem Grund ist der Einsatz körperlicher Energie, sich zu bewegen, sich körperlich zu verausgaben, eine positive Erfahrung für Menschen, die unter einer Depression leiden. In der Therapie sollten wir jede Gelegenheit ergreifen, Patient*innen in dieser Hinsicht anzuspornen, sie auch zu körperlichen Aktivitäten zu ermuntern. Diese Körperarbeit kann auf unterschiedliche Weise und in diversen Rahmen vorgenommen werden. Wie wir bereits beschrieben haben, können Therapeut*innen einfach versuchen, *Patient*innen in Bewegung zu bringen*. Sie können versuchen, ein Bewusstsein in den Patient*innen zu fördern, die dann die sensorischen und motorischen Möglichkeiten ihres Körpers verbessern. Therapeut*innen unterstützen Patient*innen dabei, einen Schritt aus der Mobilisierung der Energie in eine Handlung zu tun. Zu diesem Zeitpunkt wird nicht nur der Körper der Patient*innen mobiler und leistungsfähiger, er wird sich auch lebendiger, freier und kreativer fühlen. Hier liegt der Schwerpunkt darauf, *wie sich Patient*innen fühlen, wenn sie sich bewegen*.

Dann gibt es noch einen weiteren Ansatz, der spezifisch für den Gestaltansatz ist und dessen Ziel letztendlich die Exploration der Kontaktphänomene ist (Frank, 2001). Der Schwerpunkt liegt hier auf den *Gefühlen der Patient*innen und Therapeut*innen, wenn sich Patient*innen zu Therapeut*innen hin oder von ihnen weg bewegen* (oder dies nicht tun). Die Arbeit in Bezug auf die körperlichen Erfahrungen der Patient*innen zielt auf die Unterstützung für die Reise zur Überquerung des Raums zwischen Patient*in und Therapeut*in. Hier korrespondiert der relationale Raum nicht mit dem Euklidischen: Einige wenige Zentimeter körperlicher Entfernung können Lichtjahren bei der relationalen Entfernung entsprechen. Die Gesamtwirkung dieser Arbeit ist nicht nur ein erhöhtes Bewusstsein der Patient*innen für ihren Körper. Sie kann den Körper auch im Feld des Kontakts ins Spiel bringen und dabei die Fähigkeiten der Person bei Begegnungen und mit anderen zu sein verbessern. Das Endresultat ist nicht so sehr ein fein gestalteter Muskeltonus als eine andere Art von Schönheit: die tiefgehend reelle und dennoch flüchtige Schönheit, die aus dem Moment kommt, in dem man Anderen voll und ganz begegnet ist:

Wenn Erinnerungen an ihren Vater auftauchen, friert Ada ein, eingeschlossen in ihre versteinerte Haltung. Ich bat sie, sich zu mir zu bewegen, aber es ist zu viel, da sie keine Kraft für diese Bewegung. Ich frage sie, welchen Teil meines Körpers sie vielleicht mag. Nach einer Weile sagt sie ›Ihre Wange‹. Ich schlage vor, dass sie den Raum zwischen uns mit ihrer Hand überquert, um zu meiner Wange zu gelangen. Sie versucht es, zitternd, und langsam erreicht sie meine Wange, es gibt einen Schrei in der eingefrorenen Stille und sie beginnt zu weinen. Es ist das erste Mal, dass sie so eine Geste gegenüber einem Mann freisetzen kann: Bis zu diesem Moment war dies eine

unvollständige und vergessene Geste, die sie in Bezug auf ihren Vater in Ehren gehalten hatte.

Es ist wichtig, noch einmal zu betonen, dass Gestalttherapeut*innen depressive Patient*innen nicht als Objekte sehen, die sie studieren und auf die sie therapeutische Verfahren anwenden. Die therapeutische Aufgabe ist es, sich zu fragen: *Wie kann ich bei der Schaffung der gegenwärtigen Form unserer Beziehung mit Patient*innen kooperieren?* In Bezug auf depressive Patient*innen fragen sich Therapeut*innen: *Wie trage ich zu dem Umstand bei, dass die Patient*innen, die vor mir sitzen, retroflexiv werden und sich selbst vor einer Handlung stoppen? Wie drücken wird uns zusammen nieder?* Therapeut*innen untersuchen dann diese Muster zur Beziehung in der therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt. Darüber hinaus experimentieren sie in dieser Beziehung mit neuen, ungewöhnlichen Arten von Verhalten und Sich-in-Beziehung-Setzen.

Das Akzeptieren des aktuellen emotionalen Status der Patient*innen kann als Beispiel dienen. Therapeut*innen nehmen sämtliche Beschwerden bzgl. einer niedergeschlagenen Stimmung, einer Leistungsschwäche und eines niedrigen Selbstvertrauens ernst. Sie trösten aber nicht und resignieren auch nicht. Soweit dies möglich ist, wiederholen sie die Reaktionen, die Patient*innen aus ihrer Umgebung kennen und die sie wieder und wieder in einer fixen Gestalt der Depression unterstützt haben. Familien der Patient*innen versuchen, diese zu trösten: *«Es ist nicht so schlimm, wie Du sagst. Mach Dir keine Sorgen, es ist alles bald wieder in Ordnung.»* Wenn aber ein depressiver Mensch weiterhin retroflexiv ist und sich dem Kontakt entzieht, resignieren die ihm Nahestehenden und schicken ihn zu Spezialist*innen. Damit verstärken sie erneut sein starres depressives Muster.

Therapeut*innen vermeiden die Wiederholung dieser Muster. Natürlich werden sie im Therapieverlauf von Patient*innen dazu verleitet, zu trösten oder zu resignieren. Sie können sich aber aufgrund ihres Bewusstseins davon frei machen, automatisch auf Patient*innen zu reagieren, und schaffen einen Freiraum, der das Potenzial hat, dass anders aufeinander Bezug genommen werden kann. Dies befähigt Patient*innen, aus starren depressiven Mustern herauszutreten. Therapeut*innen eröffnen die Möglichkeit zu Aktivität über ein Bewusstsein, dass Klient*in und Therapeut*in zusammen, je wie es sich ergibt, Ereignisse schaffen. Wenn dies erreicht ist, kann die Handlung, die vorgenommen wird, so etwas Einfaches sein wie wach bleiben, das Wahre des Denkvermögens oder dass Unterstützung bei einem Dritten gesucht wird, wenn Therapeut*innen nahe an den depressiven Abgrund kommen. Auf diese Weise verlieren Therapeut*innen nicht die Hoffnung, dass sie Patient*innen letztendlich erreichen werden und weiter zu deren Verfügung bleiben. Diese fortgesetzte Fähigkeit des Hoffens und des Anwesendseins (trotz der durch den Abgrund bedingten Abwesenheit des Anderen) ist die Grundlage schlechthin für die Therapie beim Umgang mit schweren Depressionen.

Literatur

- Akiskal, H.S. (2000). Mood Disorder: Introduction and Overview. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (S. 9294–9319). 7. Aufl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Amendt-Lyon, N. (1999). «Mit Ihnen Schreibe ich heute Geschichte!». In R. Hutterer-Krisch et al., *Neue Entwicklungen in der Integrativen Gestalttherapie. Wiener Beiträge zum Theorie-Praxis-Bezug*. Wien: Facultas.
- Beutler, L.E. et al. (1991). *University of Arizona: Searching for Differential Treatments. Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies*. Washington D.C.: APA.
- Binswanger, L. (1960). *Melancholie und Manie*. Pfullingen: Neske [ital.: (2006). *Melanconia e mania*. Torino: Bollati Boringhieri].
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke [ital.: (1998). *La perdita dell'evidenza naturale*. Milano: Raffaello Cortina Ed.].
- Bloom, D. (i.V.). *Aspects of depression*.
- Bonani, M.M. (2009). L'interessamento come terapia. *Prospettive sociali e sanitarie*, 39(10), 11–15.
- Borgna, E. (1988). *I conflitti del conoscere*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (1992). *Malinconia*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (1994). L'immagine psicopatologica e clinica delle depressionen. In C. Bellantuono et al., *La cura dell'infelicità* (S. 29–56). Roma, Napoli: Theoria.
- Borgna, E. (2008). *Nei luoghi perduti della follia*. Milano: Feltrinelli.
- Callieri, B. (2001). *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Roma: EUR.
- Cavaleri, P. (2007). *Vivere con l'altro*. Roma: Città Nuova.
- Francesetti, G. (2014). *Absence is the Bridge Between us. Gestalt Therapy Perspective on Depressive Experiences*. Siracusa: HCC Italy Publ.
- Francesetti, G. (2019a). The Field Strategy in Clinical Practice: Towards a Theory of Therapeutic Phronesis. In P. Brownell (Hrsg.), *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy* (S. 268–302). 2. Aufl. Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholars Publ.
- Francesetti, G. (2019b). A Clinical Exploration of Atmospheres. Towards a Field-based Clinical Practice. In G. Francesetti & T. Griffero (Hrsg.), *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside* (S. 35–68). Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholars Publ.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2009). A Gestalt Therapy Perspective on Psychopathology and Diagnosis, *The British Gestalt Journal*, 18, 2.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2010). La prospettiva della psicoterapia della Gestalt sulla psicopatologia e diagnosi. *Quaderni di Gestalt*, 23, 44.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2011). *L'altro irraggiungibile. La psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. Siracusa: HCC Italy Publ.
- Francesetti, G. & Roubal, J. (forthcoming). Field Theory in Contemporary Gestalt Therapy. Part 1: Modulating the Therapist's Presence in Clinical Practice. *Gestalt Review*.
- Frank, R. (2001). *Body of Awareness. A Somatic and Developmental Approach to Psychotherapy*. Cambridge/MA: Gestalt Press [ital.: (2005). *Il corpo consapevole*. Milano: FrancoAngeli].
- Freud, S. (1925 [1917]). Mourning and Melancholia. *Collected Papers*, 4, 152–170.
- Galimberti, U. (1987). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. (2003). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Gozzetti, G. (2008). *La tristezza vitale. Fenomenologia e psicopatologia della melanconia*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224.
- Greenberg, L. & Watson, J. (2005). *Emotion-focused Therapy for Depression*. Washington D.C.: APA.

- Greenberg, L., Watson, J. & Goldman, R. (1998). Process-Experiential Therapy of Depression. In L. Greenberg, J. Watson & G. Litaer (Hrsg.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* (S. 227–248). London: Guilford Press.
- Joiner, T.E. jr & Katz, J. (1999). Contagion of Depressive Symptoms and Mood: Meta-analytic Review and Explanations From Cognitive, Behavioural, and Interpersonal Viewpoints. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 149–164.
- Kimura, B. (2000). *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*. Grenoble: Ed. Jérôme Millon.
- Kimura, B. (2005). *Scritti di psicopatologia fenomenologica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Maldiney, H. (1991). *Penser l'homme et la folie*. Grenoble: Ed. Jérôme Millon [ital.: (2007). *Pensare l'uomo e la follia*. Torino: Einaudi].
- Melnick, J. & Nevis, S.M. (1998). *Diagnosing in the Here and Now: a Gestalt Therapy Approach*, in *Handbook of Experiential Psychotherapy: Foundations and Differential Treatment*. New York: Guilford.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: Presses Univ. de France [ital.: (2004). *Il tempo vissuto*. Torino: Einaudi].
- Robine, J.-M. (2011). *On the Occasion of an Other*. Goulsborol/ME: Gestalt Journal Press [ital.: (2011). *Il dispiegarsi del sé nel contatto*. Milano: FrancoAngeli].
- Rosner, R. et al. (1999). Course of Depression in Different Psychotherapies. An Application of Hierarchical Linear Models. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(2), 112–120.
- Rossi Monti, M. (2002). *Percorsi di psicopatologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Roubal, J. (2007). Depression. A Gestalt Theoretical Perspective. *The British Gestalt Journal*, 16(1), 35–43.
- Roubal, J. (2010). Oral communication, EAGT Conference, Berlin, Sept. 2010.
- Salonia, G. (1989). Dal Noi all'Io-Tu: contributo per un teoria evolutiva del contatto. *Quaderni di Gestalt*, 8/9, 45–54.
- Salonia, G. (2001a). Disagio psichico e risorse relazionali. *Quaderni di Gestalt*, 32/33, 13–22.
- Salonia, G. (2001b). Tempo e relazione. L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della psicoterapia della Gestalt. In M. Spagnuolo Lobb (Hrsg.), *La Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica* (S. 65–85). Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2005). Cambiamenti sociali e disagi psichici. Attacchi di panico e postmodernità. In G. Francesetti (Hrsg.), *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società* (S. 36–50). Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2008). La psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness. In S. Vero, *Il corpo disabilitato. Semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness* (S. 51–72). Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2010). L'anxiety come interruzione nella Gestalt Therapy. In L.D. Regazzo (Hrsg.), *Ansia, che fare? Prevenzione farmacoterapia e psicoterapia* (S. 233–254). Padova: CLEUP.
- Smith, E. (1985). A Gestalt Therapist's Perspective on Grief. *Psychotherapy Patient*, 2(1), 65–78.
- Spagnuolo Lobb, M. (2001a). *From the Epistemology of Self to Clinical Specificity of Gestalt Therapy, in Contact and Relationship in a Field Perspective*. Bordeaux: L'Exprimerie.
- Spagnuolo Lobb, M. (2001b). La teoria del sé in psicoterapia della Gestalt. In M. Spagnuolo Lobb (Hrsg.), *La Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica* (S. 86–110). Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb, M. (Hrsg.). (2005). *Gestalt-thérapie avec des patients sévèrement perturbés*. Bordeaux: L'Exprimerie.
- Spagnuolo Lobb, M. (2007). L'adattamento creativo nella follia: un modello terapeutico gestaltico per pazienti gravi. In M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyon (Hrsg.), *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt* (S. 338–360). Milano: FrancoAngeli.
- Staemmler, F. (2004). *Cultiver l'incertitude*. Bordeaux: L'Exprimerie.
- Stanghellini, G. (2006). *Psicopatologia del senso commune*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Van Baalen, D. (2010). Gestalt Therapy and Bipolar Disorder. *Gestalt Review*, 14(1), 71–88.
- Vázquez Bandín, C. (2005). Espérame en el cielo. In A. Martín & C. Vázquez Bandín, *Cuando me encuentro con el Capitán Grafito ... (no) me engancho* (S. 62–87). Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.

L'approccio della terapia della Gestalt alle esperienze depressive

Riassunto: L'esperienza del lutto e l'esperienza depressiva si distinguono per evidenziare il nucleo della sofferenza delle persone che soffrono di depressione. Nell'esperienza del lutto, una persona o una situazione specifica diventa irraggiungibile, e in essa risiede la perdita subita. L'esperienza della depressione malinconica è diversa: quello che viene perso è ciò che lega il soggetto alla struttura che lo collega al mondo. Si introduce un approccio radicalmente relazionale alla depressione, in cui il cliente e il terapeuta sono visti come depressivi qui e ora nella situazione della terapia.

Parole chiave: terapia della Gestalt, depressione, dolore, psicopatologia, funzioni del sé

Die Autoren

Gianni Francesetti, Dr., ist Psychiater, Gestalttherapeut, Assistenzprofessor für den Phänomenologischen und Existenzialen Ansatz, Abteilung für Psychologie, Universität Turin, Internationaler Ausbilder und Supervisor. Er ist Präsident des Internationalen Instituts für Gestalttherapie, Psychopathologie und Psychotherapie (IPsiG) – Klinisches Zentrum für Gestalttherapie Turin.

Jan Roubal, Dr., ist Psychotherapeut, Psychiater und ausserordentlicher Professor an der Masaryk Universität in Brünn, Tschechische Republik, wo er auch im Zentrum für psychotherapeutische Forschung arbeitet. Er begründete ein Trainingsprogramm für Integration der Psychotherapie und für Gestaltstudien in der Tschechischen Republik. Er arbeitet zudem international als Ausbilder für Psychotherapie und Supervisor.

Kontakt

Gianni Francesetti
E-Mail: gianni.francesetti@gmail.com
Jan Roubal
E-Mail: jan.roubal.cz@gmail.com

Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences¹

Gianni Francesetti & Jan Roubal

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 39–45 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-39>

Abstract: Mourning and depressive experience are distinguished to highlight the core of the suffering of people in depression. In the mourning experience a specific person or situation becomes unreachable and therein lies the loss suffered. The experience of melancholic depression differs: what is lost is that which anchors the subject to the fabric which connects him/her to the world. A radically relational approach to depression where the client and therapist are seen as depressing here and now in the therapy's situation is introduced.

Key words: Gestalt therapy, depression, grief, psychopathology, self-functions

«Hell is where nothing connects.»

T.S. Eliot

A brief diagnostic consideration

According to the World Health Organisation, depression affects hundreds of millions of people worldwide and it is a very common experience among the psychotherapists' clients. At least 20 % of women and 12 % of men experience depression during their life and 15 % of depressed people end their life by suicide (Akiskal, 2000). The use of the term «depression» (from Latin, meaning *downwards pressure*) in psychiatry to describe a state of low mood began at the end of the nineteenth century. Previously, such phenomena were diagnosed as *melancholia*. According to psychiatric diagnostic systems (DSM-IV, ICD-10) the depressed person suffers a mood disorder characterised by low mood, decrease of energy and activity, reduced ability to feel pleasure, poor concentration and increased tiredness. The depth of depression is measured according to a list of criteria. The term «depression» is used to refer to a wide range of experiences which vary in seriousness and which may also represent a natural response to significant life transitions. The exponential increase of diagnosis of depression and of prescription of antidepressant is – partially – the result of a big diagnostic problem of this part of the nosographic systems: many so called depressions are reaction to losses and situations of stress, and they receive a diagnosis and a treatment as if they were depressive experiences. Also the hot debate on the efficacy of antidepressants should be understood in the light of the diagnosis: if the medicaments are prescribed to a sample of people that is not constituted by patients really suffering from depression, of course the results cannot be better than a placebo. Indeed, research on drugs' efficacy must be based on a clear and careful diagnostic assessment. In our experience, the antidepressants must be

considered in the melancholic depression (and not to take them in consideration in such situations is malpractice); but shouldn't be used just because the client has a low mood following to a loss (to use them without further considerations in such situations is again malpractice). So it is crucial to distinguish – at least – between a condition that is a reaction to a loss (like the grieving process) and a condition that we can call melancholic depression. We refer the reader to the references in footnote 1 for widening this topic.

Depressive Experiences: a Gestalt Approach

We will now seek to frame the depressive experience within a meaningful frame originating from a phenomenological-Gestalt perspective² (Roubal, 2007; Francesetti & Gecele, 2009, 2011). We will focus on how the patient and the therapist together are affected by a depressive field. Although we sometimes (for communication reasons) use the expression that «the patient is depressed», our basic attitude is always field based, we keep in mind that the patient and the therapist are here-and-now *depressing together* as an effect of the forces of the phenomenal field (Francesetti, 2019a, b; Francesetti & Roubal, forthcoming). In order to orient the work in therapy one basic distinction must be done between the reaction to a loss and the melancholic experience.

1 This article comes from our chapter in Francesetti et al. (2013). We refer to it for a further reading and to Francesetti (2014).

2 See Galimberti (1987, 2003); Borgna (1988, 1992, 1994, 2008); Blankenburg (1971); Kimura (2000, 2005); Callieri (2001); Rossi Monti (2002); Minkowski (1933); Binswanger (1960); Stanghellini (2006); Maldiney (1991); Gozzetti (2008); Salonia (1989, 2001a, b, 2005, 2008, 2010); Melnick & Nevis (1998); Greenberg et al. (1998); Amendt-Lyon (1999); Spagnuolo Lobb (2001a, b, 2005, 2007); Staemmler (2004); Vázquez Bandín (2005); Van Baalen (2010); Bloom (in preparation).

Mourning: the Presence of the Absence

We must differentiate between *sadness* (as an expression of mourning) and depression. This differentiation can be found already in the early psychoanalytical work of Abraham and then of Freud (1925 [1917]) in his classic article «Mourning and Melancholy». The experiences of depression and of sadness can both show similar symptoms but in practice it is very important to differentiate between them. To work psychotherapeutically with depression and sadness using the same approach can even harm the patient (Smith, 1985). Mourning is a way of assimilating important loss. Here we focus on bereavement, similar experience can be observed with other kinds of important life events containing loss, like abortion, dismissal, refugeeism etc. The assimilation process required is analogous to that required in cases of bereavement.

Mourning helps the individual to assimilate not only the loss suffered, but also her/his relational experience with the lost one. One of the gifts which death gives us is its revelation of the beauty of the one who has gone. His/her absence reveals the depth and worth of his/her presence. The negative side of this for those who remain is the discovery of their own absences in the presence of the loved one: «*Why didn't I realise how important, wonderful and rich it was to be with him/her?*» The mourning period serves to establish a *double loyalty*: to the relationship which has been lost and to life which must go on. When this double loyalty has been attained, the mourning period comes to an end (at least for that specific period of life). Mourning enables life to preserve the wealth to be derived from the past relationship (Cavaleri, 2007) and to launch itself once more into the ever-springing fount of the new.

Whilst in the immediate wake of a bereavement, the unattainability tends to dominate the foreground, with time memories beginning to surface, the awareness of having-been-with the lost one and of all that you have experienced together. In this way, the experience of the relationship is assimilated and the subject gradually attains a state of *presence in absence*. The remaining one learns to carry the lost one with him/her, developing a new capacity of «being-with» the other and a new form of fidelity.

Mourning is essentially a period of assimilation, of post-contact. It is a stage of the contact sequence whereby the other is no longer present to the senses. Yet it is not a purely reflective phenomenon. The senses are acutely involved, because it is through the senses that the loved one's absence is perceived. In mourning, I am with the other in the very impossibility of reaching him/her: I am fully in the presence of his/her absence. Mourning is therefore a necessary and creative period, which enables me to assimilate who I became with the one I have lost and who I am to become without him/her.

Melancholic Experience: the Absence of the Presence

Melancholic (endogenous or psychotic) depression, generally unrelated directly to events in the patient's life

(but they might be important as triggers), represents an extreme form of depressive experience where qualitatively new phenomena can appear.³ The person experiences not so much just a sense of despondency, rather a continuous physical heaviness: «*As if there were a stone constantly pressing down on my thorax.*» «*It's as if it were squeezing all the life out of me.*» S/he may experience a lack of any kind of sentiment, a sensation of numbness, of being stranded in an emotional wasteland. The body is de-sensitised, often feeling heavy or empty. The person experiences a lack of energy, which can lead psycho-motor functions to slow down to the point of immobile stupor. There is a loss of appetites. The person wakes up unnecessarily early in the morning. S/he can contemplate suicide and may become delirious, with delusions usually involving guilt, ruin or hypochondria.

The personality function also undergoes alterations, ranging from simply not feeling up to fulfilling one's normal roles to a grave loss of identity. The resulting impairment is such that the person is unable to function professionally and socially and to fulfil parental and family responsibilities. «*I am holding your hand merely because I know we used to do it. But I experience just emptiness.*» The person comes to lack the capacity to take decisions, to lack lucidity, ambition and responsibility. Personal history may be twisted, even to the extent of deludedly «reconstructing» past faults which have no foundation in reality. In the face of such a profound dysfunction of the *id* and *personality* functions of the self, the *ego* function may be completely vanquished. If it cannot coexist with the *id* function, there can be no identification with or alienation from elements in the field and therefore no choice.

Remission after an episode (which may have gone on for weeks, months, or, without suitable therapy, years) is usually complete, and patients describe their melancholic experiences as a living nightmare, as *another dimension*, so far removed from their normal life that it becomes hard to remember it clearly. Episodes can recur throughout the individual's life, in some cases in alternation with manic periods. There may also be situations in which melancholy is mingled with euphoria. The prognosis with regard to any single episode is relatively good, since these frequently end in complete remission. However, we always remain uncertain as to whether and how often symptoms will recur. A milder chronic depressive state can also develop in some cases.

The Self and its Functions in Melancholic Experience

In the mourning experience a specific person or objective becomes unreachable and therein lies the loss suffered. The experience of melancholic depression differs: what is lost is that which anchors the subject to the fabric which connects him/her to the world. In the former case, one

³ Some specific (psychotic) phenomena appear in the case of melancholy. We can imagine the continuum of depressive experiences as water that becomes colder and colder and then at some point becomes ice.

loses the other to whom one is attached, in the latter one loses the conditions which make it possible to form such a tie.⁴ This experience of melancholic depression presents an extreme form of a continuum of depressive experiences and as such it offers us a possibility of understanding the dynamics of the depressive experience. The more serious the case of depression, the more evident this becomes.

The gravity of a patient's depression can be measured in terms of their detachment from the *in-between*, of the degree to which they are absent from the contact boundary. The in-between is the common ground which we constantly co-create at the contact boundary. It is the fabric which connects us to the world and to life moment by moment. In cases of melancholy, this common ground has ceased to exist and can therefore no longer be traversed. Herein lies the unique quality of melancholic experience. The in-between is no longer a meeting place. It has instead come to represent an insurmountable cosmic abyss. In such a condition the ego function is potentially reduced to nothing, to a state of stupor in which nothing happens. The id function (the pre-reflexive function which connects us to the world prior to the rift between the self and the world, the organism and the environment), instead assumes a more significant role. It is a disorder of the id of the situation (Robine, 2011), where the very fount of subjectivity, time, space and intentionality – life itself – are generated.

The profound dysfunction of the id function means that it is impossible to co-create a figure of contact. This dysfunction lies at the heart of the therapist's difficulty in connecting with the patient, in ensuring the usual comings and goings of resonances, consonances and dissonances which should fill up therapeutic space and time. In short, nothing reverberates in the therapeutic *in-between*. A central facet of depressive experiences is the lack of any interest. This does not simply mean that the subject is not attracted to or involved in anything. It also has the more radical implication that s/he is no longer in the «*inter*» of «*esse*», that s/he in some sense is removed from being in the *in-between* itself, from the nerve centre where all the infinite strands of life knit together (Bonani, 2009). The sense of lifelessness, which is perhaps one of the most distinguishing features of depression, is clearly a manifestation of this condition. The healthy growth of the self requires that the organism be at once separated from and welded to the world. This connection with the world is what is lacking in melancholic experience, whilst in cases of schizophrenic experience it is the development of separation and boundaries which is lacking (Francesetti, 2011, 2014). The depressive experience is expression of a relational field. Time and space are the roads which we conceive of ourselves as we make our way towards that which is loved and necessary. They are relational-dependent variables, generated through the impetus of the journey itself, which is never just a

single movement but always a co-movement. When this movement fails, what we experience is the abyss which separates us. The affective bridge, upon which our very selves are constituted and from which subjectivity springs, is lost. Depressive experiences are the expression in the individual of a specific relational experience: namely the impossibility of reaching the other. To be more specific: *depression is the way in which the subject experiences the surrendering of hope in the face of the ineffectiveness of his/her vain attempts to reach the other*. Depression can be understood as a co-constructed relational phenomenon with three intrinsic and essential features: a profound attachment, whereby the other is loved and necessary, the failure of all efforts to reach the other and the emotive absence of the other from the relationship.

The Experience of the Therapist

The usual organisation of the relational field tends to repeat in the therapeutic situation too. The therapist becomes a part of the «depressive organisation» of the field.

The usual reaction of the patient's family or other nearest and dearest persons to her/his depressive state is polar. They first want to encourage her/him: «*Come on, it will be OK soon. Let's have some fun, It will help you to overcome this.*» Later, when this effort is not effective and they become exhausted, they try to protect themselves and withdraw from the depressed person (often with more or less hidden aggression).

The therapist finds her/himself in the same relation pattern and s/he feels impulses to repeat the described reactions to the depressive person. Thanks to her/his awareness the therapist has the chance to step out of this rigid relational pattern and respond differently to the depressed person – s/he remains available for contact, does not blame either her/himself or the patient, does not give up hope. Doing this, the therapist changes the usual rigid field organisation and opens a space for a change also for her/his patient.

Fear is a common initial reaction when dealing with a severely depressed patient. This may take the form of an undefined yet powerful sense of unease or of an intense fear for the patient. Sometimes the therapist may wish to get away from the patient, or to send him/her on to be dealt with by someone else. It is important to frame these experiences in their field context. All of these reactions reflect the therapist's perception of the lack of ground in the relational field. It is for this reason that the involvement of a third party provides a vital anchor (Francesetti & Gecele, 2009, 2010). This may take the form of pharmacological support, supervision, meetings with colleagues or further theoretical training (hopefully including reading this article).

Another aspect of countertransference concerns the side effects of the therapist's placing him/herself in a depressive field. The depressive condition leaves the therapist teetering on the edge of a precipice, feeling a terrible weight pulling him/her down towards into the

⁴ We here diverge from the psychoanalytic perspective, which suggests that melancholy consists in the unconscious loss of an object which is transferred to the ego – and herein lies its difference from mourning, where loss is transferred to the outside world (Freud, 1925 [1917]).

abyss, the vacuum, a state of solitude, fear and extreme impotence where all sense of direction is lacking. This can lead to feelings of anger, which may result in self-depreciation («*I'm not up to working with this patient*») or a loss of faith in one's training and profession («*My chosen therapeutic approach doesn't equip me to deal with this patient*» or «*Psychotherapy's no use at all with this patient: [s]he just needs medication!*»).

The experiences of a therapist with a depressive patient can be described by an overall metaphor of «magnetic power of depression» (Roubal, 2010). The therapist feels drawn to the patient experience as to a magnet. S/he then either keeps a safe emotional distance by keeping a professional mask, keeping the depressive experience unfamiliar for her/himself and sometimes taking an inappropriate responsibility for the whole situation. Or, the therapist comes closer by sharing the patient's depressive experience to some extent. The therapist experiences falling off, loneliness, helplessness, shame, heaviness. In this case s/he might feel endangered by the risk of «depressive contagion», s/he experiences: «*It is too much for me!*» and reacts by self-protection and/or aggression towards the patient: «*She's unbearable. She needs me and I'm here, holding out my hand but she just can't see it!*» or «*Nothing I do is of any use, so she can do as she likes and that's that!*» The therapist may feel tempted to defy or challenge the patient: «*Ok then, let's see what's stronger: my commitment or your inertia!*»

It is important for the therapist to be aware of her/his own experience and not to blame her/his patient or her/himself for it, because blaming is a distinct feature of a depressive field organization. The therapist can use the metaphor of «magnetic power of depression» and her/his experience would indicate how strong the «magnetic power» of depression is and what is the therapist's position towards it.

The therapist her/himself is endangered in the depressive field organisation. S/he might get «infected» by the patient's depression and get depressed too. There is a clinically observed phenomenon of spreading emotions associated with depression in interpersonal contacts. The «contagiousness of depression» is a theoretical concept that serves as a tool for better understanding and not for blaming the «carrier» of the depression. This concept has been substantiated by meta-analysis of 40 research projects (Joiner & Katz, 1999) which gives sufficient support to the statement: «depressive symptoms are contagious in close relationships».⁵

The therapist's task is to remain present, when it would be so easy to get lost, fall asleep or lose one's temper, without getting depressed, when it is so easy to lose hope. Such a situation represents one of the most arduous tasks faced by the psychotherapist: s/he places her/his own self at the patient's disposition, but in this situation his/her id function encounters an abyss. How can s/he inhabit such a cavity, such an abyss?

5 There are different hypothesis explaining the mechanisms, e. g. excessive searching for support; excessive self-disclosure; emotional transference; burden; assortative mating; attribution theory, common history; self-verification theory; imitation.

All the therapist's experiences should be brought into awareness, because they represent a way of being-with the other in the relational field. The field perspective provides support to the therapist on two counts: it enables him/her to make sense of his/her emotions at the same time as enabling him/her to act. By simply asking her/himself «*how are we depressing together now?*» the therapist brings the situation back into range.

Suggested Therapeutic Approach⁶

Depressive experience is like a swamp for both the patient and the therapist. It is useless to jump in a swamp, to have ambitious therapeutic goals, to push for optimism. The more the therapist encourages the patient to jump, the more the patient sinks. Instead, slow, little movements that patiently look for minor sources of support are needed. The therapist does not force introspection of the patient, does not look for what is not working. This retroflective and self-critical pattern is already too strongly involved.

While working with depressed people the therapist has to emphasise security, structure, and learning. The principle of the therapist's approach is support and appreciation of the effort more than frustration, because depressed people frustrate themselves permanently (Roubal, 2007). During therapy patients first learn how to accept support from their surroundings and then they create a system of self-support by themselves. The work centres around a primary task of creating a safe environment, a safe relational field, in which the patient's self-healing powers can be activated.

The therapist accommodates to the actual capacity of the patient. If the patient is experiencing a severe depression, then the most important thing is just to be present and available with hope. The therapist supports the client to hold a distance from the actual experience, to articulate some thinking about it. Later, when the patient is not totally overwhelmed by the depressive experience, s/he might have the capacity to explore the meaning of the depressive experience within the context of his life and relationships.

Safeguarding the memory of the future is an important

6 There is a lack of research studies in Gestalt therapy of depression. It seems that the effectiveness of Gestalt therapy is comparable with other therapeutic methods, for example with Cognitive Behavioural therapy (Rosner et al., 1999; Beutler et al., 1991). The effect of a therapy based on a supportive therapeutic relationship may be increased by the use of specific interventions focused on emotions in ways that are used in Gestalt therapy (Greenberg & Watson, 1998). Greenberg presents the evidence base for emotion-focused therapy (EFT), which he describes as an integration of Gestalt therapy and Person Centered approach. In three separate trials a manualized form of EFT for depression was found to be as effective, or more effective, than a purely relational empathic treatment and a cognitive-behavioral treatment. EFT was more effective in reducing interpersonal problems than both, and promoted more change in symptoms. EFT was also highly effective in preventing relapse (Greenberg & Watson, 2005). Other research indicates the Gestalt approach is especially effective in the therapies of internalizing patients who deal with depression in intro-punitive ways (Beutler et al., 1991).

therapeutic task. The therapist must pay special attention to making sure that the therapeutic conversation always leaves open chinks through which future possibilities can cast light. If the patient says «*I can see no future – only blackness*» the therapist can reformulate the statement in order to imply a broader horizon in which the future can be present (e.g. «*just now you can't see beyond the difficult phase you're going through*»). In the therapeutic relationship, the therapist is the guardian of hope but also, more radically, of time and space. This is true not only in the course of a single session, but also from session to session, inasmuch as the therapist holds together the threads which are gradually co-constructed as the therapeutic relationship progresses. Therapeutic time and space become *loci* in which the time and space of experience gradually begin to coagulate once more.

It is important to avoid amplification when describing depressive experiences. The therapist should be very careful in verbalising or reformulating patients' experiences. S/he should confine and limit them to a specific situational frame, since to exaggerate the phenomena would risk further intensifying the experience which already tends to overflow its boundaries. Inasmuch as depressive experiences appear completely cut off from the patient's life, the therapist's task is first and foremost to reconnect and thus to limit them to traceable experiences and events. For example, to the patient's complaint «*I have a terrible weight pressing down on my chest ...*», one might respond by asking: «*How does your breathing change? Are there moments when the pain seems diminished? Can you let me know how it varies over the course of our session?*»

Alternatively, it might be useful to contextualise that which the patient presents in generalised terms, in order to restrict the experience to specific situations. Thus, for example, if the patient says, «*I feel empty and devoid of energy*» the therapist might ask the following questions: «*In which situations do you feel this emptiness more and in which less? When did you feel it most strongly this week? Who was with you and what were you doing?*» In short, the therapist should not amplify the patient's interior experiences. S/he does not reinforce retroreflection, which only intensify the patient's isolation, but rather brings the experience back to the contact boundary, to the site of re-animation and *inter-esse*.

In the therapy of depressed people the work with *retro-reflection* is very specific. The depressed patient turns against himself the feelings and tendencies which s/he would need to direct at his surroundings – for example anger or criticism. The therapist examines these relational patterns directly in her/his present relationship with the patient. And in this relationship s/he also experiments with new ways of behaving and relating. The therapist's task is to enable the patient, even in the most incremental way, to express the energy which he experiences within himself. It is important to find, highlight and appreciate even the briefest moments during which the patient mobilises her/his energy for an action which leads to interpersonal contact, for example when s/he directly looks into the other's eyes or expresses his own opinion. The therapist points these moments out

and then leads the patient to the awareness of the process. How has the patient mobilised her/his energy in that particular moment? What did s/he need to make that possible? The patient can come to an innovative experience: «*This little thing is something I coped with. I am not completely incapable of action.*» Slowly and gradually s/he finds his own way to confirm himself, to mobilise energy and move to action. S/he learns how to moderate expressions of her/his energy. However, working with retroreflection the therapist must be cautious. The patient needs a sufficient self-support first to handle the retroflective impulses that might be released in therapy (e.g. anger).

The depressed person needs to learn how to protect her/himself in ways other than by isolating himself. S/he needs to learn how to direct her/his experience into contact with her/his environment. If we work with retroreflection this way we can re-orientate the patient's rigid contact style in the opposite direction; we direct it outside. The contact sequence that was stuck before the action by the retroreflection can now continue. In the safe relationship with the therapist the patient relearns the ability of flexible contacting and withdrawing. Later he gradually uses the support of the therapeutic relationship to try out these new abilities in other relationships as well. The goal is to restore the ability of self to creatively adjust according to the present needs of the organism and to establish the ability for fluent and flexible contacting and withdrawing.

The extreme fatigue which often plagues patients suffering from depression is the consequence, not of anything they have actively done, but rather of their detachment from every situation. It does not derive from commitment and effort – it rather takes their place. Depressive fatigue is a paradox. It is at its height in the morning and increases with the patient's inactivity, finding relief in physical effort. For this reason, to use one's physical energies, to move, to tire oneself physically, is a positive experience for individuals suffering from depression. In therapy, we should take every opportunity to spur the patient on from this point of view, also encouraging him/her to undertake physical activities. This body work can be done in different ways and with different frames. As we have already described, the therapist can seek simply to *get the patient moving*. S/he may seek to promote an awareness in the patient which will increase the sensory and motor possibilities of his/her body. The therapist supports the patient to make a step from mobilising energy to action. At this point, the patient's body will not just be more mobile and efficient, it will also be more alive, free and creative. Here, the focus will be on *the patient's feelings as (s)he moves*.

Then there is another approach, which is specific to the Gestalt approach and has as its final aim an exploration of contact phenomena (Frank, 2001). The focus here is on *the patient and therapist's feelings as the patient moves* (or fails to move) *towards or away from the therapist*. Work on the patient's bodily experiences is geared towards supporting the journey across the space between patient and therapist. In this case, relational space does not correspond to Euclidean space: a few centimetres of physical distance

may correspond to light years of relational distance. The overall effect of this work is not only to heighten the individual's awareness of his/her own body. It is also to bring the body into play in the field of contact, improving the individual's competence in encountering and being-with-the other. The end result is not a finely sculpted muscle tone so much as another kind of beauty: that profoundly real yet ephemeral beauty which springs from the moment at which the other is fully, truly encountered:

When memories about her father emerge, Ada is frozen, blocked in her petrified posture. I ask her to move towards me, but it is too much, no energy supports this movement. I ask which part of my body may attract her. After a while she says 'your cheek'. I propose she cross the space between us with her hand to reach my cheek. She tries, trembling and slowly she reaches my cheek and suddenly a scream breaks the frozen silence and she starts to cry. It is the first time she can free such a gesture towards a man: until that moment this was an unaccomplished and forgotten gesture cherished for her father.

It is important to highlight again that a Gestalt therapist doesn't see the depressed patient as an object which he researches and to which he applies the therapeutic procedures. The Gestalt therapist works with the relationship between the patient and the therapist. The therapist's task is to ask himself: *How do I co-operate in creating the present form of our relationship with the patient?* So in the case of the depressive patient the therapist asks: *How do I contribute to the fact that the patient who is sitting in front of me is retroflecting and stopping himself before action? How are we depressing together?* The therapist then investigates these patterns of relating in the here-and-now therapeutic relationship. Moreover, in this relationship he also experiments with new, unusual ways of behaving and relating.

Accepting the current emotional state of the patient can serve as an example. The therapist takes seriously all of the patient's complaints about low mood, inefficiency, and low self-confidence. But the therapist does not console and does not become resigned. He does not, as far as possible, repeat the reactions the patient has been familiar with in his environment and which again and again supported him in a fixed Gestalt of depression. The patient's family tries to console him: *«It's not as bad as you say. Don't worry, everything will be fine soon.»* But when the depressed person continues retroflecting and withdrawing from the contact, his close ones resign and send him to a specialist. By doing this, they again strengthen his rigid depressive pattern.

The therapist avoids repeating these patterns. Of course, during the course of therapy s/he will be seduced by the patient to console him or to become resigned. However, based on her/his awareness s/he can liberate her/himself from reacting automatically to the patient and s/he creates a free space with the potential for a different way of relating. That enables the patient to step out of the rigid depressive pattern.

The therapist is opening up the possibility of activity through an awareness that client and therapist are together co-creating events as they are unfolding. This

having been achieved, the action taken may be something as simple as staying awake, as retaining the capacity to think, or of seeking the support of a third party as the therapist comes near to the depressive abyss. In this way, the therapist doesn't lose hope of eventually reaching the patient, and is able to remain at his/her disposition. This continued ability to hope and to be present (despite the abyssal absence of the other) is the very foundation of therapy when dealing with severe depression.

References

- Akiskal, H.S. (2000). Mood Disorder: Introduction and Overview. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 9294–9319). 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Amendt-Lyon, N. (1999). «Mit Ihnen Schreibe ich heute Geschichte!». In R. Hutterer-Krisch et al., *Neue Entwicklungen in der Integrativen Gestalttherapie. Wiener Beiträge zum Theorie-Praxis-Bezug*. Wien: Facultas.
- Beutler, L.E. et al. (1991). *University of Arizona: Searching for Differential Treatments. Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies*. Washington D.C.: APA.
- Binswanger, L. (1960). *Melancholie und Manie*. Pfullingen: Neske [ital.: (2006). *Melanconia e mania*. Torino: Bollati Boringhieri].
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke [ital.: (1998). *La perdita dell'evidenza naturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore].
- Bloom, D. (in preparation). *Aspects of depression*.
- Bonani, M.M. (2009). L'interessamento come terapia. *Prospettive sociali e sanitarie*, 39(10), 11–15.
- Borgna, E. (1988). *I conflitti del conoscere*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (1992). *Malinconia*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (1994). L'immagine psicopatologica e clinica delle depression. In C. Bellantuono et al., *La cura dell'infelicità* (pp. 29–56). Roma, Napoli: Theoria.
- Borgna, E. (2008). *Nei luoghi perduti della follia*. Milano: Feltrinelli.
- Callieri, B. (2001). *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Roma: EUR.
- Cavaleri, P. (2007). *Vivere con l'altro*. Roma: Città Nuova.
- Francesetti, G. (2014). *Absence is the Bridge Between us. Gestalt Therapy Perspective on Depressive Experiences*. Siracusa: HCC Italy Publ.
- Francesetti, G. (2019a). The Field Strategy in Clinical Practice: Towards a Theory of Therapeutic Phronesis. In P. Brownell (ed.), *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy* (pp. 268–302). 2nd ed. Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholars Publ.
- Francesetti, G. (2019b). A Clinical Exploration of Atmospheres. Towards a Field-based Clinical Practice. In G. Francesetti & T. Griffero (eds.), *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside* (pp. 35–68). Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholars Publ.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2009). A Gestalt Therapy Perspective on Psychopathology and Diagnosis, *The British Gestalt Journal*, 18, 2.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2010). La prospettiva della psicoterapia della Gestalt sulla psicopatologia e diagnosi. *Quaderni di Gestalt*, 23, 44.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2011). *L'altro irraggiungibile. La psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. Siracusa: HCC Italy Publ.
- Francesetti, G. & Roubal, J. (forthcoming). Field Theory in Contemporary Gestalt Therapy. Part 1: Modulating the Therapist's Presence in Clinical Practice. *Gestalt Review*.

- Frank, R. (2001). *Body of Awareness. A Somatic and Developmental Approach to Psychotherapy*. Cambridge/MA: Gestalt Press [ital.: (2005). *Il corpo consapevole*. Milano: FrancoAngeli].
- Freud, S. (1925 [1917]). Mourning and Melancholia. *Collected Papers*, 4, 152–170.
- Galimberti, U. (1987). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. (2003). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Gozzetti, G. (2008). *La tristezza vitale. Fenomenologia e psicopatologia della melanconia*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224.
- Greenberg, L. & Watson, J. (2005). *Emotion-focused Therapy for Depression*. Washington D.C.: APA.
- Greenberg, L., Watson, J. & Goldman, R. (1998). Process-Experiential Therapy of Depression. In L. Greenberg, J. Watson & G. Litaer (eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* (pp. 227–248). London: Guilford Press.
- Joiner, T.E. jr & Katz, J. (1999). Contagion of Depressive Symptoms and Mood: Meta-analytic Review and Explanations From Cognitive, Behavioural, and Interpersonal Viewpoints. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 149–164.
- Kimura, B. (2000). *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*. Grenoble: Editions Jérôme Millon.
- Kimura, B. (2005). *Scritti di psicopatologia fenomenologica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Maldiney, H. (1991). *Penser l'homme et la folie*. Grenoble: Editions Jérôme Millon [ital.: (2007). *Pensare l'uomo e la follia*. Torino: Einaudi].
- Melnick, J. & Nevis, S.M. (1998). *Diagnosing in the Here and Now: a Gestalt Therapy Approach, in Handbook of Experiential Psychotherapy: Foundations and Differential Treatment*. New York: Guilford.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: Presses Univ. de France [ital.: (2004). *Il tempo vissuto*. Torino: Einaudi].
- Robine, J.-M. (2011). *On the Occasion of an Other*. Goulsboro/ME: Gestalt Journal Press [ital.: (2011). *Il dispiegarsi del sé nel contatto*. Milano: FrancoAngeli].
- Rosner, R. et al. (1999). Course of Depression in Different Psychotherapies. An Application of Hierarchical Linear Models. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(2), 112–120.
- Rossi Monti, M. (2002). *Percorsi di psicopatologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Roubal, J. (2007). Depression. A Gestalt Theoretical Perspective. *The British Gestalt Journal*, 16(1), 35–43.
- Roubal, J. (2010). Oral communication, EAGT Conference, Berlin, Sept. 2010.
- Salonia, G. (1989). Dal Noi all'Io-Tu: contributo per un teoria evolutiva del contatto. *Quaderni di Gestalt*, 8/9, 45–54.
- Salonia, G. (2001a). Disagio psichico e risorse relazionali. *Quaderni di Gestalt*, 32/33, 13–22.
- Salonia, G. (2001b). Tempo e relazione. L'intenzionalità relazionale come orizzonte ermeneutico della psicoterapia della Gestalt. In M. Spagnuolo Lobb (ed.), *La Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica* (pp. 65–85). Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2005). Cambiamenti sociali e disagi psichici. Attacchi di panico e postmodernità. In G. Francesetti (ed.), *Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società* (pp. 36–50). Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2008). La psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness. In S. Vero, *Il corpo disabitato. Semiotologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness* (pp. 51–72). Milano: FrancoAngeli.
- Salonia, G. (2010). L'anxiety come interruzione nella Gestalt Therapy. In L.D. Regazzo (ed.), *Ansia, che fare? Prevenzione farmacoterapia e psicoterapia* (pp. 233–254). Padova: CLEUP.
- Smith, E. (1985). A Gestalt Therapist's Perspective on Grief. *Psychotherapy Patient*, 2(1), 65–78.
- Spagnuolo Lobb, M. (2001a). *From the Epistemology of Self to Clinical Specificity of Gestalt Therapy, in Contact and Relationship in a Field Perspective*. Bordeaux: L'Expresserie.
- Spagnuolo Lobb, M. (2001b). La teoria del sé in psicoterapia della Gestalt. In M. Spagnuolo Lobb (ed.), *La Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica* (pp. 86–110). Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb, M. (ed.). (2005). *Gestalt-thérapie avec des patients sévèrement perturbés*. Bordeaux: L'Expresserie.
- Spagnuolo Lobb, M. (2007). L'adattamento creativo nella follia: un modello terapeutico gestaltico per pazienti gravi. In M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyon (eds.), *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt* (pp. 338–360). Milano: FrancoAngeli.
- Staemmler, F. (2004). *Cultiver l'incertitude*. Bordeaux: L'Expresserie.
- Stanghellini, G. (2006). *Psicopatologia del senso commune*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van Baalen, D. (2010). Gestalt Therapy and Bipolar Disorder. *Gestalt Review*, 14(1), 71–88.
- Vázquez Bandín, C. (2005). Espérame en el cielo. In A. Martín & C. Vázquez Bandín, *Cuando me encuentro con el Capitán Grafio ... (no) me engancho* (pp. 62–87). Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.

The Authors

Gianni Francesetti, Dr., is a Psychiatrist, Gestalt therapist, Adjunct Professor of Phenomenological and Existential Approach, Dep. of Psychology, University of Torino (Italy), International Trainer and Supervisor. He is President of the IPsiG – International Institute for Gestalt Therapy and Psychopathology and of Poiesis – Gestalt Therapy Clinical Centre of Torino.

Jan Roubal, Dr., is an Associate Professor at Masaryk University in Brno, Czech Republic, where he also works in the Centre for Psychotherapy Research. He works as Psychotherapist and Psychiatrist. He founded the Training in Psychotherapy Integration and the training Gestalt Studia in the Czech Republic. He also works as a Psychotherapy Trainer and Supervisor internationally.

Contact

Gianni Francesetti
E-Mail: gianni.francesetti@gmail.com
Jan Roubal
E-Mail: jan.roubal.cz@gmail.com

Approche de Gestalt-thérapie des expériences dépressives

Gianni Francesetti & Jan Roubal

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 46–48 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-46>

Mots clés : Gestalt-thérapie, dépression, deuil, psychopathologie, fonctions propres

Cet article place l'expérience dépressive dans un cadre issu d'une perspective de Gestalt-thérapie phénoménologique. Il se concentre sur la manière dont le patient et le thérapeute sont affectés en même temps par un champ dépressif, et il propose une approche radicalement relationnelle de la dépression, dans laquelle le client et le thérapeute sont vus comme victimes de dépression, et maintenant dans la situation de thérapie. Afin de mieux mettre en exergue le cœur de la souffrance de personnes en dépression et la spécificité du traitement de cette dernière, on commence par distinguer le deuil et l'expérience dépressive.

Le deuil est perçu comme une manière d'assimiler une perte importante. Il aide l'individu non seulement à assimiler la perte subie, mais aussi son expérience relationnelle avec l'être perdu. L'un des dons que nous fait la mort est celui de nous révéler la beauté de l'être disparu. Son absence révèle la profondeur et la valeur de sa présence. Le côté négatif de cela pour ceux qui restent est la découverte que ceux-ci font de leurs propres absences en présence de l'être aimé : « *Pourquoi n'ai-je pas réalisé combien il était important, merveilleux et enrichissant d'être avec lui/elle ?* » La période de deuil sert à établir une *double loyauté* : la loyauté envers la relation qui a été perdue, et la loyauté envers la vie qui doit continuer. Lorsque cette double loyauté a été instaurée, la période de deuil prend fin. Le deuil permet à la vie de préserver la richesse dont on hérite de la relation passée, et de se lancer une fois de plus dans la fontaine éternellement jaillissante de la nouveauté.

Pendant le réveil immédiat d'un deuil, c'est le caractère irrémédiable qui tend à dominer l'avant-plan, les souvenirs du passé tendant à remonter à la surface, la prise de conscience d'avoir été avec l'être perdu et de tout ce que vous avez vécu avec lui. De cette manière, l'expérience de la relation est assimilée et le sujet atteint progressivement un état de *présence dans l'absence*. Celui ou celle qui reste apprend à porter l'être perdu avec lui ou elle, en développant une nouvelle capacité d'« être-avec » l'autre et une nouvelle forme de fidélité. Une expérience similaire peut être observée avec d'autres types d'événements importants de la vie comprenant des pertes, comme l'avortement, le licenciement, le fait de devenir un réfugié, etc. Le processus d'assimilation requis est semblable à celui qui est demandé dans les cas de deuil.

Dans l'expérience du deuil, une personne ou un objectif spécifique devient hors d'atteinte et c'est là que réside la perte subie. L'expérience de la dépression mélancolique se présente sous un autre jour : ce qui est perdu est ce qui ancre le sujet dans le tissu qui le relie au monde. Dans le premier cas, quelqu'un perd l'autre personne à laquelle il est attaché, dans le second cas, on perd les conditions qui permettent de former un tel lien. La gravité de la dépression d'un patient peut être mesurée dans les formes que prend le détachement de *l'entre-deux*, qui est le tissu qui nous relie au monde et à la vie à tous les instants. Dans les cas de mélancolie, ce terrain commun a cessé d'exister et ne peut par conséquent plus être traversé. Cet entre-deux n'est plus un lieu de rencontre. Il s'est au contraire transformé en un abîme cosmique insurmontable.

Dans de telles conditions, la fonction de l'ego est potentiellement réduite à néant, à un état de stupeur dans lequel rien ne se passe. La fonction id (la fonction préréflexive qui nous relie au monde en précédant le fossé entre le moi et le monde, l'organisme et l'environnement), assume à sa place un rôle plus significatif. On est en présence d'un désordre de l'id de la situation dans lequel est générée la source même de la subjectivité, du temps, de l'espace et de l'intentionnalité – la vie elle-même. Le profond dysfonctionnement de la fonction id signifie qu'il est devenu impossible de co-crée une figure de contact. Ce dysfonctionnement se trouve au cœur de la difficulté qu'éprouve le thérapeute à établir une relation avec le patient, en assurant les allers et les retours habituels de résonances, consonances et dissonances susceptibles d'emplir l'espace et le temps thérapeutiques. En bref, rien ne se répercute dans *l'entre-deux* thérapeutique.

L'expérience dépressive est l'expression d'un champ relationnel. Le temps et l'espace sont les routes que nous concevons de nous-mêmes lorsque que nous frayons notre chemin vers ce qui est aimé et nécessaire. Ce sont des variables dépendant de la relation, générées par les impulsions du voyage lui-même, qui n'est jamais seulement un simple mouvement mais toujours un co-mouvement. Si ce mouvement fait défaut, ce dont nous faisons l'expérience est l'abîme qui nous sépare. Le pont affectif sur lequel nos mois eux-mêmes se constituent et duquel jaillit la subjectivité est perdu. Les expériences dépressives sont l'expression en l'individu d'une expérience relationnelle

spécifique : à savoir l'impossibilité d'atteindre l'autre. En termes plus précis : la *dépression est la manière dont le sujet fait l'expérience de l'abandon de tout espoir face à l'inefficacité de ses vaines tentatives pour atteindre l'autre*. La dépression peut par conséquent être vue comme *l'absence de présence*, et peut être comprise comme un phénomène relationnel co-construit présentant trois caractéristiques intrinsèques et essentielles : un profond attachement, dans lequel l'autre est aimé et nécessaire, l'échec de tous les efforts pour atteindre l'autre et l'absence émotionnelle de l'autre de la relation.

La réaction habituelle de la famille du patient/de la patiente ou des personnes les plus proches et les plus chères vis-à-vis de l'état dépressif de ce dernier ou de cette dernière est polaire. Elle commence par chercher à l'encourager (« *Allez, tout va bientôt s'arranger. Allons un peu nous divertir, cela t'aidera à surmonter cette situation* »). Plus tard, lorsque cet effort s'avère vain et qu'elle commence à s'y épuiser, elle s'efforce de se protéger et s'éloigne de la personne déprimée (souvent avec une agressivité plus ou moins dissimulée). Le ou la thérapeute se retrouve dans le même schéma relationnel et tend à ressentir des impulsions qui l'amènent à répéter les réactions décrites vis-à-vis de la personne dépressive. Le ou la thérapeute se sent attiré(e) par l'expérience de cette dernière comme par un aimant. Puis il ou elle adopte une distance émotionnelle de sécurité en arborant un masque professionnel, comme si l'expérience dépressive ne lui était pas familière, en commençant parfois à assumer une responsabilité inappropriée de toute la situation. Ou bien le ou la thérapeute devient plus proche en partageant dans une certaine mesure l'expérience dépressive du ou de la patiente. Les échecs répétés des expériences du ou de la thérapeute mènent ce dernier ou cette dernière à la solitude, au désespoir, à la honte, et commencent à lui peser. Dans ce cas, il ou elle peut se sentir menacé(e) par le risque d'une « contagion dépressive », il ou elle ressent que : « *C'est trop pour moi !* » et réagit en se protégeant lui- ou elle-même et/ou en devenant agressif vis-à-vis du ou de la patiente : « *Il ou elle est insupportable. Il ou elle a besoin de moi et je suis là, lui tendant la main, mais il ou elle est incapable de s'en apercevoir !* » ou bien encore « *Rien de ce que je fais n'est d'une quelconque utilité, il ou elle fait tout à sa guise et c'est tout !* » Le ou la thérapeute peut être alors tenté(e) de défier le ou la patiente : « *Et bien c'est entendu, voyons ce qui aura le plus de poids : mon engagement ou ton inertie !* »

Grâce à sa conscience de la situation, le ou la thérapeute garde la possibilité de sortir de ce schéma relationnel rigide et répond différemment à la personne déprimée – il ou elle reste disponible pour le contact, ne s'adresse plus de reproches ni au patient ou à la patiente, sans pour autant abandonner tout espoir. Ce faisant, le ou la thérapeute change l'organisation rigide de l'environnement, tout en ouvrant un espace permettant à son patient ou à sa patiente de changer. Il est important pour le ou la thérapeute d'être conscient(e) de sa propre expérience et de ne pas reprocher la situation à son patient/sa patiente ou à soi-même, parce que des reproches représentent une

caractéristique distincte d'organiser un champ dépressif. La tâche du thérapeute consiste à rester présent(e), alors qu'il serait facile de se perdre, de s'endormir ou de perdre son sang-froid, sans devenir dépressif quand il est si facile de perdre tout espoir. Une telle situation représente une des tâches les plus ardues que doit affronter un ou une psychothérapeute : il ou elle se met soi-même à la disposition du patient ou de la patiente, mais dans cette situation sa fonction id rencontre un abîme. Comment il ou elle peut habiter une telle cavité, un tel abîme ?

Le ou la thérapeute doit se remémorer de toutes ses expériences, parce que celles-ci représentent une manière d'être-avec l'autre dans le champ relationnel. La perspective du champ fournit une assistance au ou à la thérapeute à deux niveaux : elle le ou la met en capacité de donner du sens à ses émotions, tout en lui permettant d'agir. En se posant simplement la question « *comment allons-nous poursuivre notre dépression ensemble maintenant ?* », le ou la thérapeute restaure l'équilibre de la situation. L'expérience dépressive est comme un marais, tant pour le patient que pour le thérapeute. Il est inutile de sauter dans un marais, de se donner des buts thérapeutiques ambitieux, de se forcer à être optimiste. Plus le ou la thérapeute encourage le patient à sauter, et plus le patient s'enfoncé. On a plutôt besoin de petits mouvements visant à rechercher des sources mineures d'assistance. Le ou la thérapeute ne force pas le patient à l'introspection, ne recherche pas ce qui ne marche pas. Ce schéma de rétro-réflexion et d'autocritique est déjà trop profondément à l'œuvre. Le travail se concentre autour de la tâche primaire consistant à créer un environnement sauf, un champ relationnel sauf dans lequel les capacités d'auto-guérison du patient peuvent être activées.

Dans la relation thérapeutique, le thérapeute est le gardien de l'espoir mais aussi, d'une façon plus radicale, du temps et de l'espace. Le temps et l'espace thérapeutiques deviennent des *loci* dans lesquels le temps et l'espace de l'expérience recommencent progressivement à coaguler. Le ou la thérapeute se redonne la possibilité d'agir à travers la prise de conscience que le client et le thérapeute co-crèent ensemble les événements au fur et à mesure qu'ils se déroulent. Ceci ayant été réalisé, l'action effectuée peut être quelque chose d'aussi simple que le fait de rester éveillé, que de conserver la capacité de penser ou de solliciter l'aide d'un tiers si le ou la thérapeute s'approche de l'abîme dépressif. De cette manière, le ou la thérapeute ne perd pas l'espoir de finir par atteindre le patient ou la patiente, et est capable de rester à sa disposition. Ce maintien de la capacité de garder l'espoir et de rester présent constitue le fondement même d'une thérapie visant à traiter une grave dépression.

Les auteurs

Gianni Francesetti, Dr., est un psychiatre, Gestalt-thérapeute, professeur adjoint d'approche phénoménologique et existentielle au département de psychologie de l'Université de Turin (Italie), formateur et superviseur international. Il est président de l'IPsiG – International Institute for Gestalt Therapy and

Psychopathology and of Poiesis – Gestalt Therapy Clinical Centre of Torino (Institut international de Gestalt-thérapie, de psychopathologie et de poïétique du Centre clinique de Gestalt-thérapie de Turin).

Jan Roubal, Dr., est professeur associé à l'Université Masaryk à Brno, République Tchèque, où il travaille aussi au Centre dédié à la recherche en psychothérapie. Il travaille en tant que psychothérapeute et que psychiatre. Il a créé le Centre de formation en intégration psychothérapeutique et les Études de formation en Gestalt en République Tchèque. Il travaille également au niveau international en tant que formateur et superviseur en psychothérapie.

Contact

Gianni Francesetti

E-Mail : gianni.francesetti@gmail.com

Jan Roubal

E-Mail : jan.roubal.cz@gmail.com

Depression – ein komplexes dynamisches System

Günter Schiepek

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 49–58 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-49>

Zusammenfassung: Der vorliegende Beitrag befasst sich mit neueren Befunden zur Depressionsforschung, vor allem zur psychotherapeutischen Behandlung von Depression. Auf Wunsch der Redaktion sollte damit auch eine Synopse der wissenschaftlichen und praktischen Entwicklungen gegeben werden, die am Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und der kooperierenden Forschergruppen stattfinden. Ein Schwerpunkt liegt in der Personalisierung der Psychotherapie und betrifft sowohl neuere Methoden der Fallkonzeption (z. B. idiografische Systemmodellierung und deren computerbasierte Visualisierung) als auch Verfahren des hochfrequenten Prozessmonitorings und Prozessfeedbacks. Hierfür wurde das Internet- und App-basierte Synergetische Navigationssystem (SNS) entwickelt und erprobt. Die Verläufe der Psychotherapie depressiver Patient*innen zeigen diskontinuierlich Sprünge dynamischer Muster (sogenannte Ordnungsübergänge), die von einer erhöhten kritischen Instabilität (dynamische Komplexität) und zeitlich begrenzter Synchronisation der Items eines Prozessbogens eingeleitet werden. Erhöhte kritische Instabilität ist zudem prädiktiv für besseren Therapieerfolg. In einer Studie an komorbid depressiven Patient*innen mit Zwangsstörungen wurde deutlich, dass sich neben klinischen Verbesserungen auch die funktionelle Konnektivitätsdynamik neuronaler Netze verändert. Wiederholte fMRT-Scans zeigten, dass Flexibilität und Fluidität der Neurodynamik mit der Psychopathologie (z. B. Depressionsintensität, BDI) negativ assoziiert sind, aber im Verlauf von Psychotherapie zunehmen. Abschliessend erfolgt eine Einschätzung von Möglichkeiten, nichtinvasive Neurostimulation mit Psychotherapie zu kombinieren.

Schlüsselwörter: personalisierte Psychotherapie, Prozessmonitoring, therapeutische Verlaufsmuster, Ordnungsübergänge, Frühwarnindikatoren, neuronale Prozessmuster, nichtinvasive Neurostimulation

Problemstellung

Depression ist ein gravierendes *Public Health*-Problem, mit einer erheblichen Prävalenz- und Inzidenzrate. Allein in Europa erhalten mehr als 10 Millionen Menschen pro Jahr eine entsprechende Diagnose (*Major Depressive Disorder*, MDD) (Whiteford et al., 2013). Depressionen führen zu einem starken subjektiven Leiden mit Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Gefühlsarmut (*numbness*), Antriebsarmut und Motivationsverlust, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und anderen, zu erhöhten Suizidraten, aber auch zu ökonomischen Folgeschäden im individuellen Bereich und in der Dimension ganzer Volkswirtschaften (Greenberg et al., 2015). Behandlungsmöglichkeiten existieren (vor allem Pharmakotherapie und Psychotherapie), sind aber in vielen Fällen nicht nachhaltig genug und können Rezidive nicht verhindern. 20–30 % aller Patient*innen sprechen auf Standardbehandlungen nicht an und gelten als behandlungsresistent (Olchanski et al., 2013). Somit kann die Entwicklung neuer Therapie-möglichkeiten als wichtig und dringlich gelten.

Ein Weg dieser Entwicklungen geht in Richtung störungsspezifischer Behandlungsmanuale, wobei vor allem kognitive Verhaltenstherapie in Einzel- und Gruppensettings als Teil internationaler Behandlungsrichtlinien gilt (Butler et al., 2006) und sich als ähnlich wirksam wie antidepressive Pharmakotherapie erwiesen hat (DeRubeis et al., 2008), allerdings auch nicht als (substanziell) wirksamer als andere *bona fide* und kompetent durchgeführte Psycho-

therapieansätze (Shedler, 2018; Wampold et al., 2017). Der Dodo-Bird-Effekt, der in zahlreichen Meta-Analysen bestätigt und repliziert werden konnte («Unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze haben im direkten Vergleich ähnliche Effekte»), schlägt offenbar auch im Bereich der Depressionstherapie zu (Wampold et al., 2018).

Personalisierte Psychotherapie

Ein anderer Weg geht in Richtung personalisierter Psychotherapie, was bedeutet, dass sich Interventionen nicht nur am Störungsbild orientieren, sondern auch am aktuellen Entwicklungsstand einer Therapie (Schiepek, 2019). Personalisierung erfordert ein prozesssensitives Vorgehen, das unter Nutzung entsprechender Entscheidungsheuristiken eine Auswahl von Methoden und Ansatzpunkten trifft. Eine Voraussetzung hierfür ist, die Veränderungsprozesse tatsächlich zu erfassen und auf der Höhe des Geschehens zu analysieren und zu visualisieren, was mit Internet- und App-basierten Methoden möglich ist. Patient*innen schätzen dabei den Stand ihrer Entwicklung, verschiedene Emotionen, ihre Veränderungsmotivation, die Therapiebeziehung, Mentalisierung, Körpererleben und andere prozessrelevante Aspekte regelmässig (z. B. täglich) ein und besprechen die resultierenden Prozessmuster in den Sitzungen mit ihrem Therapeuten bzw. ihrer Therapeutin (Abb. 1). Benutzt werden hierfür standardisierte Prozessfragebögen wie der Therapie-Prozessbogen (TPB, Schiepek et al., 2019) oder

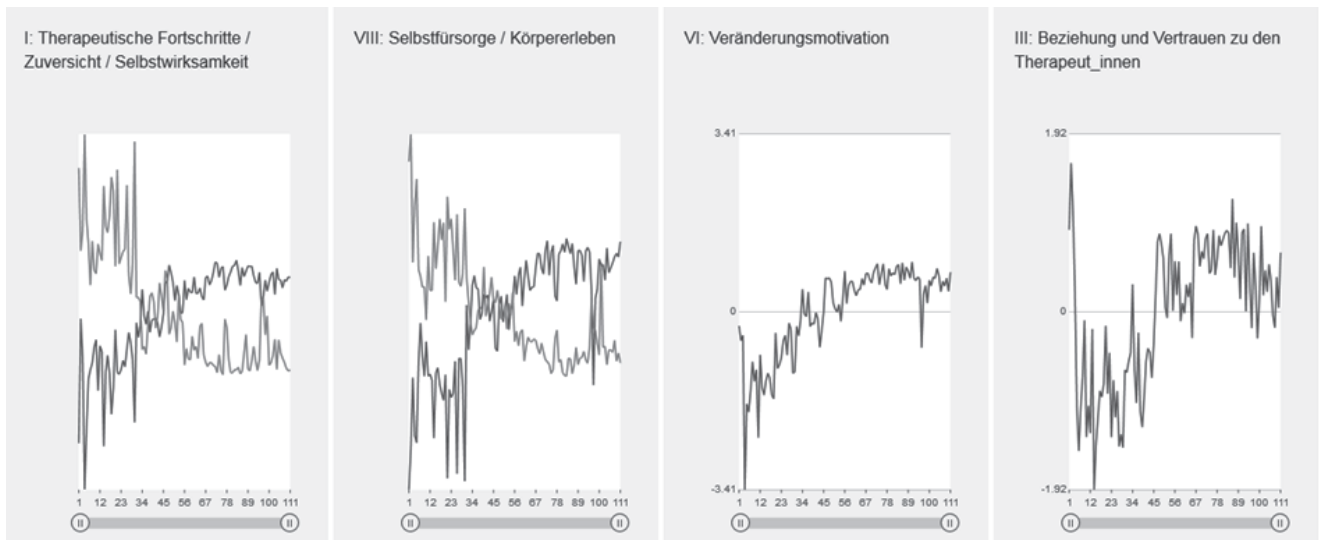


Abb. 1: Therapieprozess eines Patienten mit Depression und Zwangsstörung. Zeitreihen von links nach rechts: Therapeutische Fortschritte/Zuversicht/Selbstwirksamkeit (überlagert von Symptom- und Problembelastung), Selbstfürsorge/ Körpererleben (überlagert von dysphorischer Emotionalität), Veränderungsmotivation, therapeutische Beziehung. X-Achse: Therapiedauer in Tagen. Erkennbar ist ein Musterwechsel (Ordnungsübergang) nach etwa einem Drittel der Therapie, mit starken kritischen Fluktuationen im zeitlichen Vorfeld.

aber personalisierte Fragebögen, die auf der Basis einer umfassenden Fallkonzeption gemeinsam mit den Patient*innen erstellt werden. Erkennbar ist in jedem Fall, dass Therapieprozesse keinem Standardverlauf folgen, sondern hoch komplex und individuell verlaufen (Schiepek et al., 2020).

Ein Vorgehen, das sich für kooperative Fallkonzeptionen in besonderer Weise eignet, ist die idiografische Systemmodellierung, bei der die relevanten Aspekte des Problemgeschehens und der Art der Verarbeitung durch Patient*innen (Symptome, Beschwerden, aber auch Ressourcen, Kompetenzen, Bewertungen, Copingstrategien etc.) als Variablen herausgearbeitet und ihre Wechselwirkungen in Form von Pfeilen visualisiert werden. Ein solches Modell liefert eine multi-perspektivische, systemische und

dynamische Betrachtung des Problemszenarios, aber auch möglicher Ansatzpunkte für Veränderung und persönliche Entwicklung (Abb. 2). Die Variablen des Modells können in Fragen zur Selbsteinschätzung übersetzt werden und sind dann über Internet oder App zur Beantwortung verfügbar. Die Fragebogenbeantwortung sowie die Analyse und Visualisierung erfolgt mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS, Schiepek et al., 2018a, b).

Beispiele für Systemmodelle und Prozesserfassungen liegen für Patient*innen mit der Hauptdiagnose Depression oder aber mit depressiver Belastung bei anderen Hauptdiagnosen vor (Kronberger & Aichhorn, 2015; Schiepek et al., 2013a; 2016, 2018b). Die Effekte eines solchen personalisierten Vorgehens sind vielfältig: Bereits die Modellierung in Kooperation mit Patient*innen eröffnet neue und vielfältige Perspektiven auf das Problem und macht systemische Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Aspekten deutlich, womit eine kognitiv-emotionale Umstrukturierung angeregt wird. Ziele und Interventionen beziehen sich nicht (nur) auf «die Depression», sondern auf Variablen und Relationen, die im Systemmodell dargestellt sind, womit sie erheblich spezifischer werden. Die Prozesse und Dynamiken der Variablen werden erfasst und dargestellt, was die Grundlage für datenbasierte Fallreflexionen mit Patient*innen liefert. Tägliche Selbsteinschätzungen während der Therapie und darüber hinaus, zum Beispiel bei Settingwechseln oder während eines Nachbehandlungszeitraums, fokussieren auf Themen, Inhalte, Therapieziele und Ressourcen im Alltag, die ansonsten weniger im Fokus stünden (öko-systemische Perspektive). Therapeut*in und Patient*in erhalten Hinweise auf sensitive Phasen im Prozess, die sinnvoll genutzt werden können. Entscheidungsheuristiken wie die generischen Prinzipien (Haken & Schiepek, 2006; Rufer, 2012) liefern Hinweise auf geeignete nächste Schritte im Prozess.

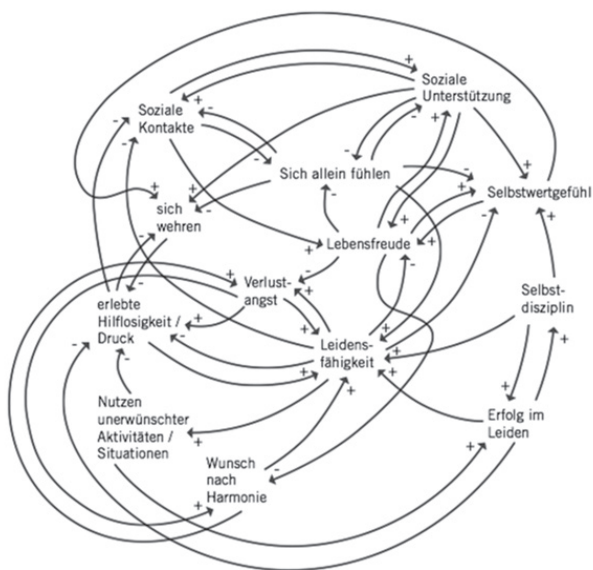


Abb. 2: Beispiel eines idiografischen Systemmodells einer Patientin mit depressiver Belastung

Im Rahmen eines personalisierten Prozesses können Interventionen system- und prozessspezifisch eingesetzt werden, und bereits die Modellierung und Prozessmessung im Sinn einer kontinuierlichen Selbstreflexion verändern den «Messgegenstand», sind also veränderungsrelevant. Zudem erfolgt eine Evaluation jeder einzelnen Psychotherapie, wobei sich die Evaluation nicht nur auf punktuelle Prä-Post-Erfassungen bezieht, sondern auf die Veränderung prozessualer Muster. So kann ein hochdynamisches Fluktuieren von Emotionen wie bei Borderline-Störungen oder dem *rapid cycling* von zyklischen Störungen deutlich stabiler werden oder die eingeschränkte und rigide Emotionalität depressiver Patient*innen (*emotional numbness*) flexibler, adaptiver und komplexer, ohne dass sich dies im Mittelwert der Prozesse ausdrücken müsste.

Für die therapeutische Praxis ist es wichtig, die Fallkonzeption in Kooperation mit den Patient*innen an den Anfang zu stellen. Damit entsteht eine multiperspektivische und systemische Sicht auf das Problem und auf mögliche Ansatzpunkte für die Veränderung, und es entstehen die Variablen (Items eines individuellen Prozessfragebogens), mit denen der gesamte Therapieprozess gescannt wird. Danach, das heißt, sobald der Prozessfragebogen im SNS verfügbar ist, was wiederum in Kooperation mit den Patient*innen geschieht, startet das Monitoring, und darauf aufbauend der therapeutische Feedbackprozess. Demgegenüber würde ein Vorgehen, das lediglich datenbasierte korrelative Netzwerke von Symptomzeitreihen generiert (z. B. Borsboom & Cramer, 2013), nur zu der Feststellung führen, dass Symptome Symptome produzieren, lässt Patient*innen aussen vor und setzt am falschen Ende des Prozesses an, nämlich dann, wenn bereits Zeitreihen vorliegen. Ein weiteres Problem von statistischen linearen Netzwerkanalysen (meist werden Varianten von Partialkorrelationen verwendet) besteht darin, dass sie nichtlineare Kausalrelationen (Systemzusammenhänge) auch in einfachen Systemen mit wenigen Variablen nicht identifizieren können. Aus Korrelationen lassen sich keine Kausalrelationen ableiten, vor allem keine nichtlinearen.

Veränderungsmuster und Frühwarnindikatoren

Im Verlauf von Psychotherapien depressiver Patient*innen sind bei hochfrequenten (d. h. täglichen) Prozessmessungen spezifische Verlaufsmuster zu erkennen, die sich allerdings nach Stand unserer Kenntnis nicht grundlegend von den Prozessmustern bei anderen Diagnosen unterscheiden. Aufgrund der empirisch gut belegten Annahme, dass Psychotherapien selbstorganisierte Prozesse eines bio-psycho-sozialen Systems (nämlich des Patienten/der Patientin und seines/ihrer sozialen Umfeldes) sind, kann man diskontinuierliche, also sprunghafte Veränderungen erwarten (vgl. Abb. 1), die dem entsprechen, was man in der Theorie als «Ordnungsübergänge» oder «Phasenübergänge» bezeichnet (Haken & Schiepek, 2006). Diese spontanen Musterwechsel sind nicht notwendigerweise Reaktionen auf eine spezifische Intervention (vgl. die Fallbeispiele in Kronberger & Aichhorn, 2015; Schiepek

et al., 2009, 2016) und treten in erfolgreicheren Therapien deutlicher auf als in weniger erfolgreichen (Haken & Schiepek, 2006; Helmich et al., 2020). Wie in einer Studie mit Zwangspatient*innen gezeigt werden konnte, haben diese Musterwechsel auch Entsprechungen in der Aktivierung neuronaler Strukturen, was bedeutet, dass psychische und neuronale Veränderungen als selbstorganisierte Musterwechsel synchron auftreten (Schiepek et al., 2013b). Man könnte also sagen, dass der Meso- und Makro-Outcome von Psychotherapien die Folge von selbstorganisierten Ordnungsübergängen ist.

In der Regel ereignen sich die Ordnungsübergänge nicht aus «heiterem Himmel», sondern werden durch bestimmte Veränderungen in der Dynamik eingeleitet. Man kann sich das so vorstellen, dass sich bestehende Muster – «Attraktoren» – auflösen und instabil werden, bevor sich ein neues Muster etabliert. Diese Destabilisierung drückt sich in sogenannten kritischen Instabilitäten aus, die kurz vor Musterübergängen auftreten und somit als Frühwarnindikatoren dienen können. Ein Mass für die kritische Instabilität von Zeitreihen ist die dynamische Komplexität, in der sich eine Veränderung der Amplitude, der Frequenz und der Streuung der Werte über die verfügbare Skala ausdrückt (Schiepek & Strunk, 2010).

In einer Studie an 328 Patient*innen mit affektiven Störungen (einem Spektrum von rezidivierenden und chronischen Depressionen sowie zyklischen Störungen) konnte eine Zunahme der dynamischen Komplexität im Sinne eines Frühwarnindikators vor einem Sprung in der Dynamik festgestellt werden (Olthof et al., 2019a). Die Patient*innen wurden stationär behandelt und ihre Verläufe mit dem Therapie-Prozessbogen täglich erfasst (die Daten stammen aus dem Grossdatensatz zur SNS-basierten Prozess- und Outcome-Forschung). Die Studie konzentrierte sich auf die Identifikation von *sudden gains* oder *sudden losses*, also sprunghafter Veränderungen des Niveaus einer Zeitreihe, in diesem Fall des Faktors «Symptom- und Problemintensität» des TPB. Die Abschnitte mit stabilem Niveau und deren sprunghaften Veränderungen wurden mit der Methode des *recursive partitioning* identifiziert (Abb. 3).

Die Studie konnte im Wesentlichen replizieren, was an einem kleineren Datensatz mit 94 Therapieerläufen unterschiedlicher Diagnosen festgestellt worden war, dass nämlich Ordnungsübergänge häufig von einer Zunahme kritischer Instabilität eingeleitet werden (Haken & Schiepek, 2006). Dies ist ein Phänomen, das offenbar weder diagnose- noch psychotherapiespezifisch ist, denn es tritt auch bei Musterwechseln in der Motorik auf (Haken et al., 1985; Kelso et al., 1986) sowie in komplexen Systemen, die gar nichts mit dem Menschen zu tun haben, zum Beispiel in physikalischen Systemen wie dem Laser oder vor dem Übergang zu Konvektionsströmungen in Flüssigkeiten (Haken, 1990) oder auch vor dem Kippen von Ökosystemen (Scheffer et al., 2009). Therapierelevant sind die *precursors* (Frühwarnzeichen) insofern, als in Phasen der Destabilisierung ein anderes therapeutisches Vorgehen notwendig ist als in stabilen Phasen. So kommt es vor einem möglichen Musterwechsel darauf an, die Balance

zwischen Stabilitätsbedingungen (generisches Prinzip 1) und Fluktuationsunterstützung (*deviation amplifying feedback*, generisches Prinzip 5) besonders im Blick zu behalten. In der Arbeit mit depressiven Patient*innen ist zu berücksichtigen, dass kritische Instabilitäten nicht nur vor entwicklungs-förderlichen Ordnungsübergängen (z. B. *sudden gains*) auftreten, sondern auch vor suizidalen Krisen. Wenngleich nach Stand des Wissens eine Langfristvorhersage suizidaler Krisen unmöglich erscheint, so ist immerhin eine kurzfristige Vorhersage möglich (Fartacek et al., 2016). Das SNS erhält dabei die Funktion eines Frühwarnsystems.

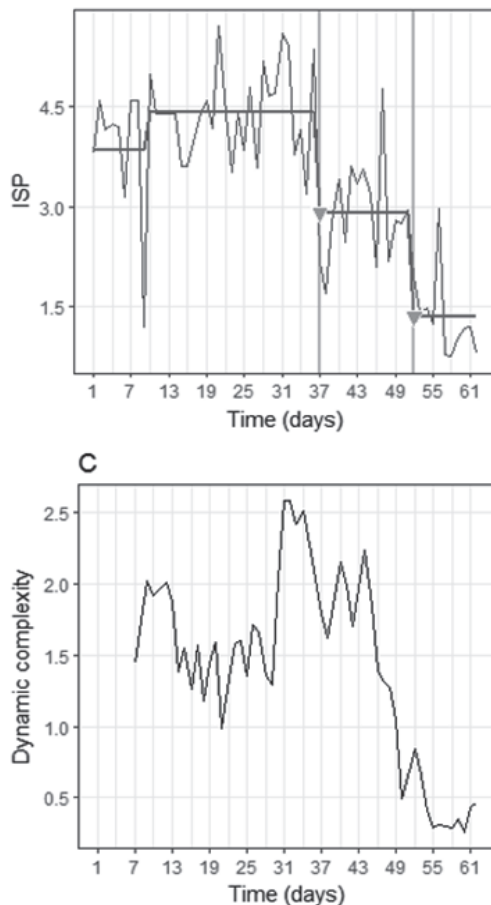


Abb. 3: Oben: Beispiel für die Partitionierung der Zeitreihe Symptom- und Problembelastung (hier ISP genannt) eines Patienten in stabile Segmente. Die Dreiecke markieren sogenannte *sudden gains*, also sprunghafte Reduzierungen der Symptombelastung. Unten: Die Entwicklung der dynamischen Komplexität dieser Zeitreihe, berechnet in einem überlagernden Gleitfenster von 7 Messpunkten (=Tagen) Breite (aus Olthof et al., 2019a).

Neben einer Zunahme kritischer Fluktuationen gibt es auch noch andere *precursors* oder Marker von sich anbahnenden Ordnungsübergängen. Einer ist die Zunahme der Synchronisation von Subsystemen oder von Elementen eines Systems, was in Psychotherapien bedeutet, dass sich Kognitionen (z. B. Selbstwahrnehmungen, Prozesseinschätzungen), Emotionen und Symptomintensitäten sehr kohärent verhalten. Im SNS drückt sich das in einer

erhöhten Interkorrelation der Itemdynamik des verwendeten Prozessfragebogens aus (Haken & Schiepek, 2006), wofür die Berechnung der Mittelwerte der absoluten (ohne Vorzeichen) Interitem-Korrelationen in einem laufenden Zeitfenster sowie eine ebenfalls dynamische Darstellung der Interkorrelationen in einer Matrix (Vorzeichen in Farbe dargestellt) zur Verfügung steht. Dieses Phänomen einer Synchronisationszunahme findet man übrigens auch in neuronalen Prozessen (Basar-Eroglu et al., 1996; Singer & Gray, 1995) sowie in Ökosystemen am Rande eines ökologischen «Kippens» (Scheffer et al., 2009). Ein weiteres Merkmal speziell psychotherapeutischer Prozesse kurz vor einem Ordnungsübergang ist die Zunahme von Stress, emotionaler Belastung und Symptomen (Mahoney, 2001; Schiepek et al., 2016). Hayes und Strauss (1998) berichten über einen Zusammenhang zwischen Destabilisierung und emotionaler Intensität in Therapiesitzungen, was der Beobachtung vieler Praktiker*innen entspricht, dass es Patient*innen erst einmal schlechter geht, bevor eine Verbesserung eintritt.

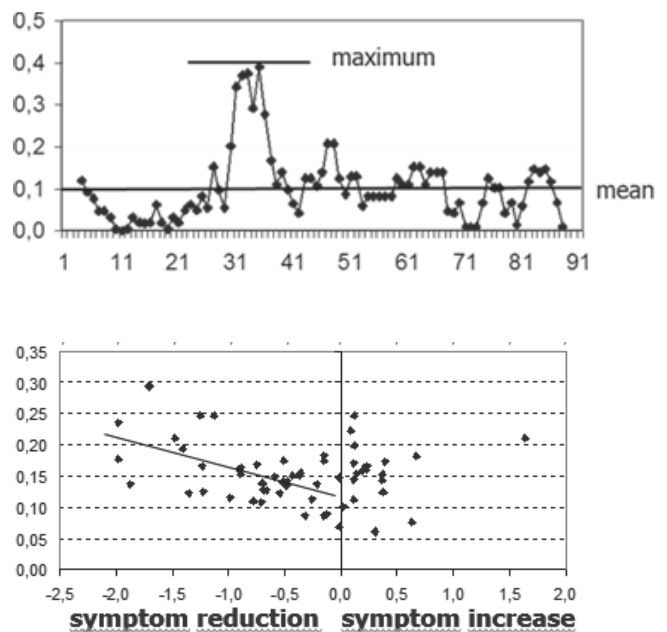


Abb. 4: Zusammenhang zwischen dem Peak der kritischen Instabilität und dem Therapieeffekt. Die Differenz zwischen dem Durchschnitt und dem Maximum der dynamischen Komplexität (oben) ist in der Grafik unten auf der y-Achse dargestellt. Die Problemreduktion ist auf der x-Achse ab der vertikalen Linie nach links dargestellt, die Problemzunahme ab der vertikalen Linie nach rechts. Jeder Punkt repräsentiert eine*n Patientin/en. Die Korrelation zwischen der Höhe des Komplexitätsspeaks und der Problemreduktion ist $-.543$ ($p < .001$) für die Patient*innen, die sich verbessert, und $-.066$ ($p = .394$) für die Patient*innen, die sich nicht verbessert oder verschlechtert haben. Der Effekt wurde gemessen mit einer Kombination aus dem Gießener Beschwerdebogen (GBB, Brähler & Scheer, 1995), dem Inventar Interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz et al., 1994) und der Hospital Anxiety and Depression Scale – dt. Version (HADS-D, Herrmann et al., 1995) (s. Haken & Schiepek, 2006, S. 416–422).

Ein interessanter Zusammenhang besteht zwischen dem Grad der Destabilisierung und dem Effekt von Psychotherapien. Der Grad der Instabilität vor einem Ordnungsübergang scheint mit dem Behandlungserfolg direkt in Zusammenhang zu stehen, was eine Folge von (1) Destabilisierung bestehender Muster zu (2) Musterwechsel (Ordnungsübergang) zu (3) Therapieeffekt nahelegt. Dieser Zusammenhang wurde in einer multidiagnostischen Patient*innengruppe (Haken & Schiepek, 2006; Abb. 4), bei Zwangspatient*innen (Schiepek et al., 2014), bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen (Hayes & Yasinski, 2015) und auch bei Adolescent*innen (Lichtwarck-Aschoff et al., 2012) gefunden. Van de Leemput et al. (2014) berichten darüber mit Bezug auf Patient*innen mit affektiven Störungen (v. a. Depression) und unser Kooperations-team mit der Radboud Universität Nijmegen (Olthof et al., 2019b) ebenfalls. Die Analyse beruht auf den Prozessdaten von 328 Patient*innen mit affektiven Störungen (v. a. einzelne Episoden, mehrfache Episoden und chronische Depression, vgl. die zuvor erwähnte Studie von Olthof et al., 2019a). Das Hautergebnis zeigte, dass bei den Patient*innen, die sich verbessert hatten, ein deutlicherer Zusammenhang zwischen der Intensität der dynamischen Komplexität und der Verbesserung (Symptomreduktion im ICD-10 basierten Symptomrating, Tritt et al., 2013) vorliegt als bei den Patient*innen, die sich nicht verbessert hatten (Abb. 5).

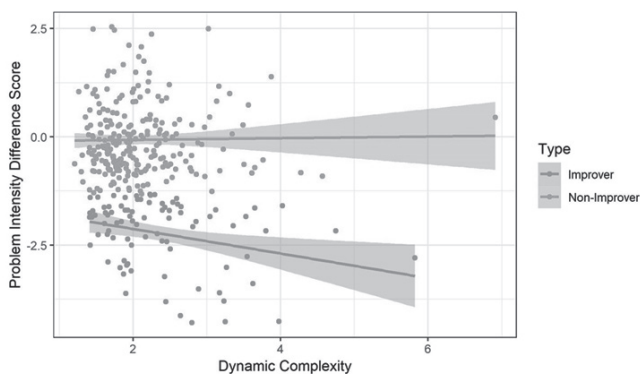


Abb. 5: Zusammenhang zwischen Problemreduktion bzw. Problemzunahme (y-Achse) und dynamischer Komplexität (x-Achse) bei Patient*innen, die sich verbessert hatten (untere Linie), und denen, die sich nicht verbessert hatten (obere Linie) (Quelle: Olthof et al., 2019b)

Neuronale Aktivierungsmuster bei Depression

Neben den psychologischen Korrelaten und Prozessmustern der Therapie von Depression gibt es zahlreiche, möglicherweise störungsspezifische biologische Marker und Befunde, zum Beispiel zu Stress, Traumatisierung und Depression (Depression als Stress-Folgeerkrankung), Herzinsuffizienz, endokrinen und immunologischen Korrelaten, Epigenetik, und auch zu neuronalen Mechanismen. Auf der Ebene neuronaler Aktivierungsmuster werden zum Beispiel eine Lateralitätshypothese im Sinne einer verschoben

benen präfrontalen Aktivierung, eine Dysregulation des limbischen Systems (z. B. verstärkte Amygdala-Aktivierung), oder eine eingeschränkte Top-Down-Regulation von kortikalen auf limbische Strukturen diskutiert. Klar dürfte inzwischen sein, dass Depression nicht durch lokalisierte Über- oder Unteraktivierungen in einzelnen Hirnregionen erklärbar ist, sondern dass es sich eher um Netzwerke vieler Strukturen handelt, die dysreguliert funktionieren. In einer Meta-Analyse haben wir die Befundlage zur Neurokonnektivität bei Depression zusammengetragen (Studien aus den Jahren 2002–2015, die neuronale Auffälligkeiten bei depressiven im Vergleich zu gesunden Proband*innen verglichen; Helm et al., 2018), wobei vor allem eine Beteiligung des orbitofrontalen und -medialen Kortex, des anterioren cingulären Kortex, der Amygdalae, des Hippocampus, des Cerebellums und verschiedener Basalganglien-Strukturen deutlich wurde. Deutlich wurde aber auch die grosse Variabilität der Befunde in Abhängigkeit von der Art der Messung (z. B. strukturelles MRT, funktionelles MRT, EEG), der Art der Stimulation während der Messung (*resting state* oder verschiedene Arten von Stimulation oder durchzuführender Aufgaben) oder der Art der statistischen Vor- und Weiterverarbeitung der Rohdaten bzw. der Signale (BOLD oder EEG-Elektroden, z. B. als effektive oder funktionale Konnektivität; vgl. Abb. 6 und 7). Technisch gesprochen erschien die Methodenvarianz grösser als die Varianz des Phänomens, also der depressionsspezifischen neuronalen Netzwerkaktivität. Auch scheint es keine spezifische neuronale Über- oder Unterkonnektivität zwischen Hirnregionen zu geben, die charakteristisch für Depression sein könnte. Neben einer methodischen Vereinheitlichung von Versuchsdurchführungen und Stimulationen richtet sich eine weitere Schlussfolgerung auf die Notwendigkeit, die zeitliche Dynamik der Aktivierung von Netzwerken zu berücksichtigen. Das Gehirn ist ein hochdynamisches System, das auf der Meso-Ebene viele neuronale Strukturen einbezieht und selbstorganisiert permanent unterschiedliche Konnektivitätsmuster hervorbringt. Eine durch zeitliche Mittelung produzierte «durchschnittliche» Konnektivität bringt unser Verständnis depressionsspezifischer (wenn es das denn überhaupt gibt) neuronaler Dynamik nicht weiter.

Eine der weltweit führenden Arbeitsgruppen auf dem Gebiet der Dynamik neuronaler Netze ist die um Viktor Jirsa am Institut des Neurosciences des Systèmes am Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale/ Université Aix en Provence/Marseille. Eine der dort entwickelten Methoden zur funktionellen Netzwerkdynamik (Hansen et al., 2015) konnten wir in einer Studie zur Veränderung der neuronalen Aktivierung im Laufe der Therapie von Patient*innen mit Zwangsstörungen und komorbider Depression anwenden (Schiepek et al., i. V.). Untersucht wurden 17 Patient*innen und 17 gesunde Kontrollpersonen mit vier bis fünf fMRT-Scans im Laufe von drei bis vier Monaten stationärer Psychotherapie (Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Salzburg). Neben täglichen Selbsteinschätzungen und der Erfassung zahlreicher biochemischer (endokriner und immunologischer) Parameter wurde in den Scans ein

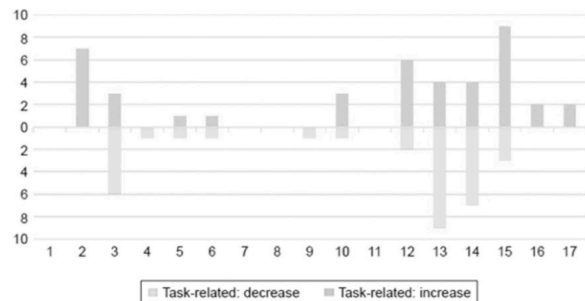
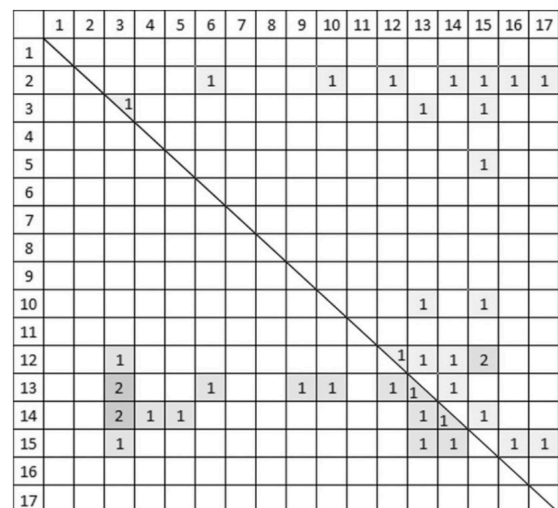
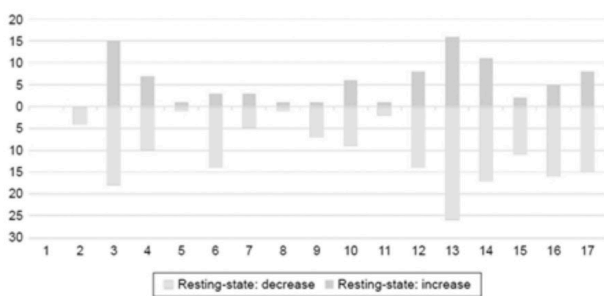
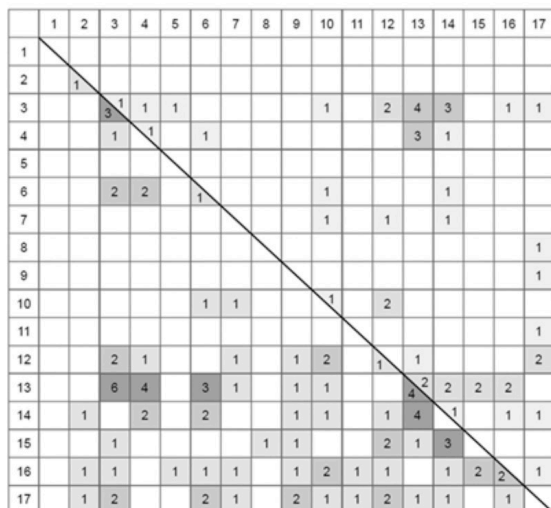


Abb. 6: Synopse der Befunde zur neuronalen Konnektivität depressiver Patient*innen (MDD) verglichen mit gesunden Kontrollpersonen, erfasst mit funktioneller Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) ohne Stimulation (resting state). Die Matrix zeigt pathologisch veränderte Konnektivitäten zwischen 17 verschiedenen Hirnregionen, wobei die linke untere Dreiecksmatrix reduzierte Konnektivität und die rechte obere Dreiecksmatrix erhöhte Konnektivität anzeigt. Die Zahlen in den Zellen beziehen sich auf die Anzahl der Studien, in denen die entsprechende veränderte Konnektivität gefunden wurde. Unten: Histogramm zur Anzahl der Studien, die in den 17 verschiedenen Hirnregionen eine veränderte Konnektivität mit mindestens einer anderen Region nachweisen konnten. Nach unten: reduzierte Konnektivität, nach oben: verstärkte Konnektivität. (1) Frontaler Pole, (2) orbitofrontaler Kortex, (3) lateraler frontaler Kortex, (4) medialer frontaler Kortex, (5) sensorimotorischer Kortex zentral, (6) superiorer Parietallappen, (7) inferiorer Parietallappen, (8) temporaler Pol, (9) superiorer Temporallappen, (10) mittlerer Temporallappen, (11) inferiorer Temporallappen, (12) medialer Temporallappen, (13) zingulärer Kortex, (14) Basalganglien/Thalamus, (15) Insula, (16) Occipitallappen, (17) Cerebellum.

Abb. 7: Synopse der Befunde zur neuronalen Konnektivität depressiver Patient*innen (MDD) verglichen mit gesunden Kontrollpersonen, erfasst mit funktioneller Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) mit Stimulation bzw. im Scanner durchzuführenden Aufgaben (vgl. ansonsten die Beschriftung zu Abb. 6).

umfassendes Stimulationsparadigma realisiert, wobei wir uns hier auf den Zeitabschnitt eines zehnminütigen *resting state* pro Scan beziehen. Die funktionelle Neurokonnektivität zwischen 119 neuroanatomischen Strukturen wurde

in 49 nicht überlappenden Korrelationsmatrizen pro Scan erfasst, wobei unterschiedliche Fensterbreiten verwendet wurden (Abb. 8). Die Ergebnisse zeigen nicht nur deutliche Unterschiede der Korrelationsmuster zwischen den Hirnarealen (funktionelle Konnektivitätsdynamik), was eine dynamische Systembetrachtung des Gehirns nahelegt. Sie zeigen auch, dass die Veränderung der Konnektivitäten selbst eine relevante Information enthält, nämlich über die Flexibilität oder Rigidität der neuronalen Aktivität (Battaglia et al., 2020). Der Median der Korrelationswerte in den Zellen der Matrix kann sich von Matrix zu Matrix unterschiedlich stark verändern, was als *jump length* bezeichnet wird und angibt, wie schnell sich die neuronale Konnektivität in einem bestimmten Zeitraum (hier in der Periode des *resting state*) verändert. Korreliert man die Matrizen selbst untereinander, so entsteht eine Matrix der funktionellen Konnektivitätsdynamik (FCD), die eine Information über Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit von Zeitabschnitten enthält (Zeit x Zeit-Matrix; Deco et al., 2013). *Jump length* und FCD können als Masse neuronaler Rigidität und Flexibilität interpretiert werden (Hansen et al., 2015; Battaglia et al., 2020). Unsere Befunde zeigen,

dass die Sprunglänge in einem deutlichen (negativen) Zusammenhang mit Depressivität steht: höhere BDI-Werte (BDI-II: Beck Depression Inventory II; Hautzinger et al., 2009) korrespondieren mit niedrigeren Sprunglängen der neuronalen Konnektivität, mit einer Korrelation von $-.474$ ($p=.007$; korrigiert mit False Discovery Rate: $p=.017$). Ein ähnlicher negativer Zusammenhang zwischen neuronaler Flexibilität und Psychopathologie liegt auch für andere klinische Beeinträchtigungen wie Angst und Stress (beide erhoben mit den Depressions-Angst-Stress-Skalen; Nilges & Essau, 2015) sowie für die Zwangsskala des SCL-90 (Glöckner-Rist & Stieglitz, 2012) vor. Die Befunde korrespondieren mit der Annahme reduzierter neuronaler, psychischer und physiologischer Flexibilität und Adaptivität als möglicher gemeinsamer Nenner von Psychopathologie (Haken & Schiepek, 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010). In derselben Studie konnten wir feststellen, dass sich die neuronale Flexibilität (Median der *jump length*) über die einzelnen fMRT-Scans und damit über die Therapie hinweg signifikant erhöht: Lag sie zu Beginn unter dem Konfidenzintervall des Durchschnitts der gesunden Kontrollpersonen, stieg sie zum Ende (letzter Scan) über dieses Konfidenzintervall hinaus an (Schiepek et al., i. V.).

Bei den zuvor dargestellten Befunden zur funktionellen Konnektivitätsdynamik stellt sich die Frage, ob eine neuromodulatorische Intervention in einem bestimmten Hirnareal ausreichend sein wird, um hochkomplexe Netzwerkdynamiken zu verändern. Die Methoden müssten möglicherweise dahin entwickelt werden, die Netzwerkdynamik relevanter neuronaler Systeme zu messen, zu analysieren und minimal zeitverzögert an unterschiedlichen Stellen (*multi-site*) zu stimulieren. Bis zur Entwicklung einer solchen *multi-site*-Feedback-Technologie der nichtinvasiven Neuromodulation ist sicher noch ein weiter Weg zurückzulegen. Auf alle Fälle müssten die Effekte auch von lokaler Neurostimulation auf die Netzwerkdynamik des Gehirns detailliert untersucht werden, zum Beispiel mit kombiniertem EEG-fMRT. Eine Kombination mit Psychotherapie scheint sinnvoll, nicht nur wegen der Befunde zu verbesserten tDCS-Effekten bei spezifisch kombinierten mentalen Aktivitäten, sondern auch, weil unser Gehirn Veränderungen (auch klinischen Verbesserungen) durch eigene Aktivität im Sinne einer Autorenschaft des Selbst deutlich von fremdinduzierten Effekten – sei es durch Medikation oder durch Neurostimulation – unterscheidet. Erfolge in eigener Autorenschaft ändern nicht nur Symptome, sondern auch unsere Selbstwahrnehmung, unsere Selbstwirksamkeit und unser Selbstwertgefühl.

Schlussfolgerungen

Es lassen sich in psychotherapeutischen Verläufen von Patient*innen mit Depression bestimmte Prozessmuster identifizieren. Ob diese Prozessmuster aber ausschliesslich bei Depression auftreten, ist nicht sicher. Nach Stand der Erkenntnis kommen sie auch in der Behandlung anderer Störungsbilder vor, sind also eher transdiagnostisch als depressionsspezifisch. Möglicherweise sind diskontinuier-

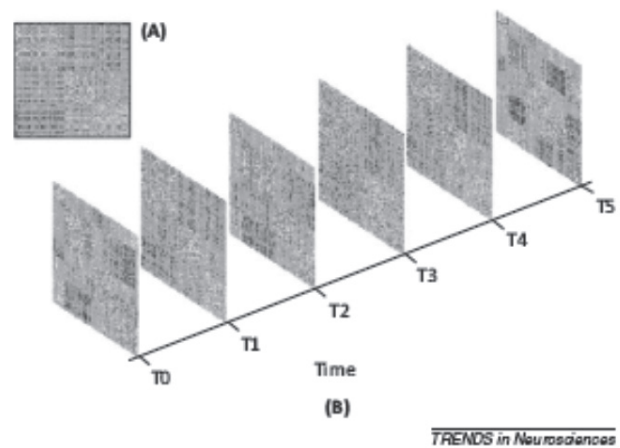


Abb. 8: Dynamik funktioneller Konnektivitätsmuster. (A) Beispiel für die funktionelle Konnektivität zwischen Hirnarealen, wobei die Konnektivitäten als Korrelationsstärken zwischen dem BOLD-Signal der Hirnareale in Graustufen dargestellt sind. (B) Abfolge von funktionellen Konnektivitätsmatrizen in aufeinanderfolgenden Zeitabschnitten (Quelle: Deco et al., 2013)

liche Ordnungsübergänge und ihre Frühwarnindikatoren sogar überhaupt nicht auf Psychotherapie beschränkt, sondern ein Merkmal der Selbstorganisation nichtlinearer komplexer Systeme generell. In Zukunft sollten wir transdiagnostische Cluster von Veränderungsmustern zu identifizieren versuchen, nicht zuletzt in Bezug auf erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapieerläufe.

Sowohl innovative Methoden der Fallkonzeption (z. B. idiografische Systemmodellierung) als auch ein darauf bezogenes Prozessmonitoring könnten die Veränderungsmotivation von Patient*innen als auch Therapieeffekte verbessern. Hierzu ist noch weitere Forschung sowohl zu den Wirkmechanismen als auch zu den therapeutischen Effekten notwendig. Auch diese Effekte sind wahrscheinlich nicht depressionsspezifisch. Neben einem standardisierten Prozessmonitoring kommt sinnvollerweise vor allem ein personalisiertes Monitoring infrage, mit Variablen, die in der qualitativen idiografischen Systemmodellierung erarbeitet wurden. Eine Netzwerkmodellierung nur von Symptomen (im Sinne von «Symptome produzieren Symptome») erweitert das Fallverständnis von Patient*innen nicht und bietet keine weiteren Perspektiven auf therapeutische Ansatzpunkte.

Eine Internet- und App-basierte Technologie des Prozessmonitorings, wie sie mit dem SNS vorliegt, bietet hierfür eine Schlüsseltechnologie. Datenerfassung (z. B. mit einer App), Generierung von Prozessfragebögen, Nutzung von Outcome-Fragebögen und Datenanalyse, vor allem nichtlineare Verfahren der Zeitreihenanalyse, einschliesslich einer umfassenden Visualisierung der Ergebnisse sind hierbei gleichzeitig möglich.

Psychotherapie kann mit nichtinvasiver Neurostimulation kombiniert werden, wobei bereits auch Psychotherapie allein als Methode der Neuromodulation verstanden werden kann. Die Effekte der Neurostimulation und der Psychotherapie auf die Dynamik neuronaler Netze müs-

sen noch näher untersucht werden, einschliesslich einer geeigneten Stimulation als adaptive *multi-site*-Feedback-Technologie (*on demand*).

Literatur

- Bajbouj, M., Aust, S., Spies, J. et al. (2018). PsychotherapyPlus: augmentation of cognitive behavioral therapy (CBT) with prefrontal transcranial direct current stimulation (tDCS) in major depressive disorder – study design and methodology of a multicenter double-blind randomized placebo-controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268, 797–808.
- Basar-Eroglu, C., Strüber, D., Kruse, P. et al. (1996). Frontal gamma-band enhancement during multistable visual perception. *International Journal of Psychophysiology*, 24, 113–125.
- Battaglia, D., Boudou, T., Hansen, E.C.A. et al. (2020). Dynamic Functional Connectivity between Order and Randomness and its Evolution across the Human Adult Lifespan. *NeuroImage*, 117156. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.117156>
- Borsboom, D. & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Brähler, E. & Scheer, J.W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Göttingen: Huber.
- Brunoni, A.R., Valiengo, L., Baccaro, A. et al. (2013). The sertraline versus electrical current therapy for treating depression clinical study: results from a factorial, randomized, controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 70, 383–391.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Deco, G., Jirsa, V.K. & McIntosh, A.R. (2013). Resting brains never rest: computational insights into potential cognitive architectures. *Trends in Neuroscience*, 36, 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.03.001>
- DeRubeis, R.J., Siegle, G.J. & Hollon, S.D. (2008) Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*, 9, 788–796.
- Fartacek, C., Schiepek, G., Kunrath, S. et al. (2016). Real-time monitoring of nonlinear suicidal dynamics: methodology and a demonstrative case report. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7: 130. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00130>
- Feeser, M., Prehn, K., Kazzer, P. et al. (2014). Transcranial direct current stimulation enhances cognitive control during emotion regulation. *Brain Stimulation*, 7, 105–112.
- Glöckner-Rist, A. & Stieglitz, R.-D. (2012). SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (Deutsche Version). *Psychologische Rundschau*, 63, 73–75. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000103>
- Greenberg, P.E., Fournier, A.A., Sisitsky, T. et al. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*, 76, 155–162.
- Haken, H. (1990, 3. Aufl.). *Synergetics. An Introduction. Nonequilibrium Phase Transitions in Physics, Chemistry, and Biology*. Heidelberg: Springer.
- Haken, H., Kelso, J.A.S. & Bunz, H. (1985). A theoretical model of phase transition in human hand movements. *Biological Cybernetics*, 51, 347–356.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006, 2. Aufl. 2010). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hansen, E.C.A., Battaglia, D., Spiegler, A. et al. (2015). Functional connectivity dynamics: Modeling the switching behavior of the resting state. *NeuroImage*, 105, 525–535. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.11.001>
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar (Revidierte Fassung)*. Frankfurt/M.: Pearson Assessment.
- Hayes, A.M. & Strauss, J.L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: an application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939–947. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.939>
- Hayes, A.M. & Yasinski, C. (2015). Pattern destabilization and emotional processing in cognitive therapy for personality disorders. *Frontiers in Psychology*, 6(FEB), 1–13. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00107>
- Helm, K., Viol, K., Weiger, T.M. et al. (2018). Neuronal connectivity in Major Depressive Disorder: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2715–2737. <https://doi.org/10.2147/NDT.S170989>
- Helmich, M.A., Wichers, M., Olthof, M.J. et al. (2020). Sudden gains in day-to-day change: Revealing nonlinear patterns of individual improvement in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(2), 119–127. <https://doi.org/10.1037/ccp0000469>.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version*. Bern: Huber.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version (IIP-D)*. Manual. Weinheim: Beltz.
- Kashdan, T.B. & Rottenberg, J. (2010) Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kelso, J.A.S., Scholz, J.P. & Schöner, G. (1986). Non-equilibrium phase transitions in coordinated biological motion: critical fluctuations. *Physics Letters A*, 118, 279–284.
- Kronberger, H. & Aichhorn, W. (2015). *Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Lichtwarck-Aschoff, A., Hasselman, F., Cox, R.F.A. et al. (2012). A characteristic destabilization profile in parent-child interactions associated with treatment efficacy for aggressive children. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 16, 353–379.
- Nilges, P. & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. *Der Schmerz*, 29, 649–657. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0019-z>
- Mahoney, M.J. (1991). *Human Change Processes. The Scientific Foundation of Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Meron, D., Hedger, N., Garner, M. & Baldwin, D.S. (2015). Transcranial direct current stimulation (tDCS) in the treatment of depression: systematic review and meta-analysis of efficacy and tolerability. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 57, 46–62.
- Olchanski, N., McInnis Myers, M., Halseth, M. et al. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clin Ther*, 35, 512–522.
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G. et al. (2019a). Critical fluctuations as an early-warning signal for sudden gains and losses in patients receiving psychotherapy for mood disorders. *Clinical Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/2167702619865969>
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G. et al. (2019b). Destabilization in self-ratings of the psychotherapeutic process is associated with better treatment outcome in patients with mood disorders. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1633484>
- Rufer, M. (2012). *Erfasse komplex, handle einfach: Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scheffer, M., Bascompte, J., Brock, W.A. et al. (2009). Early-warning signals for critical transitions. *Nature Reviews*, 461(3), 53–59. <https://doi.org/10.1038/nature08227>
- Schiepek, G. (2019). Kein Klient ist «der Fall» von irgendwas – Das Spannungsfeld von individueller Fallkonzeption, Prozesssteuerung und Verallgemeinerung. In M. Rufer & C. Flückiger (Hrsg.), *Essentials der Psychotherapie* (S. 83–95). Bern: Hogrefe.
- Schiepek, G., Aichhorn, W. & Schöller, H. (2018a). Monitoring change dynamics – a nonlinear approach to psychotherapy feedback. *Chaos & Complexity Letters*, 11(3), 355–375.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Schöller, H. & Kronberger, H. (2018b). Prozessfeedback in der Psychotherapie. Methodik, Visualisierung und Fallbeispiel. *Psychotherapeut*, 63(4), 306–314. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0272-6>

- Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013a). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schiepek, G., Gelo, O., Viol, K. et al. (2020). Complex individual pathways or standard tracks? A data-based discussion on the trajectories of change in psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12300>
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Aichhorn, W. et al. (2016). Systemic case formulation, individualized process monitoring, and state dynamics in a case of dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7, 1545. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01545>
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Kronberger, H. et al. (2019). The Therapy Process Questionnaire. Factor analysis and psychometric properties of a multidimensional self-rating scale for high-frequency monitoring of psychotherapeutic processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 586–602. <https://doi.org/10.1002/cpp.2384>
- Schiepek, G. & Strunk, G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series – a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102(3), 197–207. <https://doi.org/10.1007/s00422-009-0362-1>
- Schiepek, G., Tominschek, I., Heinzl, S. et al. (2013b). Discontinuous patterns of brain activation in the psychotherapy process of obsessive compulsive disorder: converging results from repeated fMRI and daily self-reports. *PLoS ONE*, 8(8), e71863.
- Schiepek, G., Tominschek, I. & Heinzl, S. (2014). Self-organization in psychotherapy – testing the synergetic model of change processes. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 5, 1–11. <https://doi.org/10.339/fpsyg.2014.01089>
- Schiepek, G., Tominschek, I., Karch, S. et al. (2009). A controlled single case study with repeated fMRI measures during the treatment of a patient with obsessive-compulsive disorder: Testing the nonlinear dynamics approach to psychotherapy. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(5), 658–668. <https://doi.org/10.1080/15622970802311829>
- Schiepek, G., Viol, K., Aas, B. et al. (i. V.). Pathologically reduced neural flexibility improves during psychotherapy of OCD patients.
- Segrave, R.A., Arnold, S., Hoy, K. & Fitzgerald, P.B. (2014). Concurrent cognitive control training augments the antidepressant efficacy of tDCS: a pilot study. *Brain Stimulation*, 7, 325–331.
- Shedler, J. (2018). Where is the evidence for «evidence-based therapy»? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Singer, W. & Gray, C.M. (1995). Visual feature integration and the temporal correlation hypothesis. *Ann. Rev. Neurosci.*, 18, 555–586.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M. et al. (2013). *The ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Brief Description*. Munich, Germany: Institute for Quality Development in Psychotherapy and Psychosomatics.
- van de Leemput, I.A., Wichers, M., Cramer, A.O.J. et al. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 111, 87–92. <http://doi.org/10.1073/pnas.1312114110>
- Wampold, B.E., Flückiger, C., del Re, A.C. et al. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie Debatte*. Göttingen: Hogrefe.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J. et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382, 1575–1586.
- Wolkenstein, L. & Plewnia, C. (2013) Amelioration of cognitive control in depression by transcranial direct current stimulation. *Biological Psychiatry*, 73, 646–651.
- Wolkenstein, L. & Plewnia, C. (2013) Amelioration of cognitive control in depression by transcranial direct current stimulation. *Biological Psychiatry*, 73, 646–651.

Depression – a Complex Dynamic System

Abstract: This article focuses on some new developments in the treatment of Major Depressive Disorder with the question of how to optimize psychotherapeutic procedures. Following the intention of the editor of this journal, a short synopsis is given on the scientific and practical developments at the Institute of Synergetics and Psychotherapy Research at the Paracelsus Medical University Salzburg. One focus is on the personalization of psychotherapy, which concerns new methods of case formulation (e.g., Idiographic System Modelling and computer-based tools for its visualization) and technologies for high-frequency process-monitoring and -feedback. For this reason, we developed and validated the Synergetic Navigation System (SNS) which is an Internet- and App-based application for data collection, data analysis, and visualization of change dynamics and outcome. Based on this methodology, it became evident that the psychotherapeutic processes of depressive disorders are characterized by discontinuous patterns, so called «order transitions». The precursors of these discontinuous transitions are critical fluctuations represented by increased dynamic complexity, and an increase in the synchronization of the inter-item dynamics of the therapy process questionnaire. The amount of critical instabilities occurring before order transitions revealed to be predictive for treatment outcome. Beside clinical improvement also neural connectivity patterns are changing by psychotherapy, as could be shown in repeated fMRI scans during inpatient treatment of comorbid depressive patients with obsessive compulsive disorder. The functional connectivity dynamics of 119 brain regions was assessed during the resting state periods of the repeated scans, showing that neural rigidity (a loss of flexibility and fluidity) is associated with psychopathology (e.g., depression, BDI), but flexibility increases during psychotherapy. Finally, the option of combining psychotherapy with noninvasive neurostimulation will be discussed.

Key words: personalized psychotherapy, process monitoring, therapeutic patterns of change, order transitions, precursors and early warnings, neural connectivity patterns, noninvasive neurostimulation

Depressione – un sistema dinamico complesso

Riassunto: il presente studio si focalizza sulle ultime scoperte della ricerca sulla depressione, con particolare riguardo al trattamento di tale patologia in ambito psicoterapeutico. Su richiesta della redazione, verranno passati in rassegna anche gli sviluppi scientifici e pratici registrati presso l'Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung (Istituto di sinergetica e ricerca psicoterapeutica) della Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (Università medica privata Paracelsus) di Salisburgo e dei gruppi di ricercatori che vi collaborano. Uno dei temi principali è rappresentato dalla personalizzazione della psicoterapia e riguarda sia i più recenti metodi di concettualizzazione del caso del paziente (ad es. modellazione sistemica idiografica e relativa visualizzazione computerizzata) sia la metodologia di monitoraggio (ad alta frequenza) e il feedback dei processi neurali che intervengono durante la terapia. A questo riguardo è stato sviluppato e testato un sistema di navigazione sinergetico basato su app e internet (SNS). Lo svolgimento delle sedute di psicoterapia di pazienti con depressione ha mostrato cambiamenti discontinui dei modelli dinamici (i cosiddetti passaggi

ad altro stato di ordine), che sono generati da un'instabilità critica elevata (complessità dinamica) e da una sincronizzazione limitata nel tempo degli elementi dello schema del processo terapeutico. Un'elevata instabilità critica è inoltre predittiva di migliori risultati nel corso della terapia. In uno studio svolto su pazienti depressi e inoltre affetti da disturbi compulsivi, oltre a miglioramenti clinici, si sono evidenziati anche cambiamenti nella dinamica di connettività delle reti neurali. Ripetuti esami effettuati tramite fRMN hanno evidenziato l'associazione negativa della flessibilità e della fluidità delle dinamiche neurali con la psicopatologia (ad es. intensità della depressione, BDI), tuttavia con un loro aumento nel corso della psicoterapia. Infine segue una valutazione delle possibilità di combinare la neurostimolazione non invasiva alla psicoterapia.

Parole chiave: terapia personalizzata, monitoraggio processi, modello dello svolgimento terapeutico, cambiamenti di ordine, indicatori precoci, modelli del processo neuronale, neurostimolazione non invasiva

Der Autor

Günter Schiepek, Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. phil. habil, ist Leiter des Instituts für Synergetik und Psychotherapieforschung an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU), Professor an der PMU sowie an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Gastprofessor an der Sapienza Universität Rom, Geschäftsführer des Center for Complex Systems (Stuttgart/Salzburg), Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste (Academia Scientiarum et Artium Europaea) und Ehrenmitglied der Systemischen Gesellschaft (Deutscher Dachverband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung).

Kontakt

Prof. Dr. Günter Schiepek
Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung
Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Ignaz Harrer Str. 79
A-5020 Salzburg
E-Mail: guenter.schiepek@ccsys.de

La dépression – un système dynamique complexe

Günter Schiepek

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 59 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-59>

Mots clés : psychothérapie personnalisée, suivi de processus, schémas thérapeutiques, transitions d'ordre, indicateurs d'alerte précoce, schémas de processus neuronaux, neurostimulation non invasive

Le présent article traite des résultats récents de la recherche sur la dépression, notamment en ce qui concerne le traitement psychothérapeutique de la dépression. À la demande des rédacteurs, il s'agissait également de fournir une synthèse des développements scientifiques et pratiques qui ont lieu à l'Institut de Recherche sur la Synergetique et la Psychothérapie de l'Université Médicale Privée Paracelsus de Salzburg et dans les groupes de recherche qui coopèrent avec cet institut. L'un des axes de ces développements réside dans la personnalisation de la psychothérapie et concerne à la fois les nouvelles méthodes de conception des cas (par exemple, la modélisation du système idiographique et sa visualisation par ordinateur) et les méthodes de contrôle et de rétroaction à haute fréquence des processus. La modélisation du système idiographique est une méthode avec laquelle le thérapeute et le patient développent un modèle de réseau graphique des cognitions, des émotions, du comportement et des conditions environnementales pertinentes pour le problème individuel dans un processus de coopération. Le système de navigation synergétique (SNS) basé sur Internet et sur des applications a été développé et testé pour l'enregistrement et l'analyse des processus thérapeutiques.

Dans une étude portant sur 328 et patientes souffrant de troubles affectifs (principalement différents diagnostics de dépression), le déroulement de la psychothérapie a été enregistré avec des mesures quotidiennes du processus. Les progressions montrent des sauts discontinus entre des modèles dynamiques (appelés transitions d'ordre), qui sont initiés par une instabilité critique accrue (complexité dynamique) et une synchronisation temporaire des éléments de la feuille de processus utilisée. Une instabilité critique accrue est également prédictive d'un meilleur succès thérapeutique. Dans le groupe des répondants, l'intensité de l'instabilité critique est en corrélation avec le résultat (réduction des symptômes), mais pas chez les non-répondants. Une étude sur des patients et patientes dépressifs comorbides souffrant de troubles obsessionnels compulsifs a montré qu'en plus des améliorations cliniques, la dynamique de la connectivité fonctionnelle

des réseaux neuronaux change également. Les examens répétés d'IRMf, des *états de repos* montrent que la flexibilité et la fluidité de la neurodynamique sont associées négativement à la psychopathologie (par exemple, l'intensité de la dépression enregistrée avec le BDI-II), mais augmentent au cours de la psychothérapie. La rigidité neuronale et cognitivo-affective est un marqueur important de la psychopathologie, mais s'avère modifiable sur le plan thérapeutique. Enfin, une évaluation est faite des possibilités de combiner la neurostimulation non invasive avec la psychothérapie. Le défi consiste ici à influencer la dynamique très souple des structures de connectivité neurale dans le sens d'un système de rétroaction (*à la demande*).

L'auteur

Günter Schiepek, professeur à l'université, Dr. phil. Dr. phil. habil, est directeur de l'Institut de Recherche sur la Synergetique et la Psychothérapie de l'Université Privée de Médecine Paracelse (Paracelsus Medizinischen Privatuniversität / PMU) de Salzburg, professeur à la PMU et à l'Université Ludwig-Maximilian de Munich, professeur invité à l'Université Sapienza de Rome, Directeur général du Centre pour les systèmes complexes (Stuttgart/Salzburg), membre de l'Académie Européenne des Sciences et des Arts (Academia Scientiarum et Artium Europaea) et membre honoraire de la Société systémique (organisation faitière allemande pour la recherche, la thérapie, la supervision et le conseil systémiques).

Contact

Prof. Dr. Günter Schiepek
Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung
Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Ignaz Harrer Str. 79
A-5020 Salzburg
E-Mail : guenter.schiepek@ccsys.de

Die Bedeutung der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in der multimodalen Behandlung depressiver Störungen

Holger Himmighoffen & Heinz Böker

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 61–73 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-61>

Zusammenfassung: Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist Teil des multimodalen Behandlungskonzepts in der Behandlung insbesondere depressiver Erkrankungen. Die therapieresistente Depression ist als ein wesentlicher Indikationsbereich anzusehen. Nach jahrzehntelanger Erfahrung erweist sich EKT weiterhin als sehr wirksame und aufgrund der heutigen Standards und Technik als sichere und relativ nebenwirkungsarme Behandlungsmethode. Daher überrascht ihre vorurteilsbeladene und negative Wahrnehmung und Bewertung. Auch die sehr häufige Einschätzung der EKT als eine «Ultima ratio» führt dazu, dass sie in vielen Fällen erst zu einem sehr späten Zeitpunkt im Krankheitsverlauf angewandt wird – trotz anderslautender Empfehlung bspw. der S3-Leitlinie Unipolare Depression der DGPPN. Der Indikationsbereich für EKT ist klar umrissen und es gibt nur wenige absolute Kontraindikationen; auch eine Kombination von EKT mit anderen Behandlungsverfahren ist möglich und sinnvoll. Zentrales Anliegen dieses Artikels ist die notwendige Enttabuisierung: EKT sollte im Rahmen einer umfassenden Therapieplanung als mögliche Behandlungsoption angeboten werden. Oftmals ermöglicht erst sie die Überwindung depressiver Blockaden, die Auseinandersetzung mit biografisch relevanten Konfliktthemen, dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen, traumatischen Erfahrungen und auch dem «existenziellen Thema der verlorenen Lebenszeit» infolge einer therapieresistenten Depression.

Schlüsselwörter: Elektrokonvulsionstherapie (EKT), therapieresistente Depression, Psychotherapie, multimodale Behandlung

Geschichte und Grundlagen der EKT

Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT), früher auch als Elektrokrampftherapie und ursprünglich als «Elektroschocktherapie» bezeichnet, ist aktuell nach der Psychopharmakotherapie das wichtigste und am häufigsten eingesetzte somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie (Sackeim, 2017). Sie wurde 1938 von den italienischen Psychiatern Ugo Cerletti und Lucio Bini entwickelt sowie erstmals angewendet und fand eine rasche internationale Verbreitung innerhalb der damaligen Psychiatrie, da zu dieser Zeit die meisten der heute verwendeten Psychopharmaka nicht existierten und EKT sich als besonders wirksam zur Behandlung verschiedenster psychischer Störungen (insbesondere schizophrene und depressive Erkrankungen) erwies (Reinke et al., 2013).

Das grundlegende Wirkprinzip der EKT ist die Auslösung eines kurzandauernden (30–60 Sekunden), generalisierten cerebralen Krampfanfalles mittels elektrischer Stimulation des Gehirns. Die Beobachtung, dass solche Krampfanfälle therapeutische Wirkungen haben, hatte man schon einige Jahre zuvor gemacht und bereits Krampfanfälle zu therapeutischen Zwecken bei psychisch Kranken ausgelöst.¹

Die EKT ist bei bestimmten Krankheitsbildern lebensrettend (z. B. bei perniziöser Katatonie) und wirksam bei einer grossen Zahl psychopathologischer Syndrome: Sie ist hoch wirksam antidepressiv, antimanchisch, antisuizidal, antikaton und antikonvulsiv sowie teilweise auch antipsychotisch und stimmungsstabilisierend (Grager & Di Pauli, 2013; Kellner, 2019). Trotzdem wurde und wird sie immer wieder kritisch beurteilt (vgl. z. B. die Übersichtsarbeiten von Read & Bentall, 2010; Read & Arnold, 2017), wobei dort der tatsächliche Effekt der EKT als zu gering im Verhältnis zum Ausmass der Nebenwirkungen gewertet wird.

Die EKT wurde sicherlich in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Einführung 1938 sehr unkritisch und zu häufig und mit viel zu breiter Indikation ohne ausreichende Aufklärung und möglicherweise ohne Einverständnis der Patient*innen durchgeführt. Auch war die EKT bis circa Anfang der 1960er Jahre mit recht schweren Nebenwirkungen verbunden. So wurde bis dahin EKT ohne Narkose durchgeführt, das heisst im Wachzustand eingeleitet (der dann ausgelöste generalisierte cerebrale Krampfanfall ist mit einem Bewusstseinsverlust verbunden). Auch gab es bis Mitte der 1950er Jahre noch nicht die Möglichkeit einer sicheren und gut kontrollierbaren Muskelrelaxation, sodass die mit dem Krampfanfall verbundenen tonisch-klonischen Krämpfe der Körpermuskulatur nicht unterdrückt werden konnten. Dies führte

¹ Zum Beispiel nutzte der ungarische Psychiater Ladislaus von Meduna Injektionen mit Kampfer (1934) und Cardiazol (1935) zur Anfallsauslösung.

durch die plötzlichen Kontraktionen der Muskulatur oft zu Muskel- und Sehnenverletzungen oder auch Knochenfrakturen (insbesondere der Wirbelsäule). Das erste verfügbare und heute weiterhin bei der EKT regelmässig eingesetzte Muskelrelaxans Suxamethonium (im Englischen auch als Succinylcholin bezeichnet) wurde in den 1950er-Jahren eingeführt und in der Schweiz 1954 zugelassen. Seit dem Einsatz von Muskelrelaxantien bei der EKT ist auch eine Narkose obligatorisch, da die bei wachen Patient*innen dann auftretende kurzzeitige Lähmung der Atemmuskulatur als extrem beängstigend erlebt wird. Auch waren kognitive Störungen wie postiktale Verwirrheitszustände und Gedächtnisstörungen in den Anfangszeiten der EKT sehr viel häufiger und ausgeprägter, was mit der Intensität und der Art des verwendeten Stroms zur Anfallsauslösung zusammenhing. Ursprünglich wurde von Cerletti und Bini sinusförmiger Wechselstrom verwendet, im weiteren Verlauf der technischen Entwicklung der EKT-Geräte ab den 1960er Jahren dann kurz gepulster Gleichstrom (sog. Kurzpulstechnik) eingesetzt, wodurch die Menge abgegebener Ladung für die Auslösung eines Krampfanfalles reduziert und so das Ausmass der kognitiven Störungen verringert werden konnte.

Aufgrund der ab den 1960er Jahren laufenden Veränderungen und Weiterentwicklungen der EKT hinsichtlich Technik und Durchführung ist diese seitdem sicherer, weniger belastend und mit weniger Nebenwirkungen verbunden (sog. modifizierte EKT): Es gibt eine ausführliche *mündliche* und *schriftliche Aufklärung* (zumeist unter Einbeziehung Angehöriger) auf die ein *schriftliches Einverständnis der Patient*innen* für die Durchführung folgt (bei einer lebensbedrohlichen Notfallsituation und nicht bestehender Einwilligungsfähigkeit der Patient*innen wird die Durchführung aufgrund einer Patient*innenverfügung und Beiziehung von Vertretungspersonen wie Beistand, Ehepartner*in, Verwandten etc. geklärt). Die Durchführung der EKT erfolgt durch damit *erfahrene Psychiater*innen* in *Kurz-narkose* (nach Prä-Oxygenierung) und mit *Muskelrelaxation* (durchgeführt durch *Anästhesist*innen*). Vor, während und bis 2–3 Stunden nach der EKT-Sitzung findet ein Monitoring von Blutdruck, Herzfrequenz und Sauerstoff-Sättigung im Blut statt. Obligatorisch sind ausserdem eine *EEG-Ableitung*, fakultativ EMG (Elektromyografie) sowie der Einsatz von Gleichstrom, Rechteckimpulsen und Kurzpulstechnik. *Bei erfolgreicher EKT-Serie* (in der Regel 10–12 Sitzungen) wird ein *Erhaltungs-EKT* empfohlen.

Die modifizierte EKT ist heute anerkannter und international verbreiteter Standard bei der Behandlung. Auch wird die Indikation zu einer EKT heute präziser und enger gestellt. Doch vor dem Hintergrund der grossen Wirksamkeit, der verbesserten und sicheren Durchführung und der über viele Jahrzehnte bestehenden Erfahrungen mit der EKT ist es überraschend, wie stark vorurteilsbeladen und kritisch negativ EKT weiterhin in der Öffentlichkeit und auch von Fachpersonen wahrgenommen und bewertet wird und weniger häufig als eigentlich indiziert eingesetzt wird (Sackeim, 2017; Lauber et al., 2005; Grözinger et al., 2013). Auch die sehr häufige Einschätzung der EKT

als eine «Ultima ratio» in der Behandlung von depressiven und anderen psychischen Störungen führt dazu, dass sie in vielen Fällen erst zu einem sehr späten Zeitpunkt im Verlauf einer Krankheitsepisode angewandt wird (vgl. Pfaff et al., 2013). Auch wird EKT – ganz zu Unrecht – sehr oft mit Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie in Verbindung gebracht.

In diesem Beitrag soll EKT als Behandlungsmethode mit ihren Wirkmechanismen und Wirkungen, ihren Indikationen und Kontraindikationen, ihren Risiken und Nebenwirkungen sowie ihrer Bedeutung innerhalb des multimodalen Behandlungskonzepts depressiver Störungen und ihrem Verhältnis zur Psychotherapie dargestellt werden.

Wirkmechanismen der EKT

Die *Wirkung der EKT resultiert aus dem generalisierten cerebralen Krampfanfall* und nicht aus dem elektrischen Strom, der appliziert wird. Neben dem Krampfanfall und möglicherweise auch der Suppression des Krampfanfalles als essenzielle Wirkmechanismen werden weitere diskutiert. So gibt es eine Reihe von Studien, die verschiedenste neurophysiologische und neurofunktionelle kurz- und langfristige Veränderungen durch EKT festgestellt haben:

- kurz- und langfristiger Anstieg neurotropher Faktoren wie BDNF (Brain Derived Nerve Factor; Okamoto et al., 2008; Piccinni et al., 2009; Rocha et al., 2016) und NGF (Nerve Growth Factor; Bilgen et al., 2014)
- konsekutiv Neurogenese und Neuroplastizität im Hippocampus und anderen Hirnregionen (Bolwig & Madsen, 2007; Lamont et al., 2005; Madsen, 2000; Michael et al., 2003a; Olesen et al., 2017; Otabe et al., 2014; Schloesser et al., 2015; Smith et al., 2014; Svensson et al., 2016; Tendolkar et al., 2013)
- kurzfristig verstärkte Freisetzung von Neurotransmittern: Dopamin, Serotonin (Baldinger et al., 2014; Ishihara & Sasa, 1999), GABA (Sanacora et al., 2003), Noradrenalin (Kelly & Cooper, 1997)
- Beeinflussung der Rezeptorenfunktion im Gehirn: 5-HT₃, 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} (Ishihara & Sasa, 1999)
- Freisetzung verschiedenster Hormone wie Prolaktin und TSH (Abrams & Sukartz, 1985; Abrams, 1992; Aperia et al., 1985), Cortisol und ACTH (Fink & Nemeroff, 1989; Florkowski et al., 1996), Endorphine (Abrams, 1992), Oxytocin (Scott et al., 1989; Whalley et al., 1987)
- Reduktion der frontalen kortikalen Hyperkonnektivität (bei depressiven Patient*innen) zwischen medialen Anteilen des Cortex (ACC und medialer frontaler Cortex), des DLPFC (dorsolateraler präfrontaler Cortex) beidseits und der links unilateralen Region im supramarginalen und angulären Gyrus und dem somatosensorischen Assoziationscortex (SAC) (Perrin et al., 2012)
- Normalisierung abnormer funktionaler Konnektivität (bei depressiven Patient*innen) bei zwei Netzwerkpaaren (posteriorer Default Mode/DMPFC und posteriorer Default Mode/linker DLPFC) (Abbott et al., 2013)

- Normalisierung bei depressiven Patient*innen im Vergleich zu psychisch Gesunden verminderter Glutamat/ Glutamin (Glx)-Konzentrationen im linken anterioren Cingulum (ACC) (Pfleiderer et al., 2003) und linken dorsolateralen präfrontalen Cortex (DLPFC) (Michael et al., 2003b)

Durch die Forschung mit neuen Untersuchungsmethoden bei Menschen in vivo sind neue Erkenntnisse betreffend der erwünschten und unerwünschten Effekte der EKT zu erwarten (z. B. mittels Single Spectron Emission Computed Tomography [SPECT], Positron Emission Tomography [PET], functional Magnetic Resonance Imaging [fMRI], Magnetic Resonance Spectroscopy [MRS], Computer-Assisted Quantitative Electroencephalography [QUEEG] oder EEG-Mapping/low resolution brain electro-magnetic tomography [LORETA]).

Indikationen für eine EKT

Die Hauptindikationen für EKT sind schwere depressive Episoden (bei unipolar depressiven und bipolaren Störungen), manische Episoden, schizophrene Störungen und katatone Zustandsbilder (Kellner, 2019) und EKT ist die Behandlungsoption erster Wahl, wenn schwere und oft lebensbedrohliche psychiatrische Symptome und Zustandsbilder vorliegen (wie akute Suizidalität, Malnutrition, schwere katatone oder psychotische Symptomatik).

In den Behandlungsempfehlungen der psychiatrischen Fachgesellschaften der Schweiz (SGAD, SGBP, SGPP) für die somatische Behandlung unipolar depressiver Störungen (Holsboer-Trachslar et al., 2016a, b) ist EKT indiziert bei schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen, depressiven Episoden mit Therapieresistenz oder in besonderen Situationen (wie z. B. schwere Suizidalität u. a.), die eine rasche Besserung erfordern. Dabei kann EKT zu jedem Zeitpunkt während der Behandlung erwogen werden und wird neben der Akutbehandlung auch für die Erhaltungstherapie empfohlen, insbesondere dann, wenn Patient*innen in der akuten Phase der Behandlung auf EKT angesprochen haben oder mehrere rezidivprophylaktische Therapieversuche mit Psychopharmaka nicht erfolgreich waren.

In der Behandlungsleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wird als Hauptanwendungsbereich der EKT vor allem die therapieresistente Depression angegeben (DGPPN, 2017; DGBS & DGPPN, 2020). Dort wird EKT als klar indiziert gesehen, wenn nach zwei Behandlungsversuchen mit Antidepressiva eine fehlende oder unzureichende Besserung der Symptomatik vorliegt. EKT ist dort die Behandlung erster Wahl bei hoher Dringlichkeit (z. B. bei vitaler Bedrohung, schwerer Suizidalität u. ä.), bei Kontraindikationen oder erhöhten Risiken für andere Behandlungen, bei Patient*innenwunsch oder auch anderen positiven prognostischen Faktoren für eine EKT (gute Erfahrungen bei früherer EKT, psychotische Symptome, psychomotorische Verlangsamung). Gleicher-

massen ist EKT – gemäss der Behandlungsleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) und DGPPN (DGBS & DGPPN, 2020) – auch indiziert für die Behandlung depressiver Episoden bei einer bipolaren Störung (bipolare Depression). Die Indikationen für eine EKT sind in Tabelle 1 übersichtlich dargestellt.

Notfall-indikationen	perniziöse Katatonie (unbehandelt hohe Letalität) akute Suizidalität oder sonstige lebensbedrohliche Zustände (wie z.B. Nahrungs- und Trinkverweigerung) bei schweren affektiven, schizoaffektiven oder schizophrenen Störungen manisches Delir therapierefraktäres malignes neuroleptisches Syndrom
Therapie der ersten Wahl	schwere (unipolare oder bipolare) Depression mit hoher Suizidalität, Wahn und/oder ausgeprägtem Stupor schizoaffektive Störung mit schwerer Depression bekanntes gutes Ansprechen auf EKT zu grosses Risiko bei Anwendung anderer Behandlungen (insb. bei älteren Patient*innen oder in der Schwangerschaft/Postpartum) Patient*innenwunsch (bei gegebener grundsätzlicher Indikation)
Therapie der zweiten Wahl	therapieresistente (unipolare oder bipolare) Depression therapieresistente, nicht lebensbedrohliche Katatonien therapieresistente Psychose, Schizophrenie, schizoaffektive Störung therapieresistente Manie therapieresistente gemischte affektive Episode

Tab. 1: Indikationen für eine Elektrokonvulsionstherapie

Kontraindikationen für eine EKT

Es gibt nur wenige absolute oder relative Kontraindikationen für eine Elektrokonvulsionstherapie. Grundsätzliche Voraussetzung für die Durchführung einer EKT ist eine Narkosefähigkeit. Ansonsten gibt es eine Reihe von Hirn-, Herz- und Gefässerkrankungen, die eine Kontraindikation darstellen, da sie aufgrund des kurzzeitigen Blutdruckanstiegs während des Krampfanfalles bei der EKT mit einem erhöhten Komplikationsrisiko vor allem für Blutungen einhergehen können (s. hierzu insb. Zeile 1 von Tab. 2). So gibt es zwar mehrere Fallberichte über komplikationsfreie Durchführungen bei sorgfältiger Blutdruckkontrolle (Mueller et al., 2009), aber auch einen Einzelfallbericht mit fatalem Ausgang nach Ruptur eines Bauchaortenaneurysmas (Dogan et al., 2016). Bei cerebralen Aneurysmen gibt es bisher einen Fallbericht einer Ruptur nach einer EKT (Gugger & Dunn, 2019),

in der gleichen Publikation aber auch Übersicht zu einer grösseren Fallzahl von Patient*innen mit vorbehandelten und nicht vorbehandelten Aneurysmen, bei denen die EKT komplikationsfrei verlief. Auch ein unzureichend eingestellter arterieller Hypertonus, eine koronare Herzkrankheit und ein erhöhter Hirndruck stellen relative Kontraindikationen und sollten vor Beginn einer EKT gut behandelt und eingestellt sein. Zeile 3 in Tabelle 2 nennt Umstände oder Erkrankungen, die keine Kontraindikation für eine EKT darstellen. Bei zusätzlichen komorbiden psychischen Störungen muss berücksichtigt werden, wie das Ausmass ist und ob aktuell andere spezifische Behandlungsmassnahmen nötig sind. Auch sollten Patient*innen darüber aufgeklärt werden, dass die komorbide Störung und deren spezifischen Symptome von der EKT nicht gebessert werden.

absolute Kontraindikationen	akuter Myokardinfarkt (<3 Monate) akuter cerebraler hämorrhagischer oder ischämischer Insult (<1 Monat) rupturgefährdetes Aortenaneurysma <14 Tage Clipping/Coiling eines cerebralen Aneurysmas schwere kardiopulmonale Funktionseinschränkung (keine Narkosefähigkeit) schwerer, nicht einstellbarer arterieller Hypertonus akuter Glaukomanfall* erhöhter Hirndruck, Hirnödem*
relative Kontraindikationen	koronare Herzkrankheit ohne schwere Funktionseinschränkung* cerebrales Aneurysma, cerebrale Gefässmissbildung* schlecht eingestellter arterieller Hypertonus* intrazerebrale Raumforderung mit deutlichem Ödem*
keine Kontraindikation	höheres Alter, Schwangerschaft, Herzschrittmacher, demenzielle Entwicklung oder zusätzlich bestehende komorbide andere psychische Störungen (wie Persönlichkeits-, posttraumatische Belastungs-, Ess-, Angst- und Zwangs-, Schmerzstörungen, Abhängigkeitserkrankungen u.a.)
* Diese Erkrankungen sind bei guter Vorabklärung (fachärztliches Konsil) und adäquater Behandlung und Einstellung vor Beginn einer EKT keine Kontraindikation mehr.	

Tab. 2 Kontraindikationen für eine EKT

Durchführung der EKT

Im Rahmen der bereits erwähnten obligatorischen Aufklärung der Patient*innen (und ggf. Angehörigen) wird selbstverständlich auf die möglichen zu erwartenden Nebenwirkungen und insbesondere die kognitiven Nebenwirkungen eingegangen (am besten ergänzt durch

Erläuterungen von Erfahrungsbeispielen aus der Praxis), ehe ein schriftliches Einverständnis in die EKT (*informed consent*) erfolgt. Ausnahmesituationen wurden bereits genannt. Hier ist eine rasche Klärung auf Basis der in solchen Situationen vorgegeben gesetzlichen Regelungen angezeigt. Zusätzlich zur Aufklärung und Einverständniserklärung müssen vor dem Beginn der EKT einige somatische Routineabklärungen erfolgen: Wie vor jeder Narkose neben einer körperlichen Untersuchung ein Routinelabor und ein Elektrokardiogramm (EKG); dann eine Magnetresonanztomografie (MRI) des Kopfes (nicht älter als 1 Jahr) zum Ausschluss intracerebraler Veränderungen und gegebenenfalls eine Abdomen-Sonografie oder ein Röntgen-Thorax sowie bei relevanten somatischen Vorerkrankungen eine fachärztliche Kontrolle (s. Tab. 2).

Neben der klinischen psychischen Symptomatik und der Erhebung des psychopathologischen Befundes vor Beginn der EKT sollten quantitative Erhebungen der psychischen Symptomatik (z. B. bei Depression: BDI, HAMD, MADRS; bei Katatonie: Bush-Francis Catatonia Scale; bei Schizophrenie: PANSS) und des kognitiven Zustands (MMSE, MOCA) erfolgen. Diese werden dann eventuell im Verlauf, aber sicher nach Abschluss einer EKT-Serie und im Verlauf einer Erhaltungs-EKT sowie nach Abschluss der Gesamtbehandlung wiederholt durchgeführt. Eine EKT-Serie oder die Erhaltungs-EKT können grundsätzlich ambulant durchgeführt werden, wenn Patient*innen körperlich ausreichend stabil sind, selbstständig oder in Begleitung zu den Behandlungen kommen können (Absprachefähigkeit, Distanz, Transportfähigkeit) und eine gewisse Betreuung zu Hause durch Angehörige nach der Narkose und EKT gewährleistet ist. Bei Patient*innen, die durch die psychische Erkrankung zu stark eingeschränkt sind, die somatisch instabil sind oder als Risikopatient*innen gelten, sollte die EKT-Serie stationär erfolgen. Sollten Patient*innen vor einer ersten Behandlung sehr verunsichert wegen der Nebenwirkungen sein, kann diese zu Beginn stationär erfolgen und dann ambulant fortgesetzt werden.

Nach der Vorbereitung mit Anlegen eines regelmässigen Monitorings (Blutdruck, Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung) und Elektroden zur Ableitung der Hirnströme (EEG) und zur Stimulation, mit Legen eines intravenösen Zugangs und vorgängiger Sauerstoffgabe über eine Beatmungsmaske erfolgt eine Kurznarkose und Muskelrelaxation (durchgeführt durch Anästhesist*innen). Mittels eines Stromimpulses von einigen Sekunden Dauer, der über eine oder zwei Stimulus-Elektroden frontal oder temporal am Kopf appliziert wird, wird dann ein cerebraler Krampfanfall ausgelöst, der idealtypisch 30–60 Sekunden (EEG) dauert, hohe Amplituden sowie eine hohe Synchronizität zwischen beiden Hemisphären aufweist, von einer Sympathikus-Aktivierung (Herzfrequenzanstieg) begleitet wird und möglichst rasch und komplett spontan endet (Sartorius et al., 2013). Um einen Anfall auszulösen, der den geforderten Qualitätskriterien entspricht, gibt es einige technische und medizinische Variationsmöglichkeiten (Positionierung der Elektroden, Anpassung der Stimulationsparameter, Häufigkeit der Durchführung,

Anpassung und Umstellung der eingesetzten Narkosemittel und zusätzlicher Medikamente u. a. m.), die man nutzen kann.

Eine einzelne EKT-Sitzung hat in der Akutbehandlung keinen ausreichenden klinischen Effekt, was bedeutet, dass eine Serie von Sitzungen erfolgen muss. Dabei werden insgesamt 10–12 Sitzungen geplant (die Anzahl kann je nach klinischem Verlauf und Krankheitsbild etwas variieren) und pro Woche 2–3 Sitzungen durchgeführt. Erste klinische Effekte sind in aller Regel nach der 5.–6. Sitzung spürbar (was aber auch sehr variieren kann).

Die meisten Medikamente, die die Patient*innen vor der EKT eingenommen haben, insbesondere Antidepressiva wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Antipsychotika und andere (für andere somatische Erkrankungen), können und sollen unverändert beibehalten werden. Die Einnahme von Medikamenten sollte wegen der Narkose (relative Nüchternheit) bis zu zwei Stunden vor der Behandlung mit wenig Wasser erfolgen. Es gibt einige Medikamente, deren Dosis reduziert werden muss oder die abgesetzt werden müssen:

- Lithium (der Lithium-Spiegel sollte unter 0,4 mmol/l liegen)
- Antiepileptika, Benzodiazepine, Barbiturate (absetzen oder auf geringe Dosis reduzieren; diese sind antikonvulsiv und erhöhen die Schwelle zur Auslösung eines Krampfanfalles, was die Durchführung einer EKT verhindern kann)
- tri- und tetrazyklische Antidepressiva, SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer wie Venlafaxin und Duloxetin) (Dosis reduzieren oder evtl. absetzen, da das Risiko kardialer Arrhythmien durch diese erhöht ist)
- bei Schizophrenien und Katatonien können Clozapin und andere Antipsychotika hingegen synergistisch mit der EKT wirken und das Ansprechen auf EKT verbessern (Schulz-Du Bois & Conca, 2013)

Sollte eine EKT-Serie erfolgreich sein, das heisst eine (Teil-)Response oder eine Remission bewirken, dann ist in aller Regel im Anschluss dringend eine Fortsetzung der EKT (sog. Erhaltungs-EKT) und eine Psychopharmakotherapie (inkl. Re-Evaluation) empfohlen.

Unerwünschte Wirkungen und Risiken von EKT

Die EKT hat – wie jede medizinische Behandlung – unerwünschte Wirkungen und Risiken, die aber von den Patient*innen, der allgemeinen Öffentlichkeit und auch medizinischen Fachpersonen sehr häufig überschätzt und von Medien wie EKT-Gegner*innen und -Kritiker*innen deutlich überzeichnet werden. So gibt es einige vermeintliche der EKT zugeschriebene unerwünschte Wirkungen, die durch Studien klar widerlegt wurden:

Die Mortalität einer EKT-Behandlung liegt in grossen nationalen Kohorten unter 1:400000 Behandlungen und damit sehr deutlich unter der allgemeinen Mortalität bei Depressionen (Torrington et al., 2017). Das Risiko, durch

eine erfolgte EKT-Serie und sich anschliessende Erhaltungs-EKT später eine Demenz zu entwickeln, ist nicht erhöht (Chu et al., 2018; Osler et al., 2018). Das Risiko für Schlaganfälle ist durch eine EKT-Behandlung nicht erhöht, auch nicht nach vorangegangenen Schlaganfall (Roizing et al., 2019). EKT ruft keine nachweisbaren Hirnschädigungen hervor; bisherige Studien zeigen im Gegenteil sogar Hirnvolumenzunahmen in bestimmten Regionen (Nuninga et al., 2019; Sartorius et al., 2019; Takamiya et al., 2019; zwei Metaanalysen: Gbyl & Videbeck, 2018; Takamiya et al., 2018). Es gibt keinen klaren Hinweis auf ein erhöhtes Risiko nach einer EKT an einer Epilepsie zu erkranken (Bøg et al., 2018).

Die meisten tatsächlichen unerwünschten Wirkungen treten während der EKT-Serie mit 2–3 Sitzungen pro Woche auf. Dabei zählen zu den *häufigsten kurzfristigen unerwünschten Wirkungen* (während oder direkt nach einer EKT-Sitzung): Kopf- und Muskelschmerzen, Benommenheit und kurze Verwirrtheit nach dem Anfall, Übelkeit, kurzzeitig erhöhter Blutdruck und ein beschleunigter Puls (Tachykardie) sowie eine Verlangsamung des Pulses (Bradykardie) postiktal (Häufigkeiten nach Benbow & Crensil, 2004; s. Tab. 3). Diese lassen sich bei Bedarf gut symptomatisch behandeln (Schmerzmittel, Medikamente gegen Übelkeit, hohen Blutdruck u. a.) und klingen sehr rasch nach der EKT-Sitzung wieder ab.

Nebenwirkung (%)	schwer (%)	mild/moderat (%)	gesamt (%)
Gedächtnisstörungen	10	62	72
Kopfschmerzen	11	44	55
Schwindel	10	52	62
Verwirrung	3	41	44
Erbrechen	0	9	9
andere*	7	11	18
* Muskelschmerzen, Inkontinenz, trockener Mund, Palpitationen, Schwächegefühl, Übelkeit			

Tab. 3: Anteil Patient*innen (in %, n=70), die über milde/moderate und schwere Nebenwirkungen durch EKT berichteten

Seltene kurzfristige unerwünschte Wirkungen, die schwerwiegender sind, sind nach dem Krampfanfall auftretende (postiktale) stärkere Verwirrtheits- und Agitationszustände, Zahn- oder Zungenverletzungen, Herzrhythmusstörungen (kardiale Arrhythmien) und eine Asystolie, prolongierte Anfälle und im Rahmen der Narkose ein Larynxspasmus oder eine Aspiration.

Neben der kurzzeitigen Verwirrtheit, den kurzen Gedächtnis- und Orientierungsstörungen direkt nach einer EKT-Sitzung und dem Krampfanfall treten *mittelfristig* im

Verlauf einer EKT-Serie *sehr häufig* temporäre kognitive Störungen auf, die insbesondere das Gedächtnis und selten die Orientierung oder auch exekutive Funktionen betreffen. Dabei finden sich folgende kognitive Störungen: Sehr häufig sind *anterograde Amnesien* (Gedächtnisstörungen ab Beginn der EKT-Serie, wobei neue Informationen nicht abgespeichert werden und später deswegen auch nicht erinnert werden können). Weniger häufig sind *retrograde Amnesien* (Gedächtnisstörungen kürzlich zurückliegender Ereignisse vor Beginn der EKT). Selten sind retrograde Amnesien, die das *autobiografische Gedächtnis und Langzeitgedächtnis betreffen* (gestörte Erinnerung deutlich länger, das heisst Jahre zurückliegender Ereignisse, die in der Regel nur durch eine Erfassung des autobiografischen Gedächtnisses feststellbar sind). Ebenfalls *selten sind Orientierungsstörungen* (räumlich und zeitlich) und *Störungen einzelner exekutiver Funktionen* (z. B. Störungen der Handlungsplanung und -ausführung).

Patient*innen sollten über kognitive Störungen, mit denen bei einer EKT-Serie gerechnet werden muss, eingehend informiert werden, und in dieser Zeit von wichtigen Entscheidungen ohne Unterstützung durch Angehörige und Vertrauenspersonen (wie z. B. Vertragsabschlüsse u. a.) Abstand nehmen. Die kognitiven Störungen durch die EKT müssen von bereits vor der EKT bestehenden und durch die Grunderkrankung bedingten oft sehr ausgeprägten kognitiven Störungen abgegrenzt werden. Wenn zusätzliche kognitive Störungen im Rahmen einer EKT-Serie auftreten, sind diese zumeist so ausgeprägt, dass in dieser Zeit in der Regel keine Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Die durch die EKT verursachten kognitiven Störungen bestehen nur temporär und bilden sich in der Regel innerhalb eines Zeitraums von 4–8 Wochen nach Abschluss einer EKT-Serie spürbar zurück (Kalisova et al., 2018; Semskova et al., 2010) und sind nach 6 Monaten bei den meisten Patient*innen nicht mehr nachweisbar (Nuninga et al., 2018); dies trifft auch für ältere Patient*innen zu (Obbels et al., 2018). Einzelne Patient*innen berichten über persistierende kognitive Störungen, insbesondere retrograde Amnesien, die zum Teil mit verbleibenden depressiven Symptomen und nicht mit objektiv messbaren Störungen korreliert sind und dann nicht klar von durch die Depression bedingten kognitiven Störungen abgegrenzt werden können (Ferne et al., 2014; Fraser et al., 2008). Nach Ende einer EKT-Serie sollte die davor bestehende kognitive Leistungsfähigkeit innerhalb von Wochen bis wenigen Monaten wieder erreicht werden. Eine Erhaltungs-EKT hat in aller Regel keine anhaltenden negativen Auswirkungen auf die Kognition.

Herausforderungen in der Behandlung von Depressionen und die Bedeutung der EKT

Depressionen sind sehr häufige Erkrankungen, das heisst, man kann davon ausgehen, dass im Laufe eines Jahres circa 7–12 % der Bevölkerung und im Verlauf ihres Lebens circa 20 % aller Menschen an einer Depression erkranken. Ein erster Erkrankungsgipfel bei unipolaren

Depressionen liegt zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, ein zweiter zwischen dem 50. und 60. Frauen sind von einer Depression zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer und etwa die Hälfte aller Depressionen bleibt unbehandelt. Nach einer ersten schweren depressiven Episode besteht im ersten Jahr nach einer wirksamen Behandlung eine Rückfallwahrscheinlichkeit von 21–22 % (Keller et al., 1983; Kanai et al., 2003), nach 2–5 Jahren eine von 30 % bzw. 42 % (ebd.) und bezogen auf die Lebenszeit besteht nach einer ersten depressiven Episode eine sehr hohe Rückfallwahrscheinlichkeit von 80 % (APA, 1994). Bei 20–40 % der depressiv Erkrankten nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf, das heisst diese sprechen nicht oder zu wenig auf Psychopharmakotherapie an (Kocsis, 2000). Auch besteht bei depressiv Erkrankten ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: Das Lebenszeitrisko beträgt 10–15 % der depressiv Erkrankten gegenüber 0,7 % in der Allgemeinbevölkerung (Baldessarini et al., 2003).

Vor diesem Hintergrund ist klar, dass ein grosser Bedarf an wirksamen Therapien für Depressionen besteht und dass insbesondere bei unzureichender Wirksamkeit der am häufigsten eingesetzten antidepressiven Behandlungsmassnahmen (Psychotherapie und Psychopharmakotherapie) weitere Behandlungsmöglichkeiten vonnöten sind. In dieser Hinsicht nimmt EKT als sehr wirksames, gut anwendbares und verträgliches Therapieverfahren eine wichtige Rolle ein und wird von den meisten psychiatrischen Fachgesellschaften empfohlen. Studien belegen die Wirksamkeit von EKT bei depressiven Störungen (UK ECT Review Group, 2003; Pagnin et al., 2004; Grager & Di Pauli, 2013; Luccarelli et al., 2020), anderen psychiatrischen Krankheitsbildern und Syndromen wie Schizophrenien (Lally et al., 2016; Petrides et al., 2015) und bipolaren Störungen (Perugi et al., 2017; Bahji et al., 2019), Suizidalität (Kellner et al., 2005) und Katatonie (Luchini et al., 2015). Dabei ist die Wirksamkeit von EKT sehr hoch: Man kann davon ausgehen, dass bei Depressionen ohne Therapieresistenz (also ohne vorherige andere Behandlungsmassnahmen) oder schweren psychotischen Depressionen 80–90 % der Patient*innen auf die EKT ansprechen; im Falle von Depressionen mit Therapieresistenz (also mit vorherigen, nicht erfolgreichen anderen Behandlungsmassnahmen) sind dies etwa 50–70 % (Milev et al., 2016; Grager & Di Pauli, 2013). Nach einer Meta-Analyse von Haq et al. (2015) gelten als positive Prädiktoren für das Ansprechen einer Depression auf EKT eine vorgängige kurze Episodendauer, wenige Vormedikationsversuche, höheres Alter und psychotische Symptome, das heisst, die Wirksamkeit von EKT bei Depressionen nimmt vor allem mit längerer Dauer der Vorbehandlung ab. Ohne Einfluss auf das Ansprechen können gelten: Geschlecht, Alter bei Beginn der depressiven Episode, Anzahl Episoden, Symptomschwere, unipolare versus bipolare Depression und auch psychiatrischen Komorbiditäten. Das bedeutet, dass bei zusätzlich zu einer Depression bestehenden anderen psychischen Störungen keine Kontraindikation für eine EKT besteht (s. zuvor). Zwar kann bei diesen keine Besserung durch eine EKT

erwartet werden, Patient*innen können sich aber durch die Besserung der Depressivität insgesamt besser fühlen und dann auch eher in der Lage sein, komorbide Störungen zum Beispiel psychotherapeutisch zu behandeln.

Sämtliche depressiven Symptome und Beschwerden können sich durch die EKT bessern, dabei sind deutliche Besserungen im Sinne einer Response, das heisst Reduktion des Ausprägungsgrades der depressiven Symptome vor Beginn der EKT um 50 %, sehr häufig und auch eine weitestgehende oder vollständige Rückbildung (Remission) keine Seltenheit. EKT ist zudem sehr wirksam gegen Suizidalität: Kellner et al. (2005) konnten in einer Untersuchung von mit EKT behandelten suizidalen Patient*innen zeigen, dass nach 1 Woche Behandlung bei 38 %, nach 2 Wochen bei 61 % und nach Abschluss der EKT-Serie bei 81 % der Patient*innen die Suizidalität komplett verschwunden war. Auch bestehende kognitive Störungen durch die Depression (Konzentration, Aufmerksamkeit) können sich bessern, was aber aufgrund der durch EKT verursachten temporären kognitiven Störungen (vor allem Gedächtnisstörungen) nicht wahrgenommen wird, sodass subjektiv und objektiv zunächst insgesamt eine kognitive Verschlechterung durch die EKT besteht, die aber spätestens nach 6 Monaten nicht mehr nachweisbar ist (Nuninga et al., 2018).

Studien haben auch gezeigt, dass bei einer erfolgreichen EKT-Serie ohne sich anschliessende Erhaltungs-EKT bei depressiven Störungen das Risiko eines Rückfalls deutlich höher ist als mit Erhaltungs-EKT (Sackeim et al., 2001; Kellner et al., 2006; Brown et al., 2014; Luccarelli et al., 2020). Die Erhaltungs-EKT erfolgt zunächst in einwöchentlichen Abständen, die dann im Verlauf schrittweise vergrössert werden (bis zu vierwöchentlichen Abständen). So kann man dann zum Beispiel nach 6 Monaten weiterer Behandlung mit circa 10 Erhaltungs-EKT-Sitzungen und Evaluation des Verlaufs über das weitere Vorgehen entscheiden (Abschluss der EKT oder doch weitere Fortsetzung in gleichen oder weiter grösser werdenden Abständen). Auch ist eine Re-Evaluation der Psychopharmakotherapie sinnvoll, da viele Patient*innen von einer zusätzlichen medikamentösen Behandlung profitieren, selbst wenn vor der EKT Psychopharmaka nicht wirksam waren (Sackeim et al., 2001; Brown et al., 2014).

Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit und recht guten Verträglichkeit der EKT bei depressiven Störungen dauert es sehr oft sehr lange bis es zu einer Zuweisung zur EKT und Behandlung kommt: So wurde in einer Studie der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich und der Psychiatrischen Klinik Königsfelden (Pfaff et al., 2013) die Überweisungspraxis zur Behandlung von therapieresistenten Depressionen mit EKT untersucht. Das mittlere Alter der Stichprobe betrug 51 Jahre, 67,5 % der Patient*innen waren Frauen, 32,5 % Männer. Die Dauer der aktuellen Episode betrug im Mittel 68 Wochen (!), die mittlere Krankheitsdauer 15,2 Jahre, die Behandlungsdauer 13 Jahre. Im Mittel befanden sich die angemeldeten Patient*innen bisher etwa viermal in stationärer psychiatrischer Behandlung. Bei den angemeldeten depressiv Erkrankten wurden im Mittel 5,7

unterschiedliche Antidepressiva eingesetzt (Streuung: 1–17!), Kombinationstherapien wurden in 86 %, Augmentationsstrategien in 87 % der Fälle durchgeführt (Lithium 72 %, Antiepileptika 47 %, T3/T4 16 %, Neuroleptika 76 %). Die Antidepressiva waren in 61 % – nach Arzneimittel-Kompendium – ausdosiert worden. Serum-Spiegelkontrollen waren allerdings nur bei 40 % der Patient*innen erfolgt. 81 % der Patient*innen waren neben der antidepressiv-medikamentösen Behandlung zuvor auch mit Psychotherapie behandelt worden (im Mittel etwa 7 Jahre). Bei etwa der Hälfte der überwiesenen Patient*innen lag eine Therapieresistenz (n=21) vor. Bei den depressiv Erkrankten, die mit EKT behandelt wurden, ergab sich eine signifikante Besserung der Symptomatik (HAMD-Mittelwert bei Eintritt 35,8, bei Austritt 12,8; BDI-Mittelwert bei Eintritt 33, bei Austritt 16). Etwa 30 % der mittels EKT behandelten Patient*innen waren bei Austritt vollständig remittiert. Hinweise auf erhebliche kognitive Nebenwirkungen der EKT fanden sich bei dieser Stichprobe nicht.

Zusammenfasst wurden im Untersuchungszeitraum in beide psychiatrische Kliniken (PUK Zürich, Psychiatrische Klinik Königsfelden) überwiegend schwerst-krankte Patient*innen mit jahrelanger Krankheits- und Behandlungsdauer überwiesen. Die meisten waren mit einer Vielzahl von Antidepressiva vorbehandelt worden. Der Wunsch der Klärung der Indikation seitens der überweisenden Psychiater*innen bezog sich insbesondere auf Patient*innen mit chronischer Depression. So lässt sich schlussfolgern, dass die Zuweisungen zur EKT bei der untersuchten Stichprobe nicht den Kriterien von «Therapieresistenz» entsprachen, sondern die EKT offensichtlich als «letzte Wiese» in der Behandlung der therapieresistenten Depression aufgefasst wurde.

EKT und Psychotherapie

Wie sieht nun das Verhältnis von EKT zu psychotherapeutischen Behandlungsverfahren bei der Depression aus? Geht es hier um einen Widerspruch oder eine Ergänzung? Schliessen EKT und Psychotherapie einander aus? (Vgl. Conca et al., 2005). Ein Grund, beide Behandlungsmethoden in einem Widerspruch zu sehen, könnte darin liegen, dass zu wenig die multiple Ätiologie depressiver Störungen gesehen wird, bei denen psychosoziale und somatische Aspekte gleichermaßen von grosser Relevanz sind. So kann es passieren, dass biologisch orientierte Psychiater*innen zu wenig die psychosozialen, nicht-biologischen Aspekte von Depressionen berücksichtigen und Psychotherapeut*innen die somatischen, biologischen Aspekte und Korrelate von Depressionen übersehen (vgl. Pandarakalam, 2018).

Es ist unumstritten, dass psychotherapeutische Verfahren in der Depressionsbehandlung sehr wirksam und von zentraler Bedeutung sind (Meister et al., 2018). Dabei ist Psychotherapie bei leichter bis mittelgradiger Ausprägung der depressiven Symptomatik gegenüber einer alleinigen Psychopharmakotherapie als gleichwertig anzusehen, bei

schwerer depressiver Symptomatik ist die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie der alleinigen Behandlung mit Psychotherapie überlegen und somit die Behandlung der Wahl (ebd.; Thase et al., 1997).

Verschiedene Autor*innen haben sich mit der Frage der Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka beschäftigt und deren Vor- und Nachteile diskutiert (König, 1999; Kay, 2007; Himmighoffen, 2009). In Analogie dazu kann man die Vorteile und Nachteile der Kombination von Psychotherapie und somatischen Behandlungsverfahren im Allgemeinen (d.h. Psychopharmaka, EKT und andere somatische Verfahren), also auch die Kombination von Psychotherapie und EKT diskutieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund schwerer oder chronischer und therapieresistenter Depressionen von wichtiger Bedeutung (McIntyre et al., 2014; Pandarakalam, 2018), da hier der multimodale Behandlungsansatz mehr und mehr an Bedeutung gewinnt.

Mögliche Vorteile: Durch die Besserung bzw. Remission der depressiven Symptomatik durch die EKT sind Patient*innen wieder besser in der Lage, die Psychotherapie für sich zu nutzen und dabei thematisierte Aspekte zu bearbeiten und umzusetzen. Die Überwindung depressiver Blockaden und weiterer einschränkender depressiver Symptome (wie Gefühle von Hilflosigkeit und Sinnlosigkeit, Passivität etc.) durch die EKT ermöglicht es Patient*innen, wieder Zugang zur eigenen psychischen Innenwelt zu finden, und erleichtert damit die Auseinandersetzung mit biografisch relevanten Konfliktthemen, dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen, traumatischen Erfahrungen und nicht zuletzt auch dem «existenziellen Thema der verlorenen Lebenszeit» infolge einer Depression. Auch können Patient*innen wieder eigene, depressionsmindernde Ressourcen nutzen, die zuvor durch die schwere depressive Symptomatik eingeschränkt waren. So können mittels der EKT nicht nur die Wahrscheinlichkeit, sondern auch die Geschwindigkeit und das Ausmass des Ansprechens auf Psychotherapie und deren Nachhaltigkeit erhöht werden. Nach einer EKT-Serie und bei Erhaltungs-EKT kann die zusätzliche Psychotherapie die Fähigkeiten zu Anpassung und Coping und die Akzeptanz einer somatischen Behandlung verbessern sowie das Risiko von Rückfällen vermindern (vgl. Brakemeier et al., 2014).

Mögliche Nachteile: Patient*innen könnten Verbesserungen ihres Befindens durch EKT ausschliesslich auf diese zurückführen und dann eine Psychotherapie als nicht erforderlich ansehen. So kann es passieren, dass depressionsfördernde Persönlichkeitsaspekte ausgeblendet und nicht bearbeitet werden bzw. antidepressive Eigenschaften und Ressourcen nicht aktiviert und gefördert werden. Eine daraus folgende negative Bewertung von Psychotherapie und die Idealisierung der «wirksamen» EKT durch Patient*innen können auch im Sinne einer Abwehr oder Verleugnung schwer erträglicher Gefühle und Gedanken verstanden werden, die sicherlich weitere Exploration und psychotherapeutische Bearbeitung erfordern würden. Ganz im Gegensatz dazu können Patient*innen sich durch den Einsatz von EKT von

Behandelnden «abgespeist» fühlen und den Eindruck gewinnen, dass diese ihre Gefühle und Gedanken nicht ertragen und nicht zum Thema machen möchten. Es ist sehr gut denkbar, dass Behandelnde ihre Patient*innen eine EKT vorschlagen, um sich selbst vor deren schwer aushaltbaren Gefühlen, Gedanken und Beschwerden zu schützen, denen sie in der therapeutischen Begegnung mit ihnen ausgesetzt sind. Die temporären kognitiven Störungen während einer EKT-Serie und in den ersten 1–2 Monaten danach (Gedächtnisstörungen) können für eine gewisse Zeit eine laufende intensive psychotherapeutische Arbeit erschweren, das heisst, es kann in dieser Zeit sinnvoll sein bspw. psychotherapeutisch mehr «ich-stützend» und begleitend vorzugehen.

Anhand von zwei *Fallbeispielen* möchten wir abschliessend die Wirkungen und Möglichkeiten von EKT bei depressiven Störungen und ihr Verhältnis zur Psychotherapie illustrieren.²

Fallbeispiel 1

Frau S., eine 69-jährige Patientin, die seit mehreren Jahrzehnten an einer bipolaren affektiven Störung leidet, wurde wegen einer schweren, therapieresistenten Depression in der PUK Zürich aufgenommen. Zuvor war sie vergeblich über zwei Jahre lang mit unterschiedlichen Kombinationen von Antidepressiva und stimmungsstabilisierenden Mitteln behandelt worden. Die erste schwere depressive Episode war nach Geburt des ersten Sohnes aufgetreten. In den folgenden Jahrzehnten traten – neben den Depressionen – zunehmend gehäuft manische Episoden mit ausgeprägter Agitation auf. Bei der stationären Aufnahme bestand ein depressiver Stupor, das heisst, die Patientin war völlig erstarrt und blockiert, war mutistisch und verweigerte Kontaktaufnahme und Nahrung. Ein weiterer medikamentöser Behandlungsversuch nach Klinikeintritt führte ebenfalls nicht zu einer Besserung. Daraufhin wurde der Patientin die Durchführung einer EKT empfohlen. Frau S. und ihr Ehemann wurden ausführlich informiert und willigten schliesslich ein.

Bereits nach 4 EKT-Sitzungen trat eine deutliche und zunehmende Besserung der Stimmung ein. Die psychomotorische Erstarrung der Patientin löste sich schrittweise. Frau S. konnte nach 12 EKT-Sitzungen nahezu beschwerdefrei nach Hause entlassen werden. Im Anschluss an die EKT-Serie wurde die Patientin erneut auf ein Antidepressivum eingestellt, ferner wurde ein Mood Stabilizer, den die Patientin auch in der Vergangenheit gut vertragen hatte, eingesetzt.

Im Verlauf der ambulanten Nachbetreuung wurde die Verabreichung der Psychopharmaka angepasst. Angesichts der Vorgeschichte mit zahlreichen depressiven und manischen Episoden und zunächst weiterhin bestehender Stimmungsschwankungen wurde eine ambulante Erhaltungs-EKT durchgeführt (zunächst wöchentlich, im weiteren Verlauf EKT-Sitzungen in vier- bis sechswö-

2 Alle personenbezogenen Angaben wurden anonymisiert.

chentlichen Abständen). Die Stimmung der Patientin blieb schliesslich auch im längeren, mehrjährigen Verlauf stabil. Heute ist Frau S. weiterhin sehr unternehmungslustig, treibt Sport (was sie jahrelang während der depressiven Erkrankung nicht tun konnte) und unterhält vielfältige soziale Beziehungen innerhalb und ausserhalb ihrer Familie. Auch ihre Angehörigen sind sehr froh und entlastet. Sie nehmen eine – nach Jahren des Rückzugs und der Erstarrung – «unglaubliche, positive Veränderung» wahr. Kritisch fragen sie, warum Jahrzehnte vergehen mussten, bevor die Behandlung mittels EKT begonnen wurde. In der begleitenden Psychotherapie der Patientin und in den Paargesprächen mit ihrem Ehemann stellten der «Schmerz über die verlorene Lebenszeit» und die Ohnmacht des stets hilfreich-unterstützenden Ehemannes, der zunehmend erschöpft war, wesentliche Therapiefoki dar. Darüber hinaus konnten erstmals traumatische Erfahrungen der Patientin in ihrer durch den Krieg überschatteten Kindheit und im Zusammenhang mit erlebter emotionaler Deprivation bearbeitet werden.

Fallbeispiel 2

Herr C., 35 Jahre alt, verheiratet, zwei Kinder, wird ambulant wegen einer seit einem Jahr anhaltenden und therapieresistenten schweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung zur Frage einer EKT zugewiesen. Eine erste depressive Episode hatte er im Alter von 20 Jahren und war danach 14 Jahre remittiert. Ein möglicher Auslöser der aktuellen depressiven Episode kann der unerwartete Tod des Schwagers nur einen Monat vor Beginn der depressiven Episode gewesen sein.

Im Verlauf des Jahres vor Zuweisung war eine dreimalige psychiatrische Hospitalisation mit jeweils einer gewissen Besserung durch die medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen, die ambulant regelmässig fortgesetzt wurden, erfolgt. Trotz medikamentöser Mehrfachkombinationen und Augmentationsstrategien gab es jedoch auch immer wieder depressive Rückfälle bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. Innerhalb seiner Familie fühlte sich Herr C. isoliert, erlebte sich unfähig, ein Teil der Familie zu sein, sich einzubringen und im lebendigen Kontakt mit der Ehefrau und seinen Kindern zu stehen, wie dies vor der Depression problemlos möglich gewesen war. Vor Beginn der EKT-Serie bestand ein schweres depressives Syndrom ohne psychotische Symptome, aber mit häufigen Suizidgedanken (ohne konkrete Handlungsansätze) und ohne Hoffnung auf Besserung.

Nach Durchführung einer ambulanten EKT-Serie mit insgesamt 12 Sitzungen innerhalb von 5 Wochen stellten sich eine deutlich positive Wirkung (Response) und sehr gute Verträglichkeit, das heisst kaum kognitive Störungen, ein. Sein Depressions-Rating vor Beginn der EKT-Serie war: BDI-II: 40 Punkte, HAMD-21: 27 Punkte, MMS 30/30 Punkte; und nach Abschluss der EKT-Serie: BDI-II: 14 Punkte, HAMD-21: 11 Punkte, MMS 30/30 Punkte. Es wurde eine medikamentöse Kombinationsbehandlung mit einem SNRI (Venlafaxin ER 112,5 mg/d) und

Lithium (Quilonorm Retard 1-0-1 Tabletten) fortgesetzt bzw. angepasst und Herr C. war neben der weiteren Erhaltungs-EKT wöchentlich in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei einer niedergelassenen Psychiaterin.

Zwar hinsichtlich der depressiven Symptomatik deutlich gebessert (deutliche Response), erlebt sich Herr C. zuerst jedoch weiterhin als unfähig, im lebendigen Kontakt mit der Ehefrau und seinen Kindern zu stehen. Seine Arbeit konnte er mit einem Pensum von 20 % wieder aufnehmen und im weiteren Verlauf schrittweise langsam steigern. Im weiteren Verlauf erfolgte über einen Zeitraum von 11 Monaten eine Erhaltungs-EKT mit insgesamt 10 Sitzungen. Danach war eine weitere Besserung der Depression bis zur Remission festzustellen (BDI-II: 4 Punkte, HAMD-21: 1 Punkt).

Herr C. arbeitet nun wieder zu 100 %, ist psychisch stabil und hat keine affektiven Schwankungen mehr. Er fühle sich wieder so wie vor der Depression, erlebe sich wieder viel besser im Kontakt mit seiner Ehefrau und seinen Kindern. Auch äusserte er von sich aus, dass er in den letzten Monaten das, was in der weiterhin laufenden wöchentlichen Psychotherapie erörtert werde, nun für sich nutzen und umsetzen könne. Es wurden noch zwei weitere Erhaltungs-EKT-Sitzungen im Verlauf der folgenden 4 Monate durchgeführt. Danach erfolgte ein Verlaufsgespräch, indem aufgrund anhaltenden psychischen Wohlbefindens und konstanter psychischer Stabilität der Abschluss der EKT festgelegt wurde.

Zusammenfassung und Ausblick

EKT ist ein wichtiger Teil des multimodalen Behandlungskonzeptes in der Behandlung insbesondere depressiver Erkrankungen. Dabei ist die therapieresistente Depression als ein wesentlicher Indikationsbereich anzusehen. Nach jahrzehntelanger Erfahrung und Verbesserung der Durchführung und Technik seit den 1960er Jahren erweist sich die EKT als eine sehr wirksame, sichere und relativ nebenwirkungsarme Behandlungsmethode.

Bemerkenswert ist eine weiterhin oftmals negative Wahrnehmung dieser für eine Untergruppe depressiv Erkrankter sehr wichtigen Therapieoption in der Öffentlichkeit (*Einer flog über das Kuckucksnest*), zum Teil auch bei Vertreter*innen der Medizin und Psychiatrie, der Psychologie und Psychotherapie. Bei den zuletzt genannten Professionellen ist dies offensichtlich Folge der unzureichenden Verankerung des Themas und Auseinandersetzung mit der EKT in den jeweiligen beruflichen Weiterbildungen.

Die Überweisungspraxis («EKT als letzte Wiese») steht oftmals nicht im Einklang mit einer leitlinienorientierten Behandlung der therapieresistenten Depression. So empfiehlt beispielsweise die S3-Leitlinie Unipolare Depression, die EKT bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht zu ziehen. Demnach kann die EKT auch zur Erhaltungstherapie eingesetzt werden bei Patient*innen, die während einer

Krankheitsepisode auf EKT angesprochen haben, auf eine andere leitliniengerechte antidepressive Therapie nicht angesprochen haben, psychotische Merkmale aufweisen oder eine entsprechende Präferenz haben.

Untersuchungen unter anderem mittels bildgebender Verfahren haben Kenntnisse zu den neurophysiologischen und neurochemischen Substraten der Wirkung der EKT geliefert bzw. werden weitere liefern. Anwendungsstudien werden es ermöglichen, Applikationsmethoden zu entwickeln, die mit geringeren neuropsychologischen Nebenwirkungen verknüpft sind.

Ein zentrales Anliegen besteht jedoch in der weiterhin notwendigen Enttabuisierung der EKT: «Die immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragene Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode ist falsch und beruht weitgehend auf einer mangelhaften Information» (Stellungnahme der Deutschen Bundesärztekammer; Folkerts et al., 2003). Die skeptische Einschätzung der EKT entspricht nicht dem Forschungsstand, vielmehr sollte die EKT im Rahmen einer umfassenden Therapieplanung als eine mögliche Behandlungsoption angeboten werden – und nicht nur als «Ultima ratio» (Tölle, 2008). Trotz der grundsätzlichen Unterschiede der theoretischen Konzeptualisierung der jeweiligen psychiatrischen Erkrankungen besteht kein grundsätzlicher Widerspruch zwischen einer indizierten Behandlung mittels EKT und der Durchführung einer Psychotherapie: Im Gegenteil, oftmals ermöglicht erst die EKT die Überwindung depressiver Blockaden, die Auseinandersetzung mit biografisch relevanten Konfliktthemen, dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen, traumatischen Erfahrungen und nicht zuletzt auch dem «existenziellen Thema der verlorenen Lebenszeit» infolge einer therapieresistenten Depression.

Literatur

- Abbott, C.C., Lemke, N.T., Gopal, S. et al. (2013). Electroconvulsive therapy response in major depressive disorder: a pilot functional network connectivity resting state fMRI investigation. *Front Psychiat*, 4(10), 1–9.
- Abrams, R. (1992). *Electroconvulsive Therapy*. New York: Oxford UP.
- Abrams, R. & Sukartz, C.M. (1985). ECT and Prolactin release: effects of stimulus parameters. *Convuls Ther*, 1, 115–119.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C.: APA.
- Aperia, B., Thoren, M. & Wetterberg, L. (1985). Prolactin and thyrotropin in serum during electroconvulsive therapy in patients with major depressive illness. *Acta Psychiatr Scand*, 72, 302–308.
- Bahji, A., Hawken, E.R., Sepehry, A.A. et al. (2019). ECT beyond unipolar major depression: systematic review and meta-analysis of electroconvulsive therapy in bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand*, 139(3), 214–226.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L. & Hennen, J. (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiat*, 64(Suppl. 5), 44–52.
- Baldinger, P., Lotan, A., Frey, R. et al. (2014). Neurotransmitters and Electroconvulsive Therapy. *J ECT*, 30, 116–121.
- Benbow, S.M. & Crensil, J. (2004). Subjective experience of electroconvulsive therapy. *Psychiat Bull*, 28, 289–291.
- Bilgen, A.E., Bozkurt Zincir, S., Zincir, S. et al. (2014). Effects of electroconvulsive therapy on serum levels of brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor in treatment resistant major depression. *Brain Res Bull*, 104, 82–87.
- Bøg, F.K., Jørgensen, M.B., Andersen, Z.J. & Osler, M. (2018). Electroconvulsive therapy and subsequent epilepsy in patients with affective disorders: A register-based Danish cohort study. *Brain Stimul*, 11(2), 411–415.
- Bolwig, T.G. & Madsen, T.M. (2007). Electroconvulsive therapy in melancholia: the role of hippocampal neurogenesis. *Acta Psychiatr Scand*, (Suppl. 433), 130–135.
- Brakemeier, E.L., Merkl, A., Wilbertz, G. et al. (2014). Cognitive-behavioral therapy as continuation treatment to sustain response after electroconvulsive therapy in depression: a randomized controlled trial. *Biol Psychiat*, 76(3), 194–202.
- Brown, E.D., Lee, H., Scott, D. & Cummings, G.G. (2014). Efficacy of continuation/maintenance electroconvulsive therapy for the prevention of recurrence of a major depressive episode in adults with unipolar depression: a systematic review. *J ECT*, 30(3), 195–202.
- Chu, C.W., Chien, W.C., Chung, C.H. et al. (2018). Electroconvulsive Therapy and Risk of Dementia – A Nationwide Cohort Study in Taiwan. *Front Psychiat*, 9, 397.
- Conca, A., Prapotnik, M., Di Pauli, J. & Wild, B. (2005). Psychotherapie und Elektrokonvulsionstherapie. Widerspruch oder Ergänzung. *Nervenheilkunde*, 24, 729–735.
- DGBS & DGPPN (2020). *Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen*. In *S3-Leitlinie, Langvers. 2.1* (Update v. Feb. 2019, letzte Anpassung Mai 2020).
- DGPPN (2017). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie «Unipolare Depression», Kurzfassung. 2. Aufl., Vers. 1*. <http://www.versorgungsleitlinien.de>
- Dogan, S., Aksoy, I. & Kupka, R.W. (2016). Aortaruptuur als fatale complicatie bij elektroconvulsiotherapie [Fatal aortic rupture following electroconvulsive therapy]. *Tijdschr Psychiatr*, 58(2), 150–153.
- Fernie, G., Bennett, D.M., Currie, J. et al. (2014). Detecting objective and subjective cognitive effects of electroconvulsive therapy: intensity, duration and test utility in a large clinical sample. *Psychol Med*, 44(14), 2985–2994.
- Fink, M. & Nemeroff, C.B. (1989). A neuroendocrine view of ECT. *Convuls Ther*, 5, 296–304.
- Florkowski, C.M., Crozier, I.G., Nightingale, S. et al. (1996). Plasma cortisol, PRL, ACTH, AVP and corticotrophin releasing hormone responses to direct current cardioversion and electroconvulsive therapy. *Clin Endocrinol*, 44, 163–168.
- Folkerts, H., Remschmidt, H., Saß, H. et al. (2003). Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. *Dtsch Arztebl*, 100(8), A-504–506.
- Fraser, L.M., O'Carroll, R.E. & Ebmeier, K.P. (2008). The effect of electroconvulsive therapy on autobiographical memory: a systematic review. *J ECT*, 24(1), 10–17.
- Gbyl, K. & Videbech, P. (2018). Electroconvulsive therapy increases brain volume in major depression: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 138(3), 180–195.
- Grager, B. & Di Pauli, J. (2013). Indikationen und Wirksamkeit der EKT. In M. Grözinger, A. Conca, T. Nickl-Jockschat & J. Di Pauli (Hrsg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender* (S. 73–80). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Grözinger, M., Conca, A., Nickl-Jockschat, T. & Di Pauli, J. (2013). Vorwort. In dies. (Hrsg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender* (S. V–VI). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gugger, J.J. & Dunn, L.E. (2019). Subarachnoid Hemorrhage in the Setting of Electroconvulsive Therapy in a Patient with an Unsecured Cerebral Aneurysm: A Case Report and Review of the Literature. *J ECT*, 35(3), 212–214.
- Haq, A.U., Sitzmann, A.F., Goldman, M.L. et al. (2015). Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *J Clin Psychiat*, 76(10), 1374–1384.

- Himmighoffen, H. (2009). Einzelpsychotherapie: Die Rolle der medikamentösen Behandlung. In H. Böker, D. Hell & D. Teichman (Hrsg.), *Teilstationäre Behandlung von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen: Tagesklinik für Affektkranken* (S. 51–54). Stuttgart, Schattauer.
- Holsboer-Trachsler, E., Hättenschwiler, J., Beck, J. et al. (2016a). Die Akutbehandlung depressiver Episoden. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016, Teil 1. *Swiss Med Forum*, 16(35), 716–724.
- Holsboer-Trachsler, E., Hättenschwiler, J., Beck, J. et al. (2016b). Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe unipolarer depressiver Störungen. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016, Teil 1. *Swiss Med Forum*, 16(36), 739–743.
- Ishihara, K. & Sasa, M. (1999). Mechanism underlying the therapeutic effects of electroconvulsive therapy (ECT) on depression. *Jpn J Pharmacol*, 80, 185–189.
- Kalisova, L., Kubinova, M., Michalec, J. et al. (2018). Cognitive functioning in patients treated with electroconvulsive therapy. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14, 3025–3031.
- Kanai, T., Takeuchi, H., Furukawa, T.A. et al. (2003). Time to recurrence after recovery from major depressive episodes and its predictors. *Psychol Med*, 33, 839–845.
- Kay, J. (2007). Psychotherapy and medication. In G.O. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes (Hrsg.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (S. 463–475). New York: Oxford UP.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Endicott, J. et al. (1983). «Double depression»: Two-year follow-up. *Am J Psychiat*, 140(6), 689–694.
- Kellner, C.H. (2019). *Handbook of ECT. A Guide to Electroconvulsive Therapy*. Cambridge, New York: UP.
- Kellner, C.H., Fink, M., Knapp, R. et al. (2005). Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiat*, 162(5), 977–982.
- Kellner, C.H., Knapp, R.G., Petrides, G. et al. (2006). Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiat*, 63(12), 1337–1344.
- Kelly, C.B. & Cooper, S.J. (1997). Plasma noradrenaline response to electroconvulsive therapy in depressive illness. *Br J Psychiat*, 171, 182–186.
- Kocsis, J.H. (2000). New strategies for treating chronic depression. *J Clin Psychiat*, 61(Suppl. 11), 42–45.
- König, K. (1999). *Psychoanalyse in der psychiatrischen Arbeit – eine Einführung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lally, J., Tully, J., Robertson, D. et al. (2016). Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 171(1–3), 215–224.
- Lamont, S.R., Stanwell, B.J., Hill, R. et al. (2005). Ketamine pre-treatment dissociates the effects of electroconvulsive stimulation on mossy fibre sprouting and cellular proliferation in the dentate gyrus. *Brain Res*, 1053(1–2), 27–32.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Rossler, W. (2005). Can a seizure help? The public's attitude toward electroconvulsive therapy. *Psychiat Res*, 134(2), 205–209.
- Luccarelli, J., McCoy, T.H. Jr., Seiner, S.J. & Henry, M.E. (2020). Maintenance ECT is associated with sustained improvement in depression symptoms without adverse cognitive effects in a retrospective cohort of 100 patients each receiving 50 or more ECT treatments. *J Affect Disord*, 271, 109–114.
- Luchini, F., Medda, P., Mariani, M.G. et al. (2015). Electroconvulsive therapy in catatonic patients: Efficacy and predictors of response. *World J Psychiatry*, 5(2), 182–192.
- Madsen, T.M., Treschow, A., Bengzon, J. et al. (2000). Increased neurogenesis in a model of electroconvulsive therapy. *Biol Psychiat*, 47(12), 1043–1049.
- McIntyre, R.S., Filteau, M.J., Martin, L. et al. (2014). Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord*, 156, 1–7.
- Meister, R., Jansen, A., Berger, M. et al. (2018). Psychotherapie depressiver Störungen: Verfahren, Evidenz und Perspektiven [Psychotherapy of depressive disorders: Procedures, evidence and perspectives]. *Nervenarzt*, 89(3), 241–251.
- Michael, N., Erfurth, A., Ohrmann, P. et al. (2003a). Neurotrophic effects of electroconvulsive therapy: a proton magnetic resonance study of the left amygdalar region in patients with treatment-resistant depression. *Neuropsychopharmacol*, 28(4), 720–725.
- Michael, N., Erfurth, A., Ohrmann, P. et al. (2003b). Metabolic changes within the left dorsolateral prefrontal cortex occurring with electroconvulsive therapy in patients with treatment resistant unipolar depression. *Psychol Med*, 33(7), 1277–1284.
- Milev, R.V., Giacobbe, P., Kennedy, S. et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Can J Psychiat*, 61(9), 561–575.
- Mueller, P.S., Albin, S.M., Barnes, R.D. & Rasmussen, K.G. Jr. (2009). Safety of electroconvulsive therapy in patients with un-repaired abdominal aortic aneurysm: report of 8 patients. *J ECT*, 25(3), 165–169.
- Nuninga, J.O., Claessens, T.E.I., Somers, M. et al. (2018). Immediate and long-term effects of bilateral electroconvulsive therapy on cognitive functioning in patients with a depressive disorder. *J Affect Disord*, 238, 659–665.
- Nuninga, J.O., Mandl, R.C.W., Boks, M.P. et al. (2019). Volume increase in the dentate gyrus after electroconvulsive therapy in depressed patients as measured with 7T. *Mol Psychiat*. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0392-6>
- Obbels, J., Verwijk, E., Vansteelandt, K. et al. (2018). Long-term neurocognitive functioning after electroconvulsive therapy in patients with late-life depression. *Acta Psychiatr Scand*, 138(3), 223–231.
- Okamoto, T., Yoshimura, R., Ikenouchi-Sugita, A. et al. (2008). Efficacy of electroconvulsive therapy is associated with changing blood levels of homovanillic acid and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in refractory depressed patients: a pilot study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat*, 32, 1185–1190.
- Olesen, M.V., Wörtwein, G., Folke, J. & Pakkenberg, B. (2017). Electroconvulsive stimulation results in long-term survival of newly generated hippocampal neurons in rats. *Hippocampus*, 27(1), 52–60.
- Osler, M., Rozing, M.P., Christensen, G.T. et al. (2018). Electroconvulsive therapy and risk of dementia in patients with affective disorders: a cohort study. *Lancet Psychiat*, 5(4), 348–356.
- Otobe, H., Nibuya, M., Shimazaki, K. et al. (2014). Electroconvulsive seizures enhance autophagy signaling in rat hippocampus. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat*, 3(50), 37–43.
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S. & Cassano, G.B. (2004). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *J ECT*, 20(1), 13–20.
- Pandarakalam, J.P. (2018). Challenges of Treatment-resistant Depression. *Psychiatr Danub*, 30(3), 273–284.
- Perrin, J.S., Merz, S., Bennett, D.M. et al. (2012). Electroconvulsive therapy reduces frontal cortical connectivity in severe depressive disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*, 109, 5464–5468.
- Perugi, G., Medda, P., Toni, C. et al. (2017). The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Curr Neuropharmacol*, 15(3), 359–371.
- Petrides, G., Malur, C., Braga, R.J. et al. (2015). Electroconvulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: a prospective, randomized study. *Am J Psychiat*, 172(1), 52–58.
- Pfaff, M., Seidl, A., Angst, K. et al. (2013). Elektrokonvulsionstherapie als Ultima Ratio in der Behandlung der Depression? [Electroconvulsive therapy as a «last resort» in the treatment of depression?] *Psychiatr Prax*, 40(7), 385–390.
- Pfleiderer, B., Michael, N., Erfurth, A. et al. (2003). Effective electroconvulsive therapy reverses glutamate/glutamine deficit in the left anterior cingulum of unipolar depressed patients. *Psychiat Res*, 122(3), 185–192.

- Piccinni, A., Del Debbio, A., Medda, P. et al. (2009). Plasma Brain-Derived Neurotrophic Factor in treatment-resistant depressed patients receiving electroconvulsive therapy. *Eur Neuropsychopharmacol*, 19(5), 349–355.
- Read, J. & Arnold, C. (2017). Is Electroconvulsive Therapy for Depression More Effective Than Placebo? A Systematic Review of Studies Since 2009. *EHP*, 19(1), 5–23.
- Read, J. & Bentall, R. (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 19(4), 333–347.
- Reinke, V., Bertram, L. & Grözinger, M. (2013). Geschichte der Elektrokonvulsionstherapie. In M. Grözinger, A. Conca, T. Nickl-Jockschat & J. Di Pauli (Hrsg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender* (S. 3–14). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rocha, R.B., Dondossola, E.R., Grande, A.J. et al. (2016). Increased BDNF levels after electroconvulsive therapy in patients with major depressive disorder: A meta-analysis study. *J Psychiatr Res*, 83, 47–53.
- Rozing, M.P., Jorgensen, M.B. & Osler, M. (2019): Electroconvulsive therapy and later stroke in patients with affective disorders. *Br J Psychiatr*, 214(3), 168–170.
- Sackeim, H.A. (2017). Modern Electroconvulsive Therapy: Vastly Improved yet Greatly Underused. *JAMA*, 74(8), 779–780.
- Sackeim, H.A., Haskett, R.F., Mulsant, B.H. et al. (2001). Continuation Pharmacotherapy in the Prevention of Relapse Following Electroconvulsive Therapy – A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 285(10), 1299–1307.
- Sanacora, G., Mason, G.F., Rothman, D.L. et al. (2003). Increased cortical GABA concentrations in depressed patients receiving ECT. *Am J Psychiatr*, 160(3), 577–579.
- Sartorius, A., Demirakca, T., Böhringer, A. et al. (2019). Electroconvulsive therapy induced gray matter increase is not necessarily correlated with clinical data in depressed patients. *Brain Stimul*, 12(2), 335–343.
- Sartorius, A., Pycha, R., Grözinger, M. & Conca, A. (2013). Praktische Durchführung der EKT. In M. Grözinger, A. Conca, T. Nickl-Jockschat & J. Di Pauli (Hrsg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender* (S. 109–125). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schloesser, R.J., Orvoen, S., Jimenez, D.V. et al. (2015). Antidepressant-like Effects of Electroconvulsive Seizures Require Adult Neurogenesis in a Neuroendocrine Model of Depression. *Brain Stimul*, 8(5), 862–867.
- Schulz-Du Bois, A.C. & Conca, A. (2013). EKT: Komedikation und begleitende Therapien. In M. Grözinger, A. Conca, T. Nickl-Jockschat & J. Di Pauli (Hrsg.), *Elektrokonvulsionstherapie kompakt: Für Zuweiser und Anwender* (S. 155–171). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Scott, A.I.F., Lawrence, J., Whalley, L.J. & Legros, J.L. (1989). Treatment Outcome, Seizure Duration, and the Neurophysin Response to ECT. *Biol Psychiatr*, 25, 585–597.
- Semkowska, M. & McLoughlin, D.M. (2010). Objective Cognitive Performance Associated with Electroconvulsive Therapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biol Psychiatr*, 68(6), 568–577.
- Smith, J.S., Roopa, R., Sagar, B.K. et al. (2014). Images in electroconvulsive therapy: ECS dose-dependently increases cell proliferation in the subgranular region of the rat hippocampus. *J ECT*, 30(3), 193f.
- Svensson, M., Grahm, M., Ekstrand, J. et al. (2016). Effect of electroconvulsive seizures on cognitive flexibility. *Hippocampus*, 26(7), 899–910.
- Takamiya, A., Chung, J.K., Liang, K.C. et al. (2018). Effect of electroconvulsive therapy on hippocampal and amygdala volumes: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatr*, 212(1), 19–26.
- Takamiya, A., Plitman, E., Chung, J.K. et al. (2019). Acute and long-term effects of electroconvulsive therapy on human dentate gyrus. *Neuropsychopharmacol*. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0312-0>
- Tendolkar, I., van Beek, M., van Oostrom, I. et al. (2013). Electroconvulsive therapy increases hippocampal and amygdala volume in therapy refractory depression: A longitudinal pilot study. *Psychiatr Res*, 214(3), 197–203
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E. et al. (1997). Treatment of Major Depression with Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. *Arch Gen Psychiatr*, 54, 1009–1015.
- Tölle, R. (2008). Nicht die Elektrokrampftherapie, sondern ihre Gegner stehen in der Kritik [Not electroconvulsive therapy, but its opponents are in the firing line]. *Nervenarzt*, 79(11), 1310–1312.
- Torrington, N., Sanghani, S.N., Petrides, G. et al. (2017). The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 135(5), 388–397.
- UK ECT Review Group (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 361, 799–808.
- Whalley, L.J., Eagles, J.M., Bowler, G.M. et al. (1987). Selective effects of ECT on hypothalamic-pituitary activity. *Psychol Med*, 17, 319–328.

The importance of electroconvulsive therapy in the multimodal treatment of depressive disorders

Abstract: Electroconvulsive therapy (ECT) is part of the multimodal treatment concept in the treatment of depressive disorders in particular. Therapy-resistant depression is regarded as a major indication. After decades of experience, ECT continues to prove to be a very effective treatment method that is safe and has relatively few side effects due to current standards and technology. Its prejudiced and negative perception and evaluation is therefore surprising. The very frequent assessment of ECT as a last resort means that in many cases it is only used at a very late stage in the course of the disease – despite recommendations to the contrary, for example the S3 Guideline Unipolar Depression of the DGPPN. The indication range for ECT is clearly defined and there are only few absolute contraindications; a combination of ECT with other treatment procedures is also possible and sensible. The central concern of this article is the necessary removal of taboos: ECT should be offered as a possible treatment option as part of a comprehensive therapy plan. In many cases, it is the only way to overcome depressive blockages, to deal with biographically relevant conflict issues, dysfunctional coping mechanisms, traumatic experiences, and also the «existential issue of lost lifetime» as a result of therapy-resistant depression.

Key words: electroconvulsive therapy (ECT), therapy-resistant depression, psychotherapy, multimodal treatment

L'importanza della terapia elettroconvulsivante (TEC) nel trattamento multimodale dei disturbi depressivi

Riassunto: La terapia elettroconvulsivante (TEC) è parte del piano di trattamento con approccio multimodale nella cura delle patologie soprattutto di natura depressiva. La depressione resistente alle terapie va considerata come un'indicazione chiave. Dopo decenni di esperienza la TEC si è rivelata essere un metodo di trattamento ancora molto efficace e, a fronte degli standard e delle tecnologie attuali, più sicuro e con effetti collaterali relativamente contenuti. Perciò sorprende che tale metodo sia ancora percepito e valutato in

modo così pregiudizievole e negativo. Anche la posizione molto frequente secondo cui la TEC debba essere utilizzata in *ultima ratio* comporta che il ricorso a tale metodo nel trattamento avvenga solo in uno stadio molto avanzato della patologia, nonostante le diverse raccomandazioni, come la linea guida nazionale S3 per il trattamento della depressione unipolare della DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Società tedesca di psichiatria e psicoterapia, psicosomatica e neurologia). Le indicazioni per il ricorso alla TEC sono chiaramente definite e sussistono esigue controindicazioni che possano escluderne in modo assoluto l'impiego. Inoltre è possibile e sensato combinare la TEC con altre metodologie di trattamento. La questione centrale del presente articolo è rappresentata da un tentativo di smantellamento dei tabù legati a tale metodo: la TEC dovrebbe essere proposta come possibile opzione nell'ambito di un trattamento terapeutico a 360°. Spesso è proprio il ricorso a tale metodo che rende possibile il superamento dei blocchi causati dalla depressione, il confronto con tematiche conflittuali rilevanti nella biografia del paziente, i meccanismi per riuscire ad affrontare le situazioni più problematiche, le esperienze traumatiche e anche il «tema esistenziale del tempo ormai trascorso e perso» a causa di una patologia depressiva resistente alle terapie.

Parole chiave: terapia elettroconvulsivante (TEC), depressione resistente alle terapie, psicoterapia, trattamento multimodale

Die Autoren

Holger Himmighoffen, Dr. med., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychoanalytiker in eigener Praxis in Zürich (Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse) und leitender Oberarzt im Ambulatorium für Elektrokonvulsionstherapie der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Heinz Böker, Prof. Dr. med., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker im Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Titularprofessor für Psychiatrie (em.) an der Universität Zürich und Associate Professor am Zentrum für Psychiatrische Forschung, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Zuvor war er an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig und Chefarzt des Zentrums für Depressionen, Angststörungen und Psychotherapie.

Kontakt

Dr. med. Holger Himmighoffen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
Postfach 1931
8032 Zürich
Email: holger.himmighoffen@pukzh.ch

L'importance de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans le traitement multimodal des troubles dépressifs

Holger Himmighoffen & Heinz Böker

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 74–75 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-74>

Mots clés : Électroconvulsivothérapie, ECT, dépression résistante à la thérapie, psychothérapie, traitement multimodal

La électroconvulsivothérapie (TEC) est très efficace dans un grand nombre de syndromes psychopathologiques : Elle a des effets antidépresseurs, antimaniques, antisuicides, anticatatatoniques et anticonvulsifs et, dans certains cas, antipsychotiques et stabilisateurs de l'humeur (Grager & Di Pauli, 2013 ; Kellner, 2019) ainsi que des effets salvateurs dans certaines maladies (par exemple la catatonie pernicieuse). L'ECT est un élément important du concept de traitement multimodal, en particulier dans le traitement des troubles dépressifs. La dépression résistante aux thérapies doit être considérée comme un domaine d'indication majeur. Après des décennies d'expérience, l'ECT continue de s'avérer être une méthode de traitement très efficace et, grâce aux normes et à la technologie actuelles, sûre et présentant relativement peu d'effets secondaires.

Compte tenu de la grande efficacité prouvée, de la mise en œuvre améliorée et sûre, et des expériences avec l'ECT qui existent depuis de nombreuses décennies, il est surprenant de constater à quel point l'ECT continue d'être perçue et évaluée par le public et les experts avec des préjugés et critiques négatifs, et qu'elle soit utilisée moins fréquemment qu'il n'est indiqué. L'évaluation très fréquente de l'ECT en tant qu'« *Ultima ratio* » dans le traitement de la dépression et d'autres troubles mentaux signifie également que dans de nombreux cas, l'ECT n'est appliquée qu'à un stade très avancé de l'évolution de la maladie (Sackeim, 2017 ; Lauber et al., 2005 ; Grözinger et al., 2013). Cela ne correspond souvent pas à un traitement de la dépression résistant au traitement basé sur des lignes directrices. Par exemple, la directive S3 sur la dépression unipolaire recommande de considérer l'ECT comme une option de traitement pour les épisodes dépressifs graves et résistants au traitement (DGPPN, 2017 ; DGBS & DGPPN, 2020). Ainsi, l'ECT peut également être utilisée comme thérapie d'entretien chez les patients qui ont répondu à l'ECT pendant un épisode de maladie, qui n'ont pas répondu à d'autres

thérapies antidépresseives basées sur les directives, qui présentent des caractéristiques psychotiques ou qui ont une préférence correspondante. Les examens, y compris ceux qui utilisent des techniques d'imagerie, ont permis et continueront à permettre d'approfondir les connaissances sur les substrats neurophysiologiques et neurochimiques des effets de l'ECT. La gamme des indications de la TCE est clairement définie et il y a peu de contre-indications absolues. Les effets secondaires les plus importants à moyen terme de l'ECT sont des troubles de la mémoire temporaires et réversibles. Une combinaison de l'ECT avec d'autres méthodes de traitement (en particulier les psychotropes et la psychothérapie) est possible et utile.

La nécessité de lever le tabou sur l'ECT reste une préoccupation centrale : « La présentation de l'électroconvulsivothérapie comme une méthode de traitement obsolète, dépassée, voire inhumaine et cruelle, qui est constamment et délibérément portée à la connaissance du public, est erronée et repose en grande partie sur une information insuffisante » (Déclaration de l'Association médicale allemande ; Folkerts et al., 2003). L'évaluation sceptique de l'ECT ne correspond pas à l'état actuel de la recherche ; l'ECT devrait plutôt être proposée comme une option de traitement possible dans le cadre d'une planification thérapeutique globale – et non pas seulement comme un « *Ultima ratio* » (Tölle, 2008). Malgré les différences fondamentales dans la conceptualisation théorique des troubles psychiatriques respectifs, il n'y a pas de contradiction fondamentale entre le traitement indiqué par l'ECT et la mise en œuvre de la psychothérapie : Au contraire, dans de nombreux cas, seule l'ECT permet de surmonter des blocages dépressifs, de traiter des questions de conflit pertinentes sur le plan biographique, des mécanismes d'adaptation dysfonctionnels, des expériences traumatisantes et, enfin et surtout, la « question existentielle du temps de vie perdu » en raison d'une dépression résistante à la thérapie.

Les auteurs

Holger Himmighoffen, Dr. méd., est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, psychanalyste dans son propre cabinet à Zurich (Centre de psychiatrie, de psychothérapie et de psychanalyse) et consultant senior dans la clinique ambulatoire de électroconvulsivothérapie de la Clinique de psychiatrie, de psychothérapie et de psychosomatique de l'Hôpital universitaire psychiatrique de Zurich.

Heinz Böker, Professeur Dr méd., est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en médecine psychosomatique, psychanalyste au Centre de psychiatrie, de psychothérapie et de psychanalyse, Professeur titulaire de psychiatrie (émérite) à l'Université de Zurich et Professeur associé au Centre de recherche psychiatrique de l'Hôpital universitaire psychiatrique de Zurich. Avant cela, il a travaillé à l'hôpital universitaire psychiatrique de Zurich et a été médecin-chef du Centre de dépression, de troubles anxieux et de psychothérapie.

Contact

Dr. med. Holger Himmighoffen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
Postfach 1931
8032 Zürich
Email : holger.himmighoffen@pukzh.ch

Some contributions on the experience and therapy of depression published in the Italian journal *Psicoterapia e Scienze Umane* («Psychotherapy and the Human Sciences»)

Alcune pubblicazioni sull'esperienza e la psicoterapia della depressione apparse sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*
www.psicoterapiaescienzeumane.it

edited by/la cura di Paolo Migone

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 77–79 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-77>

1987, 21(4), 115–118

Giovanni Neri, Recensione di: A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw & G. Emery, *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Boringhieri [orig.: (1984). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford].

1990, 44(1), 134–136

Pier Giorgio Battaglia, Recensione di: G. L. Klerman, M. M. Weissman, B. J. Rounsaville & E. S. Chevron, *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri [orig.: (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books].

1991, 25(2), 13–33

Roberta Siani, Psicoterapia dei pazienti depressi e distimici: approccio integrato e contestuale.

1996, 30(3), 140–143

Pietro Pascarelli, Recensione di: R. Beneduce & R. Colliignon (ed.). (1995). *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*. Napoli: Liguori.

1998, 32(2), 153

Alessandra Mancaruso, Segnalazione di: Gilberto Mussoni (1996), *Insieme contro la depressione. Diario di un operatore volontario in un gruppo di auto-mutuo aiuto*. Rimini: Theut.

1999, 33(2), 83–105

Fulvio Sorge & Felice Lisanti, Per un'etica della depressione. Le passioni dell'uomo fra neuroscienze e anima.

2000, 34(3), 71–84

Giorgio Meneguz, Colpa e depressione nel *Genji Monogatari*. Verso la lettura psicoanalitica di un romanzo giapponese del secolo XI [una recensione di Licia Filingeri è alla pagina web www.psychomedia.it/pm-revs/journrev/psu/psu-2000-3-a.htm].

Riassunto: L'autore propone una lettura psicoanalitica del *Genji il Principe Splendente (Genji monogatari)*, uno dei più noti romanzi della letteratura giapponese antica, scritto da Murasaki Shikibu, attorno all'anno 1.000, quando era dama di corte dell'imperatrice Akiko alla corte di Heian, l'attuale Kyoto. Intessuto di poetiche visitazioni di temi quali l'amore, l'affetto, l'amicizia, la fedeltà, raccontati entro lo scenario politico-sociale del tempo, il capolavoro è profondamente conforme al principio buddhista circa la futilità del mondo. Una lettura del testo in riferimento costante con la vita passata e attuale della scrittrice Murasaki permette di ritrovare l'universale umano tentativo di uscire dalla depressione mediante l'uso della narrazione.

Abstract: The author reflects about a psychoanalytic interpretation of *The Tale of Genji (Genji monogatari)*, considered by many to be the greatest novel of the ancient Japanese literature. It was composed by Murasaki Shikibu (about 1.000 A.D.), a lady-in-waiting for the Empress Akiko at the imperial court in Heian, now Kyoto. The tale is mostly full of poetical explorations about themes of love, affection, friendship, loyalty, into the social political Heian's world and in conformity with Buddhist conviction in the vanity of the world. A comprehensive reading of the text including Murasaki's life and her background, gives us the possibility to catch the human attempt to cure depression through narration.

2002, 36(2), 146–147

Federica Zauli, Segnalazione di: Fulvio Sorge (2000), *Passioni e farmaci. Per un'etica della depressione: le passioni dell'uomo tra neuroscienze ed anima*. Napoli: Liguori.

2005, 39(3), 312–322

Paolo Migone, Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale [Real efficacy of antidepressant drugs in psychiatric practice] [una versione del 2009, dal titolo «Quanto sono efficaci i farmaci antidepressivi?», è alla pagina Internet www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt112-09.htm].

Riassunto: Viene discussa la ricerca di Kirsch *et al.* pubblicata su *Prevention & Treatment* nel 2002 in cui sono stati esaminati tutti i 47 studi clinici randomizzati (RCT) presentati dalle case farmaceutiche alla *Food and Drug Administration* (FDA) per far approvare i sei più venduti inibitori selettivi del reuptake della Serotonina (SSRI) negli Stati Uniti. Questa ricerca ha dimostrato, tra le altre cose, che gli SSRI sono superiori al placebo di meno di 2 punti della scala di Hamilton per la depressione (che è di 62 punti nella versione di 21 *item* usata in molti di questi RCT). Questa superiorità al placebo, seppur statisticamente significativa, non è clinicamente significativa. Inoltre nel 57% degli studi gli SSRI erano uguali o inferiori al placebo, e gran parte di questi dati non sono mai stati pubblicati. Questi dati vengono discussi all'interno della più vasta problematica del ruolo dei farmaci e del rapporto interpersonale nella pratica psichiatrica.

Abstract: Kirsch *et al.* in 2002 studied all 47 randomized clinical trials (RCT) submitted by pharmaceutical companies to the U.S. *Food and Drug Administration* (FDA) for approval of the six most prescribed Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) antidepressants. The mean difference between drug and placebo was less than 2 points on the 21-item (62-point) Hamilton Depression Scale (which is the version used in many of the these RTCs). This superiority to placebo, although statistically significant, was not clinically significant. Furthermore, 57% of the trials funded by the pharmaceutical industry failed to show a significant difference between drug and placebo. Most of these negative data were not published and were accessible only by gaining access, thanks to the Freedom of Information Act, to FDA documents. This research is discussed in light of the wider problem of the roles of medications and interpersonal relationship in psychiatric practice.

2006, 40(4), 747–764

Sidney J. Blatt, Una polarità fondamentale in psicoanalisi: implicazioni per lo sviluppo della personalità, la psicopatologia e il processo terapeutico [Una versione è stata poi pubblicata, col titolo «A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process», in *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4[2007]), 492–520].

Riassunto: La polarità tra il tipo di relazioni interpersonali e la definizione del Sé (poli «anaclitico» e «introiettivo»), che è fondamentale per la teoria psicoanalitica e coerente con varie teorie della personalità, fornisce una base concettuale per studiare lo sviluppo della personalità, le variazioni nella organizzazione normale della personalità, diversi tipi di psicopatologia ed aspetti del processo di psicoterapie sia a breve che a lungo termine. I contributi che questa polarità fornisce alla teoria della personalità testimoniano la validità e la importanza di questo modello teorico. Le concettualizzazioni e i dati empirici discussi in questo lavoro indicano quanto sia vantaggioso superare l'approccio meramente descrittivo delle classificazioni diagnostiche contemporanee basate sul DSM-III e sul DSM-IV, e cercare invece di identificare i principi organizzativi sottostanti della personalità.

Abstract: The polarity of relatedness and self-definition («anaclitic» and «introjective»), fundamental to the development of

psychoanalytic theory and consistent with a number of other approaches to personality theory, provides the basis for articulating aspects of personality development, variations in normal personality organization, the explanation of a wide-range of psychopathology, and aspects of the therapeutic process in both short and long-term treatments. The contributions of this fundamental polarity to these aspects of personality theory speak to the validity of this theoretical model and the importance of the fundamental polarity of relatedness and self-definition. The formulations and findings discussed in this paper indicate that there is much to be gained by going beyond the symptom focus of contemporary diagnostic nosology presented in DSM-III and DSM-IV, and seeking instead to identify underlying principles of personality organization.

2007, 41(1), 123–124

Antonella Mancini, Segnalazione di: Associazione «Centro Studi e Ricerche sulla Psiche» Silvano Arieti (2006), *L'arte di essere depressi. Figure della depressione nella musica, nella letteratura, nelle arti figurative*. A cura di Rita Bruschi. Pisa: Edizioni ETS.

2010, 44(3), 399–402

Caterina Quarello, Recensione di: Philippe Pignarre (2010), *L'industria della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri [orig.: (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: La Découverte & Syros].

2012, 46(2), 285–287

Pietro Pellegrini, Recensione di: Aldo Bonomi & Eugenio Borgna (2011), *Elogio della depressione*. Torino: Einaudi.

2013, 47(3), 526–527

Paolo Migone, Segnalazione di due libri: Irving Kirsch (2012), *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrate*. Milano: Tecniche Nuove [orig.: (2009). *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. London: The Bodley Head; (2010). New York: Basic Books]; Robert Whitaker (2013), *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*. Roma: Fioriti [orig.: (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Crown].

2017, 51(4), 529–550

David M. Clark, Il programma inglese «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT) [Versione aggiornata al luglio 2017, quindi costituisce un bilancio di dieci anni del programma IAPT, di una relazione tenuta al convegno «Terapie psicologiche per ansia e depressione: costi e benefici», organizzato dal prof. Ezio Sanavio a Padova il 18–19 novembre 2016. Questa versione è stata editata e in gran parte modificata da Paolo Migone, in accordo con l'autore. Una analisi più completa del programma IAPT e dei risultati emersi è stata poi pubblicata nell'articolo «Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program». *Annual Review of Clinical Psychology*, 14/2018, 159–183].

Riassunto: Sono ormai disponibili chiare prove empiriche della efficacia di varie psicoterapie per i disturbi mentali, però solo una minima parte di pazienti ne usufruisce. Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) cerca di migliorare l'accesso alla psicoterapia fornendo a più di 10.500 nuovi terapeuti una formazione in trattamenti supportati empiricamente e utilizzandoli sul territorio per la terapia della depressione e dei disturbi d'ansia. Lo IAPT tratta più di 560.000 pazienti all'anno, raccoglie i dati sui risultati nel 98.5 % dei casi e li rende pubblicamente disponibili. Circa la metà dei pazienti trattati nel programma IAPT guarisce, e due terzi mostra benefici tangibili. Vengono presentati gli aspetti clinici ed economici del programma IAPT, le modalità di formazione degli operatori, del servizio offerto al pubblico e della implementazione del programma, e i risultati ottenuti aggiornati al luglio 2017. Si accenna anche ai limiti e alle direzioni future.

Abstract: Empirical evidence shows that empirically supported treatments are helpful for many mental disorders. However, in most countries the great majority of people do not have access to psychological therapies. The English *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) program aims to improve the access to psychological therapies by training over 10,500 new therapists in empirically supported treatments and deploying them for the treatment of depression and anxiety disorders. IAPT treats over 560,000 patients per year, obtains clinical outcome data on 98.5 % of them, and this information is in the public domain. Around half of these patients recover and about two thirds of them show benefits. The clinical and economic arguments on which IAPT is based are presented, along with details on the service model, how the program is implemented, and findings updated to July 2017. Limitations and future directions are discussed.

Jetzt Broschüre downloaden!

Für das IKP-Symposium konnten wir drei hochkarätige, international renommierte Fachpersonen aus Forschung und Wissenschaft als Key-Speaker verpflichten.

CREDITS:
SGPP 5,5 | ASP 5,5
SBAP: Anerkannte Weiterbildung
SVDE 7 Punkte

Durchführung garantiert

Einladung:
19. Öffentliches IKP-Symposium
20. Februar 2021, Volkshaus Zürich

Das Thema ist hochaktuell:

Mensch – Digitalisierung – Psyche

Die Online-Welt als Ressource und Herausforderung für Therapie und Beratung

Die Corona-Pandemie verleiht unserem Symposium «Mensch – Digitalisierung – Psyche» brennende Aktualität: Am 20. Februar 2021 sprechen international renommierte Forscher(innen) und Wissenschaftler(innen) über Stress und Vereinsamung in der digitalen Welt, über die Online-Welt als Ressource und Herausforderung für Therapie und Beratung und über die Zukunft von Online-Therapien. Jetzt gleich anmelden!

IKP Institut für Körperzentrierte Psychotherapie

Infos und Anmeldung:
Telefon 044 242 29 30
www.ikp-therapien.com/ikp-symposium

Mit freundlicher Unterstützung: **medica** **mepha** **zeller** **medical**

Antworten auf die Kommentare von Greiner und Burda (Heft 2/2019)

Markus Erismann

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 81–83 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-81>

Zusammenfassung: Im vorliegenden Artikel setze ich mich mit den wissenschaftstheoretischen Kommentaren von Greiner (2019) und Burda (2019) auseinander. Greiner unterscheidet mit Bezug auf Wallner «Wissen» und «Erkenntnis». Dies entspricht meiner Auffassung von Reflexion auf die psychotherapeutische Praxis. Durch diese Reflexion wird «Erkenntnis» gewonnen. Hinsichtlich Burdas Konzept der Selbst-Differenz, das mehr auf Auflösung statt auf Bildung von Identität bedacht ist, stellt sich die Frage, wie dieses Konzept auf die psychotherapeutische Praxis anwendbar ist.

Schlüsselwörter: «Wissen» und «Erkenntnis», Selbst-Differenz, Identität, Reflexion, Gespräch

Im folgenden Artikel gebe ich Antworten zu Kurt Greiners Kommentar: «Akademische Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Experimentalhermeneutische Laborforschung» und Gerhard Burdas Kommentar: «Psychotherapie und Wissenschaft: eine Nabelschau?», die beide in Heft 2, 2019 der *Psychotherapie-Wissenschaft* erschienen sind.

Für Greiner (2019) ist die Reflexion zunächst ein «Funktionsprinzip», das in der psychotherapeutischen Praxis der «methodischen Schaffung von Wissen» dient. Mit Bezug auf Wallner unterscheidet er davon die «methodische Gewinnung von Erkenntnis» (ebd., S. 21). Dem entspricht Greiners Unterscheidung zwischen «Wissen in technisch-funktionaler Hinsicht (1. Konstitutionskriterium)» und «Erkenntnis in kritisch-reflexiver Hinsicht (2. Konstitutionskriterium)». Während das 1. Konstitutionskriterium einer Vielzahl von Wissensformen zukommt, zeichnet sich Akademische Wissenschaft darüber hinaus durch Erkenntnisgenerierung (2. Konstitutionskriterium) aus. Psychotherapie bedarf daher, um sich als Wissenschaft zu konstituieren, der «systematischen Produktion vertiefter Einsichten in die komplexen Strukturen ihrer professionellen Aktivitäten», wodurch sie «schliesslich erst differenzierte Erkenntnisse hinsichtlich impliziter Voraussetzungen und Bedingungen ihrer methodischen Wissenschaftsakte gewinnt» (ebd.). Diese Erkenntnisproduktion geschieht mittels wissenschaftshermeneutischer Reflexion auf das eigene professionelle Denken und Handeln.

Gemäss Greiner spielt die Reflexion für die Psychotherapie durch deren innerwissenschaftliche «Vielschichtigkeits- und Fremdartigkeitsstruktur» eine ausgezeichnete Rolle: «Faktisch liegt in keinem anderen wissenschaftlichen Fach eine dermassen hohe fachimmanente Reflexions-Provokation strukturbedingt vor, wie in der Psychotherapie» (ebd.). Ihre besondere Strukturiertheit und die damit verbundene Reflexions-Provokation bilden daher ein Abgrenzungskriterium und ein Qualitätsmerkmal der Psychotherapie.

Greiners prägnante Charakterisierung der Psychotherapie ist ganz im Sinne meiner Ausführungen. Wenn ich am Anfang meines ersten Artikels «Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft» mein Verständnis von Methodizität formuliere –

«Unter Methodizität verstehe ich die methodologische Reflektiertheit einer Wissenschaft, d.h. die Reflexion einer Wissenschaft auf die eigenen Grundlagen, ihre Grundbegriffe und Leitdifferenzen, die Art und Weise der Erkenntnisgewinnung, der Theoriebildung, der Strukturierung und Darstellung gewonnener Erkenntnisse sowie der Entwicklung von Anwendungsv erfahren. Methodizität kann als Abgrenzungskriterium gegenüber anderen Arten von Wissen wie etwa dem Alltagswissen oder dem mythischen Wissen dienen» (Erismann, 2016, S. 7) –,

dann entspricht diese Auffassung m.E. genau dem von Greiner genannten 2. Konstitutionskriterium. Seiner kritischen Behauptung am Schluss seines Kommentars, ich bezöge mich bloss auf das 1. Konstitutionskriterium (technisch-funktionales Wissen), möchte ich daher widersprechen. Im Gegenteil ist es so, dass mich gerade die Einsicht in die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion auf die Psychotherapie und jede ihrer einzelnen Schulen zum Verfassen meiner beiden Artikel motiviert hat (zweiter Artikel: «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft»; Erismann, 2019).

Die scheinbare Divergenz verschwindet dadurch, dass deutlich zwischen der Reflexion als Funktionsprinzip der psychotherapeutischen Praxis (technisch-funktionale Wissensgenerierung) und der wissenschaftshermeneutischen Reflexion auf die Grundlagen der Psychotherapie (kritisch-reflexive Erkenntnisgenerierung) unterschieden wird. Die besondere Strukturiertheit der Psychotherapie und die mit ihr verbundene Reflexions-Provokation evozieren aber auch die Frage nach dem Zusammenhang der

beiden Reflexionsformen: Inwiefern muss die Reflexion in der psychotherapeutischen Praxis mit einer Reflexion auf die wissenschaftlichen Grundlagen der entsprechenden psychotherapeutischen Schule einhergehen; wie muss diese zweifache Reflexion strukturiert sein, um sowohl Wissen als auch Erkenntnis zu generieren?

In dem von Greiner angeführten Verfahren der Experimentellen Trans-Kontextualisation sehe ich eine geeignete Möglichkeit, Grundelemente unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze sichtbar zu machen, sie zu vergleichen und kritisch zu beurteilen. Die kritische Beurteilung hängt dann aber ihrerseits vom Standpunkt des/der die Konfrontation durchführenden Psychotherapiewissenschaftlers bzw. -wissenschaftlerin ab. Dieser Standpunkt wäre seinerseits einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Dazu eine Frage zum dialogexperimentellen Durchführungsbeispiel: Als Resultat der dialogischen Konfrontation zwischen Strukturaler Psychoanalyse und Transaktionsanalyse ergibt sich, dass aufgrund der unterschiedlichen Position des «anderen Subjekts» (hinter/anstelle) der struktural-psychoanalytischen Intervention eine erfolgreiche transaktionsanalytische Therapie, die den «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustand» herstellt, vorauszugehen habe. Dieses Resultat scheint mir durch die Perspektive der Transaktionsanalyse, in deren Kontext das struktural-psychoanalytische Transponat zu integrieren versucht wird, bestimmt zu sein. Was wäre aus der Perspektive der Strukturalen Psychoanalyse auf das Resultat der dialogischen Konfrontation zu antworten? Wird nicht durch die Festlegung des Herkunfts- und Verfremdungskontextes die eine Perspektive der anderen von vornherein bevorzugt?

Noch eine Bemerkung zum Verhältnis zwischen Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft: Da ich weder Psychotherapeut noch Psychotherapiewissenschaftler bin, stellt sich mir die Frage, inwieweit ich mich überhaupt in die Angelegenheiten der Psychotherapie einzumischen habe. Dazu fehlt mir eigentlich das nötige psychotherapeutische und psychotherapiewissenschaftliche Fachwissen. Aus dieser externen Perspektive kann es bestenfalls darum gehen, wissenschaftsphilosophische Anregungen zu einer Diskussion zu geben. Aufgrund meines distanzierten Standpunktes haben sich zudem terminologische Unklarheiten ergeben. Bislang war ich nämlich der Ansicht, der Verwissenschaftlichungsprozess der Psychotherapie habe die Anerkennung der Psychotherapiewissenschaft als eigenständige Wissenschaft zum Ziel. Gemäss Greiner handelt es sich aber darum, dass die Psychotherapie mithilfe der Psychotherapiewissenschaft zur Akademischen Psychotherapie akademisiert wird. Vermutlich geht es aber um beides: sowohl um die Akademisierung der Psychotherapie als auch um die Etablierung der Psychotherapiewissenschaft als eigenständige Wissenschaft.

Damit komme ich zu Burdas (2019) Kritik. Er formuliert seine Bedenken gegenüber meiner Erwartung an PsychotherapeutInnen, über ein ausgeprägtes selbstreflexives Bewusstsein hinsichtlich ihres therapeutischen Denkens und Handelns zu verfügen. Zudem zeigt er,

wie diese angenommene Selbstreflexivität hinsichtlich einer wissenschaftstheoretischen Reflexion zu einem Zirkel führt. Dieser Zirkel ist gemäss Burda dadurch zu vermeiden, dass eine externe Perspektive, ein Blick von aussen, eingenommen wird und eine klare Trennung zwischen Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft vorgenommen wird. Beidem stimme ich zu.

Im Folgenden möchte ich begründen, weshalb ich dennoch an meiner Erwartung eines hohen Masses an Selbstreflexivität der Psychotherapie festhalte. Der erste Grund liegt in der ausgezeichneten Rolle, die die Reflexion in der Psychotherapie spielt. Greiner hat dies treffend als Reflexions-Provokation beschrieben. Bereits die Wahl einer bestimmten psychotherapeutischen Schule, sofern sie nicht blindlings erfolgt, verlangt ein bestimmtes Mass an (Selbst-)Reflexion auf die verschiedenen angebotenen psychotherapeutischen Ansätze und deren Grundlagen. Der zweite Grund liegt darin, dass die Psychotherapiewissenschaft nur dann als Mittlerin zwischen Wissenschaftstheorie und psychotherapeutischen Schulen fungieren kann, wenn die jeweilige Schule bzw. die einzelnen PsychotherapeutInnen offen genug sind, die Erkenntnisse der Psychotherapiewissenschaft aufzunehmen, wofür die Fähigkeit, sich infrage stellen zu lassen, Voraussetzung ist. Von dieser Fähigkeit hängt es ab, wie sich das Gespräch zwischen PsychotherapeutInnen und PsychotherapiewissenschaftlerInnen gestaltet.

Durch die Unterscheidung zwischen Wissens- und Erkenntnisgenerierung wird eine externe Perspektive, der Blick von aussen, konstituiert: die Psychotherapiewissenschaft, die sich dieser Unterscheidung von Wallner bedient, blickt von aussen auf die Psychotherapie und produziert durch diese Reflexion Erkenntnis. Nun können sich m. E. auch PsychotherapeutInnen von ihrer Tätigkeit distanzieren, aus der psychotherapeutischen Situation heraustreten und aus einer kritischen Distanz auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit und deren Grundlagen reflektieren. Sie nehmen damit zumindest zeitweilig den Reflexionsstandpunkt der Psychotherapiewissenschaft ein und können auf die Hintergrundtheorie, das Menschenbild und die Grundauffassungen der Schule ihrer Wahl kritisch reflektieren. Dieser Reflexionsstandpunkt bedarf seinerseits nicht unbedingt einer philosophischen Theorie, wie sie der Kritische Realismus von Wallner darstellt. Dessen Unterscheidung zwischen Wissens- und Erkenntnisgenerierung, deren sich die Psychotherapiewissenschaft bedient, stellt sicher ein geeignetes Instrument dar, die kritisch-reflexive Position, den psychotherapiewissenschaftlichen Blick von aussen, zu festigen. Damit wird aber der Reflexionsstandpunkt an eine philosophische Theorie gebunden, die ihrerseits einer kritischen Prüfung bedarf. Weder die Einnahme eines (selbst-)kritischen Reflexionsstandpunktes, zu der PsychotherapeutInnen fähig sind oder sein sollten, noch die psychotherapiewissenschaftliche Reflexion auf die psychotherapeutische Theorie und Praxis bedürfen m. E. eines Bezugs zu einem bestimmten philosophischen Hintergrund.

Ich würde daher eher für eine grösstmögliche Unabhängigkeit der kritischen psychotherapeutischen und psycho-

therapiewissenschaftlichen (Selbst-)Reflexion plädieren, die sich nicht an einen bestimmten philosophischen Hintergrund bindet. Dies entspricht ungefähr meiner eigenen Situation: Ich bin als Nicht-Psychotherapeut und Nicht-Psychotherapiewissenschaftler weder an eine bestimmte psychotherapeutische Schule noch an eine bestimmte philosophische Theorie gebunden. Meine angeblichen «Gewährsmänner», von denen der eine nebenbei bemerkt eine Frau ist (Elisabeth Wagner), sind bloss vage Orientierungspunkte für einen Reflexionsgang, der ohne feste philosophische Position eher einem *work in progress* entspricht.

Noch eine Bemerkung zum Konzept der Selbst-Differenz, das ich in (wissenschafts-)philosophischer Hinsicht interessant finde. Die Selbst-Differenz ist gemäss Burda ein allgemeines Prinzip, das jede Form von Identität betrifft. Jeder Wissensform ist eine inhärente Selbst-Differenz eigen. Dies zeigt Burda (2019) in einem informativen Abschnitt am Beispiel der Geschichte der Wissenschaftstheorie. Wissenschaft im Allgemeinen ist selbst-different, das heisst, sie bildet nach innen und aussen ein «komplexes Verbindungs- und Trennungverhältnis» (ebd., S. 36). Dies gilt auch für die Psychotherapie und die Psychotherapiewissenschaft sowie ihr Verhältnis zueinander. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Praxis, in der es unter anderem um die Rekonstruktion und Sicherung versehrter persönlicher Identität als Dimension eines intakten Selbstempfindens (Stern, 2007) bzw. eines Ich-Bewusstseins (Scharfetter, 1999) geht, frage ich mich, inwiefern dieses Konzept der Selbst-Differenz, das eher auf Auflösung statt auf Bildung von Identität bedacht ist, für die Psychotherapie als Heilverfahren angewandt werden kann.

Zum Schluss möchte ich drei Fragen stellen, die vielleicht für eine psychotherapiewissenschaftliche Forschung von Interesse sein könnten und für deren Beantwortung die Experimentalhermeneutische Laborforschung einen geeigneten Ansatz bietet:

1. Die Wahl einer bestimmten psychotherapeutischen Schule beinhaltet die Wahl einer bestimmten Perspektive, an der festzuhalten es für die PsychotherapeutInnen im Laufe ihrer Biografie eine gewisse Notwendigkeit gibt und die kaum mehr einen Perspektivenwechsel zulässt, das heisst die Einnahme der Perspektive anderer Schulen. Für ein Gespräch zwischen verschiedenen Schulen scheint mir aber die Fähigkeit, sich der anderen Perspektive öffnen zu können, eine Voraussetzung zu sein. Wie lässt sich die Gebundenheit der PsychotherapeutInnen an die eigene Perspektive überwinden?
2. Inwiefern bedarf die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel des Vermögens, sich selbst und seine eigene (psychotherapeutische oder psychotherapiewissenschaftliche) Position und Tätigkeit infrage zu stellen bzw. stellen zu lassen? Dies setzt seinerseits angesichts der Beschränktheit der eigenen Perspektive Demut voraus.
3. Es kann die allgemeine Frage gestellt werden, wie Reflexion zu konzipieren und ein Gespräch zu strukturieren ist, um Wissen und Erkenntnis generieren zu können. Wie ist das Verhältnis zwischen Reflexion und Gespräch zu formulieren?

Literatur

- Burda, G. (2019). Psychotherapie und Wissenschaft: eine Nabelschau? *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 31–40.
- Erismann, M. (2016). Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(1), 6–16.
- Erismann, M. (2019). Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 13–17.
- Greiner, K. (2019). Akademische Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Experimentalhermeneutische Laborforschung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 20–28.
- Scharfetter, C. (1999). *Schizophrene Menschen*. Weinheim: PVU.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Replies to the comments of Greiner and Burda

Abstract: In this article I deal with the epistemological comments of Greiner (2019) and Burda (2019). Greiner differentiates between «Wissen» and «Erkenntnis» with reference to Wallner. This corresponds to my view of reflection on psychotherapeutic practice. «Erkenntnis» is gained by means of this reflection. With regard to Burda's concept of self-differentiation, which is more concerned with dissolution than with the formation of identity, the question arises, how this concept can be applied to psychotherapeutic practice.

Key words: «Wissen» and «Erkenntnis», self-differentiation, identity, reflection, dialogue

Risposte alle osservazioni di Greiner e Burda

Riassunto: Nel presente articolo vengono analizzate le osservazioni e i commenti teorico-scientifici esposti da Greiner (2019) e Burda (2019). Il primo autore, in riferimento a Wallner, pone l'accento sulla differenza tra «sapere» e «conoscenza». Ciò corrisponde alla mia posizione riguardante la riflessione sulla prassi psicoterapeutica. Mediante tale riflessione la «conoscenza» viene ampliata. In relazione al concetto del secondo autore, riguardante la differenziazione del sé, più in linea con una dissoluzione identitaria che con una sua formazione, sorge la domanda di come tale concetto possa essere impiegato nella prassi terapeutica.

Parole chiave: «sapere» e «conoscenza», differenziazione del sé, identità, riflessione, colloquio

Der Autor

Markus Erismann, Dr. phil., studierte von 1983 bis 1989 Philosophie und Germanistik an der Universität Zürich und promovierte 1995/96 am Philosophischen Seminar der Universität Zürich. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Erkenntnistheorie und Methodologie.

Kontakt

Dr. Markus Erismann
Säntisstrasse 2
8008 Zürich
E-Mail: markus.erismann@bluewin.ch

Réponses aux commentaires de Greiner et Burda

Markus Erismann

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 84 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-84>

Mots clés : « connaissance » et « perspicacité », différence de soi, identité, réflexion, conversation

Dans l'article suivant, je donne des réponses aux commentaires de Greiner et Burda publiés dans le dernier numéro (*Psychotherapie-Wissenschaft*, 9[2]).

Greiner (2019) différencie « Wissen in technisch-funktionaler Hinsicht (1. Konstitutionskriterium) » et « Erkenntnis in kritisch-reflexiver Hinsicht (2. Konstitutionskriterium) » en référence à Wallner. Pour constituer une science académique, la psychothérapie nécessite l'acquisition de « Erkenntnis », c'est-à-dire elle doit « sich darüber hinaus auch um die *systematische Produktion vertiefter Einsichten in die komplexen Strukturen ihrer professionellen Aktivitäten* bemühen ».

Selon Greiner, la « innerwissenschaftliche Vielschichtigkeits- und Fremdartigkeitsstruktur » et la « fachimmanente Reflexions-Provokation » forment un critère de délimitation et de qualité pour la psychothérapie. Cette caractérisation concise de la psychothérapie correspond à ma conception méthodologique de la psychothérapie et au deuxième critère constitutionnel de Greiner. Je voudrais donc contredire la critique de Greiner selon laquelle je n'ai fait référence qu'au premier critère constitutionnel.

Burda (2019) formule ses hésitations quant à mes attentes envers les psychothérapeutes d'avoir une conscience de soi prononcée de leur pensée et de leurs actions thérapeutiques. Il montre comment cette autoréflexivité concernant la théorie scientifique conduit à un cercle. Selon Burda, ce cercle peut être évité en prenant une perspective externe, une vue de l'extérieur, et en faisant une distinction claire entre la psychothérapie et la science de la psychothérapie. J'accepte les deux aspects.

Il y a deux raisons pour lesquelles je garde mes attentes d'un niveau élevé d'autoréflexivité en psychothérapie : 1. La réflexion joue un excellent rôle en psychothérapie. Greiner a justement décrit cela comme une provocation de la réflexion. 2. La science de la psychothérapie ne peut servir de médiateur entre la philosophie des sciences et les écoles de psychothérapie que si les psychothérapeutes individuels intègrent les connaissances de la science de la psychothérapie. Cela suppose la capacité de se remettre en question.

À mon avis, les psychothérapeutes peuvent se distancer de leur travail et réfléchir sur la pratique psychothérapeutique et sa base théorique. Au moins temporairement, ils adoptent le point de vue de la science de la psychothé-

rapie. À mon avis, cette réflexion n'a pas besoin d'être reliée à un certain contexte philosophique. Au contraire, je plaide pour la plus grande indépendance possible de cette activité réflexive.

Une note sur le concept de différence de soi : Selon Burda, la différence de soi est un principe général qui affecte toutes les formes d'identité. La pratique psychothérapeutique peut consister à reconstruire et à sécuriser l'identité personnelle. Cette identité est une dimension de conscience de soi intacte (Stern, 2007 ; Scharfetter, 1999). Je me demande comment le concept de soi, qui est plus une question de dissolution que de construction d'identité, peut être utilisé en psychothérapie.

Enfin, trois questions générales pouvant intéresser la science de la psychothérapie :

1. Choisir une école psychothérapeutique particulière implique de choisir une perspective particulière. La capacité de changer de perspective semble être une condition préalable au dialogue entre les différentes écoles. Comment surmonter l'attachement à sa propre perspective ?
2. Le changement de perspective nécessite la capacité de se remettre en question. Comment peut-on mieux comprendre les limites de sa propre perspective ? Cette compréhension est associée à l'humilité.
3. Comment formuler la relation entre la réflexion et le dialogue ? Comment conceptualiser la réflexion, comment structurer le dialogue pour acquérir des connaissances ?

L'Auteur

Markus Erismann, docteur en philosophie, a étudié la philosophie et la langue et littérature allemandes à l'université de Zurich de 1983 à 1989 et a obtenu son doctorat en 1995/96 au département de philosophie de l'université de Zurich. Son travail se concentre sur l'épistémologie et la méthodologie.

Contact

Dr. Markus Erismann

Säntisstrasse 2

8008 Zürich

E-Mail : markus.erismann@bluewin.ch

Medium und Mediat in Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft

Gerhard Burda

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 85–94 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-85>

Zusammenfassung: Der Text vergleicht einen starren und einen dynamischen Zugang zur Wirklichkeit anhand der beiden Begriffe *Mediat* und *Medium*. Medien werden nicht als Wesen oder Identitäten, sondern als *Selbst-Differenzen* bzw. *Verbindungs- und Trennungsverhältnisse* in einem *ontologischen* Sinn aufgefasst. Unsere Wirklichkeit(en) kommen dieser *medialistischen* Auffassung nach dadurch zustande, dass selbst-differente Medien einander permanent mediatisieren. Ausgehend vom *Bewusstsein* als Medium des Realisierens von Selbst-Differenz wird dargestellt, wie Erkenntnis im Prozess zustande kommt. Beispiele aus der Psychotherapie verdeutlichen, wie der Veränderungsprozess Inter- und Intrapyschisches umgreift. Die Idee, dass der Medienbegriff als Klammer für sämtliche Psychotherapieformen dienen kann, wird in Richtung Psychotherapiewissenschaft weitergeführt. Diese wird in ihren Grundzügen umrissen.

Schlüsselwörter: Medium, Selbst-Differenz, Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft, radikaler Skeptizismus

Zugänge zum therapeutischen Prozess¹

Mediat und Medium

Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Zugänge zum therapeutischen Prozess miteinander verglichen. Damit mute ich Ihnen auch ein Stück Theorie zu, die etablierte Denkgewohnheiten herausfordert. Ich meine jedoch, dass es wichtig ist, sich mit den Grundlagen unserer Praxis immer wieder zu beschäftigen. Dies wird nicht zuletzt auch unserer Praxis zu Gute kommen. Der erste Zugang konzentriert sich auf konkrete Phänomene, auf Symptome oder auf etwas scheinbar objektiv Gegebenes, das «archäologisch» entdeckt, hermeneutisch erschlossen oder auch konstruiert werden kann. Dieser Ansatz setzt überlieferte Größen wie *Wirklichkeit*, *Subjekt*, *Objekt*, *Identität* oder *Intersubjektivität* voraus und entspricht einer altehrwürdigen Tradition: Er ist dinghaft und essenzialistisch. Ich werde für diese scheinbar objektiven Gegebenheiten die Bezeichnung *Mediat* einführen. Erwähnen wir, dass dieser Ansatz bereits vielfältiger Kritik ausgesetzt war (Heidegger, Buber, Derrida uvm.). Der zweite Zugang konzentriert sich mehr auf den spontanen Prozess, in dem alles Auftauchende nicht als etwas bereits fix Vorhandenes, sondern als etwas in Übergang Befindliches aufgefasst wird. Subjekt, Objekt usw. sind deshalb nicht bereits bestehende Größen, sondern bilden sich erst in diesem Prozess als gegenseitige Referenzen (*Interreferenzen*). Auch der Prozess als solcher soll nicht

etwa einfach bestehen, sondern sich als Milieu vielfältiger Wandlungen erst in und durch diese Übergänge ergeben. Dieser zweite Ansatz geht von einem dauernd sich erigierenden Seins-Prozess aus. In diesem Zusammenhang werde ich von *Medien* sprechen, die in diesem Prozess dadurch auftauchen, dass sie anderes, also andere Medien, umwandeln (mediatisieren) und dabei gleichzeitig selbst von diesen umgewandelt werden. Medien entstehen also in einer wechselseitigen Abhängigkeit voneinander und überdies zugleich mit dem Prozess.

Um den Unterschied zwischen *Mediat* und *Medium* zu verdeutlichen, lade ich Sie zu einer kleinen Reise ein: Wir besuchen eine antike Stadtanlage, irgendwo auf einer griechischen Insel. Es ist Frühling. Der Duft von Nadelhölzern und Kräutern liegt in der Luft. Ein sanfter Wind bewegt die Bäume und Gräser. Insekten schwirren durch die Luft, zwischen den Steinen huschen Eidechsen hin und her. Vor uns erhebt sich ein majestätischer Hügel gegenüber dem Meer, an den sich die Reste ehemaliger Häuser schmiegen. An zentralen Stellen befinden sich die Säulen kleiner Tempelanlagen und eine Agora. Weiter oben am Hügel schlägt ein Pfau sein Rad. Die Wurzeln der Stadt liegen im 6. Jahrhundert v. Chr. und reichen bis ins 1. Jahrhundert n. Chr., das teilen uns die überall aufgestellten Informationstafeln mit. Unser Blick, mit dem wir für gewöhnlich durchs Leben gehen, nimmt die steinernen Mauerreste als Objekte, als *Mediate*, wahr. Vielleicht machen wir noch Fotos, die wir irgendwann herzeigen können. Wir konservieren die Objekte also gleich noch einmal. Was wir nicht wahrnehmen, ist, dass dieser Blick auf die Steine einer *verdinglichenden Fantasie* entspringt und dass wir genau durch diesen Blick uns selbst als Subjekt etabliert haben.

Ich schlage Ihnen nun eine Änderung der Sichtweise vor: Stellen Sie sich vor, die Steine haben über Jahrhun-

¹ Dieser erste Teil war ursprünglich ein Vortrag auf der Dreiländertagung der deutschsprachigen Jung-Gesellschaften in Wien 2012. Er wurde im Forschungsbulletin der SFU 2015 veröffentlicht und für den vorliegenden Text umgearbeitet.

derte hinweg das Leben von Menschen mitgestaltet. Sie gehörten zu Häusern, in denen Alltag gelebt, Feste gefeiert, geliebt, gekämpft, geboren und gestorben wurde. Kurz gesagt: Häuser und Steine waren *Medien*, die daran beteiligt waren, dass Menschen – und zwar einzelne Menschen ebenso wie ihre Gesellschaft und Kultur – zu dem werden konnten, was, wer und wie sie waren. Umgekehrt wiederum waren die Menschen daran beteiligt, was die Steine, Häuser und Tempel waren – ebenso wie der Wind, das Wetter und all die kleinen Flechten und Moose, die die Oberfläche der Steine verändert haben und verändern. Wir erahnen somit einen wechselseitigen Prozess, in dem das eine Element das Medium des anderen war: Die Steine, die Gebäude und all das, was uns gerade umgibt – und noch vieles mehr, das wir nicht benennen können – formte jene Menschen mit, die hier lebten. Umgekehrt wurden die Steine ebenso von diesen Menschen mitgestaltet. Sie wurden in Steinbrüchen gebrochen, bearbeitet und zu Gebäuden zusammengefügt. Wir erkennen ausserdem, dass die Steine, über die wir uns hier unterhalten, etwas mit uns während der letzten Minuten gemacht haben: Sie haben den Text gelesen, hatten vielleicht Bilder, Erinnerungen, Gedanken und Gefühle. Er wird Sie vielleicht dazu anregen, nachher darüber zu diskutieren. Vielleicht haben Sie auch Lust bekommen, selbst wieder eine griechische Insel zu besuchen. Vielleicht denken Sie sich auch: *So ein Unsinn!* – Was es auch sein mag: Die Steine in meiner Erzählung waren alles andere als bloss tote Objekte in einem Reisebericht. Sie *sind* Medien, die vielfältige Prozesse ausgelöst haben – nicht nur in der Vergangenheit, sondern auch jetzt.

Um das wechselseitige Voneinander-abhängig-Sein der Medien und den Unterschied zwischen einem substanzhaft-objektivierenden und einem medialen Verständnis zu verdeutlichen, bringe ich ein weiteres Beispiel. Nehmen wir die aktuelle *Corona-Pandemie*: Was wir aktuell *sind*, wird durch Medien wie das Virus (über das wir wahrlich nicht alles wissen), Statistiken, einander widersprechende Berichte, Fakes, Verschwörungstheorien, individuelle Symptome, den Wettlauf der Forschungsberichte, Zukunftsszenarien, Hamsterkäufe, multiple Ängste, Projektionen auf das Virus, Verarbeitungsmuster usw. *realisiert*. Aus dieser *Pandemie der Panik* ergibt sich ein Prozess, der so ziemlich alles einer Veränderung unterworfen hat. Wandeln wird sich freilich auch das Virus, so zum Beispiel dann, wenn es auf ein entwickeltes Medikament reagiert und mutiert. Das Virus ist ebenso Medium unseres weiteren Prozesses wie wir Medien des seinen sind. Es mediatisiert uns, wir mediatisieren es aber auch. Mensch und Virus bilden somit ein komplexes mediales Verbindungs-Trennungs-Verhältnis, zu dem noch zahllose andere Medien ergänzt werden könnten (Behandlungsmethoden, Studien, Kliniken, Politisches, Ökonomisches usw.). Es zeigt sich deutlich, dass der Mensch dabei *keine* ausgezeichnete ontologische Stellung einnehmen kann, obwohl es gerade um ihn geht.

Fragen wir: Was hat diesen Perspektivenwechsel vom Mediat zum Medium ermöglicht? Und was hat uns das gebracht? Um es kurz zu machen: Es war die *Einbil-*

dungskraft, die Imagination. Haben wir im ersten Fall die Steine als tote Objekte imaginiert und uns dazu als Subjekt – als HistorikerIn, TouristIn, FotografIn, ErzählerIn – in Beziehung gesetzt, so haben wir dies auch im Fall des Mediat getan. Auch hier haben wir unsere Fantasien gleichsam auf eine Art Leinwand projiziert. Wir haben jedoch zu der ersten Imagination eine weitere hinzugefügt und dadurch den Imaginationsraum insgesamt erheblich erweitert. Anders gesagt: Wir haben einen Raum vielfältiger und auch widersprüchlicher Imaginationen eröffnet und zugelassen. Genau durch diese Erweiterung haben wir die Steine aus ihrer starren Identifizierung befreit und sie gleichsam als Medium zu beschreiben begonnen. Der Stein im Beispiel der griechischen Stadtanlage (aber auch der Meteorit bzw. das Virus) muss dadurch nicht mehr einfach nur das datierte Objekt sein, das er vorher war, sondern darf etwas ganz anderes sein. Man könnte sagen: Wir haben ihn in ein Differenzverhältnis zu sich als Objekt gesetzt. Als Medium darf der Stein wie ein Samen sein, dessen Frucht jetzt, zwei Jahrtausende später aufgeht und weiterwirken wird.

Vertiefen wir uns etwas in den Medienbegriff: Der Ausdruck Medium ist besonders in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert aktuell geworden. Man spricht von einem sogenannten *medial turn* und bezieht sich dabei hauptsächlich auf Veränderungen, die neue Technologien, allen voran die Informationsverarbeitung sowie die Massenmedien mit sich gebracht haben. Ich verwende den Begriff Medium allerdings in einem anderen, nicht-trivialen Sinn²: Medium ist für mich in erster Linie ein *ontologischer* Begriff, das heisst, Medien – und nicht Substanzen oder irgendwelche andere Entitäten (vgl. Krämer, 2008) – sind die fundamentalsten Entitäten, die wir annehmen können (Burda, 2010, 2011).

Mediamorphose und Bewusstsein

Betonen wir den schöpferischen Aspekt des Mediums. Ein Medium überträgt nicht etwa bloss eine Botschaft oder Information eins zu eins von A nach B, sondern verändert diese auch (vgl. McLuhans [1992] Diktum vom Medium als Botschaft). Denken Sie etwa auch an das Spiel *Stille Post*. Neben diesem generativen Aspekt zeichnet Medien aus, dass sie die starre Polarität zwischen Identität und Differenz unterwandern. Medien sind nicht mit sich selbst idente Wesenheiten, sondern per definitionem selbst-different und phantasmatisch. Ein Medium ist zwar eine Art handelnder *Agent*, als solcher aber eben nicht autonom, sondern immer auf etwa anderes angewiesen (es gibt somit kein Medien-Apriori; s. Mersch, 2006). Wie der Name Medium von lat. *medius* andeutet, nehmen Medien eine Art Zwischenposition ein – in unserem Fall: sowohl zu

2 Der Begriff taucht historisch zunächst bei Thomas von Aquin auf, der ihn in den Text *De anima* von Aristoteles einschmuggelt. Bei Aristoteles geht es darum, dass die Sinneswahrnehmung, etwa der Gesichtssinn, eines «Dazwischen», das heisst, eines notwendigen *Abstands* bedarf, damit Wahrnehmung überhaupt möglich ist.

sich selbst als auch zu anderen. Mit anderen Worten: Medien sind *Selbst-Differenzen*. Im Medium treffen Sein und Schein, Identität und Differenz, Aktivität und Passivität, *Verbindung und Trennung* aufeinander, ohne ineinander überzugehen. Medien kennen zudem keine Hierarchie, die ein Medium vor einem anderen auszeichnen würde. Wenn ich später den Menschen als Medium skizzieren und dabei auch auf das Bewusstsein zu sprechen kommen werde, dann heißt das nicht, dass der Mensch deshalb bevorzugt gegenüber zum Beispiel anderen Lebewesen oder Dingen wäre. Bewusstsein beschreibt nämlich nur die Art und Weise, wie wir uns Menschen vorfinden und wie wir uns dies zu erklären versuchen. Interessant in diesem Zusammenhang sind auch die diversen, *turns* genannten Paradigmenwechsel im 20. Jahrhundert: So gab es einen *linguistic turn*, die Hinwendung zur Sprache und zur Schrift, die das Bewusstseinsparadigma ablöste – denken Sie an Wittgenstein, den Wiener Kreis, den Strukturalismus aber auch an Freuds Psychoanalyse im Sinne einer *talking cure*. Es gab den *cultural turn*, den *iconic turn* in den Bildwissenschaften, auch einen sogenannten *affective turn*, also die Hinwendung zur Intensität der Affekte und zum nicht-normierbaren Körper. All diese *turns* stellen jeweils ein ganz besonderes Medium ins Zentrum – von der Sprache über die Schrift und das Bild bis hin zu den Affekten. Damit reduzieren sie jedoch gewissermassen die *Mediendiversität* auf ein besonderes Primat. Das ist einerseits reduktiv, die Betonung eines besonderen Mediums kann uns aber andererseits auch verständlich machen, warum neben psychodynamischen Therapieformen auch andere Psychotherapieformen helfen können. Der Grund, warum das so ist, ist, dass sämtliche Therapieformen eben mit speziellen Medien arbeiten. Der Medienbegriff bietet uns damit eine Möglichkeit, *einen gemeinsamen Boden für alle Therapieformen* zu benennen. Wir könnten uns somit auf etwas Gemeinsames berufen, anstatt Abgrenzungskämpfe zu führen. Dieser gemeinsame Boden ist zum Beispiel auch für die Psychotherapiewissenschaft ein wichtiges Thema.

In der Psychotherapie geht es um den leidenden Menschen. Der Mensch kann, wie gezeigt wurde, selbst als Medium, als *homo medialis*, verstanden werden: Er ist eingebettet in ein mediales, prozesshaftes *Milieu*. Auf der elementarsten Ebene läuft ein «Prozess» ab, der darin besteht, dass beliebige Medien einander permanent wandeln und mediatisieren. Ich nenne diesen Prozess *Mediamorphose*. Sie kennen sicher alle das berühmte *Schwarze Quadrat* von Malewitsch, das uns das Gemeinte verdeutlichen kann: Es laufen Prozesse ab, die uns zunächst nicht bewusst sind. Gäbe es nur diesen «unbewussten» Prozess, so entspräche dies einer reinen Immanenz oder einer kompletten Unbewusstheit, die die schwarze Fläche des Bildes andeutet. Gäbe es nur diese, so wären wir etwa bloss Bestandteile eines «Geistes» oder einer «Materie», ohne es überhaupt merken zu können. Unsere Existenz wäre wie im Tiefschlaf, von dem wir nichts wüssten. So ist es jedoch gerade nicht, denn wir finden uns irgendwann in unserem Leben auf der «subjektiven» Seite dieses Prozesses vor. Wir «erwachen» gleichsam zu einer Selbst-Evidenz. Wir werden bewusst, erleben uns als wahrnehmend, denkend,

fühlend, träumend und noch vieles mehr; wir erleben auch Unterbrechungen, etwa im Schlaf, und wir erleben eine Welt ausserhalb unserer selbst. Wir beginnen auch sofort, uns automatisch mit diesen Prozessen – etwa dem Medium Denken oder dem Medium Fühlen bzw. mit den dahinter wirkenden Phantasmen zu identifizieren, um uns darüber aufzuklären, wie es um uns bestellt ist. Dabei merken wir zunächst nicht, dass diese genannten Medien ständig aneinander wirken: Ohne dass wir es merken, wirken physiologische Vorgänge und Wahrnehmungen an Gedanken und Gefühlen, Gedanken und Gefühle wiederum bewirken Bewegungen, Bewegungen gehen in Gefühle, Bilder und Gedanken über; diese wiederum in Körpervorgänge und Körpervorgänge in Fantasien und Verhalten. Dieser Prozess, den wir *ad libidum* führen könnten, läuft spontan ab, ein Fliesen, das sich ständig eine neue Bahn sucht und diese auch findet. *Bewusst* zugänglich ist uns das nur ansatzweise, zum Beispiel wenn es Probleme gibt oder wir zu fragen beginnen, wer wir eigentlich sind. Wenn wir das tun, greifen wir zunächst sofort auf etwas wie unseren Namen, das Alter, den Beruf, unsere Herkunft, unsere Fähigkeiten usw. zurück. Darauf sind wir von klein auf trainiert, doch, ehrlich gesagt, keine dieser Kategorien kann uns *in toto* erfassen. InderInnen drücken dies mit dem Spruch *Neti, neti!* aus: *Ich habe einen Körper aber bin nicht mein Körper. Ich habe Gedanken und Gefühle, aber ich bin nicht meine Gedanken und Gefühle*. Um es auf den Punkt zu bringen: Sobald wir uns über uns selbst oder auch die Phänomene um uns herum aufzuklären versuchen, etabliert sich ein fundamentales *dualistisches* Verhältnis: Ohne dass wir es merken, trennt uns ein permanenter Abstand von dem, was wir über uns denken, fühlen oder imaginieren. Ein Begriff wie das Unbewusste setzt diesen permanenten Abstand, diese *Selbst-Differenz*, übrigens voraus. Jeder Versuch, diese Kluft schliessen zu wollen, schafft sie erst recht wieder.

Auf dieser Stufe der Identifikation mit Prozessen, bei der wir uns zum Beispiel mit den unseren Gefühlen entsprechenden komplexhaften Fantasien identifizieren, liesse sich unser Bewusstsein als *Medium des Realisierens von Selbstdifferenz* in einem *trivialen* Sinn auffassen. *Realisieren* ist dabei sowohl im Sinne von *verwirklichen* als auch im Sinne von *erkennen* zu verstehen: Verwirklichen heisst, dass wir anderes, also andere Medien, mediatisieren, ohne es zu wissen, und erkennen meint auf dieser Stufe, dass es von uns Verschiedenes gibt, das wir als Objekt bzw. als Mediat wahrnehmen und behandeln. *Trivial* heisst in diesem Zusammenhang, dass wir dabei noch nicht in vollem Umfang realisiert haben, dass wir – als Medien – ständig zu uns selbst in Differenz stehen – dass wir also *nicht* auf unsere Gefühle oder unser Denken oder unsere Vorstellungen von uns reduzierbar sind. Wir realisieren auch nicht, dass auch anderes selbst-different ist (z. B. die Steine in unserem Beispiel). Wir realisieren auch nicht, dass wir in etwas wurzeln, was wir uns nie ganz erklären können³. Mit anderen Worten: Wir

3 Das wäre die Definition des Bewusstseins als Mediums des Realisierens von Selbst-Differenz in einem *nicht-trivialen* Sinn.

haben den fundamentalen Dualismus an der Basis jedes menschlichen Wissens noch nicht erfasst: Nämlich, dass wir immer eine Art Projektionsfläche für die Entwürfe unserer selbst und unserer «Wirklichkeiten» benötigen. (Ich möchte dazu am Ende ein Beispiel bringen, bei dem sich zeigt, dass jeder Versuch, diesen inneren Abstand schliessen zu wollen, scheitert.) Kehren wir zurück zu unserem fundamentalen Dualismus. Bereits in dieser trivialen Form von Bewusstsein bestätigt sich unsere *Exzentrizität*, d. h. das heisst, die Tatsache, dass wir *nicht* in irgendeiner Immanenz (s. das *Schwarze Quadrat*) aufgehen, sondern dass wir sie je immer schon übersteigen. Wir übersteigen sie je immer schon durch unser Bewusstsein, können uns aus unserer Immanenz nie gänzlich lösen. Wir sind in eher einer Art *Bardo*, einem Zwischen, da wir uns ständig irgendwo zwischen Immanenz und Transzendenz bewegen, ohne je in dem Einen oder in dem Anderen aufzugehen. Ein Gemälde von Pere Borel del Caso mit Namen *Escaping Criticism* bringt dies für uns zum Ausdruck: Aus einem dunklen Fenster versucht ein Mensch herauszusteigen – was jedoch nicht möglich ist: Er entkommt dem Bild nicht, kann sich nur etwas daraus erheben, ein Bein bleibt im dunklen Hintergrund verhaftet, das andere steht auf dem Holzrahmen, das die Schwärze rahmt. Die Figur kann sich also zwar vom Hintergrund lösen – aber eben nicht ganz. Das heisst, sie gelangt nie in die Position einer sogenannten *God's Eyes View*, bei der sie wie ein «Gott» von aussen die Prozesse in der Welt, in den Wesen – und auch in Bezug auf sich selbst) überblicken könnte. Diese Position würde das Gegenteil der reinen Immanenz bedeuten – nämlich eine reine Transzendenz, einen Standpunkt ausserhalb, den wir nie einnehmen können, da er unsere *conditio humana* übersteigt. Genau dies können wir jedoch, wie gesagt, nicht. Unser Dualismus bleibt gewissermassen immer *horizontal* (ontisch), er kann nie *vertikal* (und damit ontologisch) werden und behaupten, eine Wahrheit ansich verkünden zu können. Dies ginge nur um den Preis einer gewaltigen Inflation oder einer Psychose. Anders gesagt: Die besagte Figur im Bild von Borel del Caso entkommt ihrem dunklen Hintergrund – nennen wir ihn «Materie» oder «Geist» oder «Psyche» etc. – nicht. Im wissenschaftlichen Diskurs wird jedoch genau diese Position und ihr jeweiliges phantasmatisches Apriori (Verbindung oder Trennung) unreflektiert eingenommen. Was dabei auf der Strecke bleibt, ist das Verständnis für die kompensatorische Gegenfantasie in Bezug auf das leitende Apriori: Der Realismus muss die Möglichkeit des Irrtums anerkennen, da sonst alles wahr wäre. Die Bedingung der Möglichkeit, von einer grundsätzlich gegebenen Verbindung zwischen Wissen und Wirklichkeit auszugehen, wird vom gegenteiligen Phantasma der Trennung flankiert. Die Verbindung kann damit nicht absolut gedacht werden. Im Fall des Konstruktivismus und dessen Grundapriori der Trennung muss genau die eigene Theorie als ihre eigene Ausnahme gesetzt werden, da anders keine Aussage über das Verhältnis von Wissen und Wirklichkeit gemacht werden könnte. Die leitende Annahme der Trennung muss in diesem Fall für die

eigene Theorie suspendiert und durch eine Verbindung kompensiert werden.

Uns ist somit weder möglich, nur «im» *Schwarzen Quadrat* (reine Immanenz) zu verweilen noch in eine *God's Eye View* abzuwandern (reine Transzendenz). Unsere Position ist diejenige der Figur im Bild von Borel del Caso. Damit müssen wir uns sowohl zu Verbindung als auch zu Trennung in ein Verhältnis setzen. (Das ist, was Wissenschaft in Bezug auf Materie, Geist etc. macht.) Wir stehen somit in einer Verbindung zu «etwas», in dem wir «wurzeln» (Materie, Geist, das Unbewusste usw.) und haben zugleich die Fähigkeit, uns zu allem in eine Distanz setzen zu können. Auf der «subjektiven» Seite bedeutet dies, dass wir zu uns selbst, zu unserem Denken, unserem Fühlen etc. eine Distanz einnehmen können. Das ist gleichzeitig Fluch wie Vorzug. Diese Fähigkeit zur Distanzierung ist zum Beispiel grundlegend für unsere therapeutische Arbeit, die oft darin besteht, den festgefahrenen Meinungen unserer AnalysandInnen eine andere Perspektive aufzuzeigen, die als Neuorientierung dienen kann. Ein schönes Beispiel für diese Selbstdistanzierung ist der Traum Tsuangtses, ein Schmetterling zu sein. Als er aufwacht, fragt er sich, ob nun der Schmetterling ihn träumt. Genau die Fähigkeit, diese Frage zu stellen, erweist, so Lacans Kommentar zu diesem Traum, dass Tsuangtse *nicht* psychotisch war. Er kann sich nämlich gleichsam aus zwei unterschiedlichen Positionen wahrnehmen und damit relativieren. Und genau dies ist auch das entscheidende Moment, um den Übergang vom Mediat zum Medium zu verstehen. Die Kraft, die diesen entscheidenden Schwenk ermöglicht, ist, wie bereits gesagt, das besondere Medium der Imagination.

Nun, wir haben uns der Frage, was der Mensch ist, von der «subjektiven» Seite, von unserer Selbstevidenz her anzunähern versucht. Wir haben dabei über Denken, Fühlen und das Bewusstsein gesprochen. Das ist jetzt noch zu erweitern: Wir sind nämlich nicht nur in unsere «subjektive» *Erste-Person-Perspektive* eingebettet, sondern immer auch in einen je bestimmten historischen und sozio-kulturellen Hintergrund und damit in einem Bereich, in dem wir Gefühle, Wahrnehmungen, Stimmungen, Gedanken, Sprache und Fantasien miteinander teilen. Wir sind eingebettet in Gemeinschaften, Ideen, Weltdeutungen, Diskurse, Narrative und Praktiken. All diese Medien formen das mit, was uns mit ausmacht, und auch, was für uns *Sinn* ergibt. Sinn bildet sich deshalb immer in Auseinandersetzung mit diesem Background aus Kultur, Erziehung, Politik, Religion usw.; alle genannten Felder können ihrerseits wieder als Medien aufgefasst werden, die den Menschen bilden und zugleich etwas, das von ihm weitergebildet und gewandelt wird.⁴ Man könnte diesen Bereich betreffend von einem *externen Dualismus* sprechen. (Dazu gehört auch die *Dritte-Person-Perspektive* der Wissenschaften).

⁴ In diesem Zusammenhang gesehen, würde ich Psyche als *Selbstmedium* bezeichnen – als Medium der Ausbildung von Identität(en). Vom Selbst liesse sich dann – sowohl individuell als auch kollektiv – als *Sinnmedium* sprechen.

Psychotherapie als Phänomediologie des Heilens und Forschens

Kommen wir zur Psychotherapie: Menschen sind an einem ständigen Übersetzungsgeschehen mitbeteiligt. Was für den Menschen im Allgemeinen gilt, gilt für TherapeutInnen im Besonderen. Psychotherapie lässt sich als professionelles Begleiten dieser Vermittlungs- und Übersetzungsprozesse, als eine *Phänomediologie des Heilens und Forschens*, verstehen. Man ist ebenso Medium der Veränderung und Selbstwerdung des anderen wie der andere das Medium der eigenen Veränderung und Selbstwerdung ist. Dass wir im Prozess ebenso verändert werden wie unsere PatientInnen, ist nichts wirklich Neues für uns. Lassen Sie mich das uns bereits Bekannte jedoch in einer anderen Begrifflichkeit auszudrücken versuchen! Man kann sagen: Der «Gegenstand» der psychotherapeutischen Tätigkeit und ihrer wissenschaftlichen Erforschung ist ein *Prozess*, der sich nur unter dem Preis von Reduktion und Spaltungen auf ein Individuum, eine bestimmte Disziplin oder eine spezielle Methode reduzieren lässt. Soll Psychotherapie zur Neuorganisation des «Selbst- und Weltverhältnisses» beitragen, dann ist es nicht egal, was jeweils unter Selbst, Welt oder Sinn verstanden wird. Vielfältigste Identifizierungen bestimmen nicht nur die impliziten und expliziten Glaubenshaltungen seelisch Leidender, sondern auch den persönlichen Hintergrund der TherapeutInnen sowie das Menschenbild einer bestimmten Psychotherapiemethode. Auch wir TherapeutInnen sind gewohnt, von uns, von anderen, von unserer «Welt» und der Wirklichkeit in Form von Mediaten zu denken. Mediate können Objekte, Daten, Bilder, Begriffe, Erfahrungen, Sachverhalte, Narrative, Theorien etc. sein. Im Alltag identifizieren wir uns mittels Mediaten mit etwas bzw. wir grenzen uns von etwas anderem ab – was auch durchaus sinnvoll und notwendig ist. Mediate lassen sich als phantasmatische Projektionsflächen verstehen. Sie gleichen «Requisiten», «Rollen» und «Bühnenbildern» (Weltbildern, Ismen), innerhalb derer wir uns eingelebt haben. In der zwischenmenschlichen Begegnung spielen die anderen ebenso eine Rolle in unserem Bühnenbild wie wir in ihren Bühnen- und Weltbildern. Durch diese unbewusste Besetzung wird die transformierende Kraft der Begegnung mit dem anderen, die in jedem Fall – also bewusst oder nicht, zum Guten wie zum Schlechten – stattfindet, oft nicht als solche entsprechend beachtet.

Uns bewusst zu machen, dass der andere ebenso ein Medium unserer Selbst- wie Weltbildung ist, wie wir für ihn, ist deshalb ein wichtiger Schritt. Er verlangt die Bereitschaft, nicht nur die Phantasmen und Identifikationen der PatientInnen zu untersuchen, sondern auch die eigenen. Ich möchte Ihnen zum Abschluss Beispiele bringen, in denen auf der Seite der TherapeutInnen deutlich wird, wie sich allmählich neue Identifizierungen und Sinn im gemeinsamen Prozess herausbilden und wie das auf den weiteren Prozess wirkt.

Erstes Beispiel: In der Supervision schildert ein Arzt seine Bedenken wegen massiver Interventionen auf einer psychiatrischen Notfallstation. Er behandelt eine psycho-

tische, schwer suizidale Frau, die untergebracht, fixiert und zwangsernährt werden muss. In der Durcharbeitung seiner Fantasien merkt er, dass er zunächst die Patientin auf das reduziert hat, womit sie sich identifiziert: mit ihrem Wahn und mit ihrer Hilflosigkeit (Mediat). Darin spiegelt sich zunächst einmal auch die Ambivalenz des Arztes gegenüber der Institution, in der er arbeitet und die er als inhuman erlebt: Er ist einer Hierarchie ausgeliefert, arbeitet oft so viel, dass er nicht einmal merkt, dass er Durst oder Hunger hat. Im Zuge der Supervision merkt er jedoch allmählich, dass sein Vorbehalt gegen den Gebrauch der verpönten Machtmittel nicht nur ein stiller Protest gegenüber der Institution ist, sondern sich viel allgemeiner gegen das Inhumane schlechthin richtet, dem auch die Patientin in der Psychose hilflos ausgeliefert ist. Für beide heilsam wird nun, dass er merkt, dass es ihm eigentlich um eine *ethische Entscheidung* geht – nämlich um die Frage, *wen der Tod trifft und wen nicht* (vgl. Lévinas, 1996; Badiou, 2003; Burda, 2008). Der Arzt merkt, dass er buchstäblich «vor dem Tor zur Hölle» (O-Ton) steht und die Humanität einer besseren «Welt» vertreten möchte. Zugleich realisiert er jedoch auch, dass die Inhumanität unweigerlich im Herzen seiner eigenen Humanität zu Hause ist, was sich etwa im Gebrauch an sich gewaltsamer Praktiken wie Fixieren und Zwangsernährung manifestiert. Seine anfänglich ablehnende Haltung verändert sich dadurch; ebenso seine Beziehung zur Patientin. Er merkt, dass es nicht bloss um die Patientin, sondern existenziell auch um ihn selbst bzw. um den Wunsch nach einer besseren «Welt» geht, in der sowohl er als auch seine Patientin einen Platz haben sollen. Es gelingt ihm dadurch allmählich, sich auf die Patientin unabhängig von ihrem psychotischen «Bühnenbild» zu beziehen. Sie wird nun vielleicht zum ersten Mal in ihrem Leben nicht mehr darauf festgelegt: Sie wird weder auf «ihre» psychotische Vorstellung von sich noch auf die in vielen Bereichen der Psychiatrie übliche biologistische Vorstellung reduziert. Sie wird vielmehr als etwas wahrgenommen, dass etwas Entscheidendes bei ihm ausgelöst hat. Anders gesagt: Sie wird selbst als Medium des Prozesses erkannt. Was ist also geschehen? Nun, er hat gemerkt, wie fragil und voneinander abhängig sowohl seine Welt- und Selbstbildung als auch diejenige seiner Patientin ist. Dadurch sieht er ein, worauf es ankommt, um etwas Gutes bewirken zu können. Woher dieses Gute *letztlich* kommt, kann und muss auch gar nicht mehr entschieden werden. Das Gute entspringt dem Prozess und kann im wahrsten Sinn des Wortes *realisiert* – das heisst erkannt *und* verwirklicht werden. Was heisst *gut* genauer besehen? Dazu ein zweites Beispiel: Ein Mann arbeitet in der Therapie seine Tendenz zu Idealisierung, die damit verbundenen Enttäuschungen und seine Selbstzuschreibung von Schuld durch. Er fühlt sich nicht wahrgenommen und geliebt, möchte die fehlende Anerkennung sowohl in der Familie als auch im Beruf durch besondere Leistung erwerben. Er muss sich über alle Masse anstrengen, dass die anderen ihn endlich bemerken und schätzen, er ist es von sich aus nicht wert, dass er geliebt wird (Identifikation). In der Therapie wird

die Idealisierung allmählich als Wunsch transparent, mit einem idealen Selbstbild zu verschmelzen, das seine tiefe Minderwertigkeit kompensieren könnte. In Träumen tauchen allmählich Szenen auf, in denen er in einem guten Umfeld ist, Freude und andere positive Gefühle erlebt. Diese Träume sind gänzlich anders als frühere Träume, in denen er entweder ein Supermann war oder von anderen manipuliert wurde oder sich auf eine sehr beschämende Art und Weise selbst schädigte. Er misstraut zunächst diesen neuen Träumen, seine Ambivalenz wird Thema und er möchte wieder «von aussen» bestätigt bekommen, dass es bzw. er «wirklich» gut ist. Am liebsten wäre es ihm, irgendein freundlicher «Gott» persönlich würde ihm dies bestätigen. Der Therapeut erlebt in der kurzen Pause nach dieser Sitzung – es handelte sich um eine frühe Sitzung am Morgen –, wie die Sonne über den Dächern aufgeht und wie sehr ihn dieser kurze Moment ergreift und «wandelt». Dieses Erlebnis, bei dem sich etwas Gutes ereignete, dem vertraut werden kann, ohne genau wissen zu müssen, was es letztlich ist oder woher es kommt, teilt der Therapeut in der nächsten Sitzung dem Patienten mit. Worum ging es dabei? Zunächst einmal ist es in diesem Zusammenhang völlig egal, ob die Sonne ein heisser physikalischer Körper, ein mythisches Wesen oder eine Metapher für das Gute an sich ist. Alle diese Phantasmen gehören zum Raum der Fantasien, die Menschen sich im Zusammenhang mit der Sonne gebildet haben (Mediate). Ausschlaggebend war dagegen die Evidenz der Veränderung. Man könnte nun einwenden: Da wir keine unmittelbare Gewissheit haben können, kann es auch nicht das sich im Erlebnis mit der Sonne einstellende *Gefühl* sein, das als letzter Referenzpunkt der Gewissheit von etwas Gutem dienen kann. Und doch: Beide Momente – sowohl die Sonne als auch das sich einstellende Gefühl – konnten im therapeutischen Prozess aufgegriffen werden, um in ihrer Rolle als Medium von Veränderung *realisiert* zu werden. Damit gingen – ausgehend von der Veränderung des Therapeuten – auf der Seite des Patienten Veränderungen im Selbstbild und in der Übertragung einher: Wurde dem Therapeuten zu Beginn der Therapie eine Position zugeschrieben, die das menschliche Mass inflationär überschreitet (Identifikation) – wodurch sich gezwungenermassen auch die gewohnten Enttäuschungen in der Übertragung wiederholen mussten –, so bekommt dieser Wunsch nun eine völlig neue Ausrichtung: Die Idealisierung kann allmählich zurückgenommen und die Enttäuschung über die Nichterfüllung des Wunsches nach Grösse von einer Einstellung abgelöst werden, hinter der die gesuchte Anerkennung und Wertschätzung spürbar wird. Anerkannt kann nun vor allem auch das werden, was bisher abgewertet werden musste: die eigene Minderwertigkeit und Schwäche.

Beide Beispiele zeigen, wie die Veränderung des Therapeuten auf den Prozess zurückwirkt. Solche Momente des Übergangs, des Transits aus festgefahrenen Strukturen, sind meiner Erfahrung nach mit einer tiefen Befriedigung, mit Erstaunen und mit Freude verbunden. Es stellen sich Neugierde, Sinnhaftigkeit, Dankbarkeit,

Vertrauen in den Prozess und Bescheidenheit angesichts der Weite des Nur-Erahnbaren ein. Man realisiert, dass die Seele tatsächlich «ein weites Land» ist, und dass man – wie weit auch immer man geht – ihre Grenzen nicht erreicht. Man realisiert, dass es nicht egal ist, wie man über sie denkt und ihr begegnet.

Ich habe zuvor noch ein Beispiel angekündigt, das meines Erachtens zeigt, dass jeder Versuch, den inneren Abstand, die Selbst-Differenz, schliessen zu wollen, scheitert. Ein Mann sucht mich auf. Er arbeitet in einer hohen Position, hat jahrelanges Meditationstraining hinter sich. Sein Tagesrhythmus sieht so aus: Er arbeitet und danach fährt er nach Hause, isst etwas, schläft ein wenig, setzt sich in einen Stuhl, starrt stundenlang gegen eine leere Wand und beobachtet seine inneren Prozesse. Im Alltag erlebt er mitunter wunderbare Momente der Klarheit, in denen alles, so wie es ist, gut ist. Sein sehnlichster Wunsch ist jedoch, sein Ich loszuwerden, da dies in buddhistischer Sicht eine Illusion sei. Er spricht von *Non-Dualität* und von den zum Scheitern verurteilten Versuchen des Verstandes, etwas erklären zu wollen – zum Beispiel, *warum alles so ist, wie es ist*. Eigentlich hat er damit, das bestätigen ihm auch seine buddhistischen Lehrer, eine gewisse Stufe der Verwirklichung erreicht. Wir merken beide rasch, dass argumentativ nichts zu erreichen ist. Das hat er jahrelang virtuos eingeübt. Es entwickelt sich eine spontane gegenseitige Sympathie. Ich frage mich, ob er psychotisch ist. Dagegen sprechen seine Präsenz, seine mitschwingenden Gefühle und sein Humor. Allerdings hat ihm auch einer seiner Lehrer empfohlen, irgendetwas «Banales» zu machen, etwa eine Sprache zu lernen, da er im Haus «Geräusche» hört, die ihn irritieren und sich nicht lokalisieren lassen. Wenn ihm alles zu viel wird, «löscht er die Festplatte», das heisst, er betrinkt sich. Ich frage mich – und auch ihn, was ich denn für ihn tun kann. Er erzählt spontan einen Traum: Er findet einen Sarg und erschrickt, weil darin ein Toter liegt. Es ergibt sich im weiteren Gespräch rasch, dass er selbst dieser Tote sein muss. Ist dieser Traum nun eine Kompensation seiner bewussten Haltung? Ist es eine Wunscherfüllung? Er möchte doch sein «Ich» hinter sich lassen. Warum freut er sich dann nicht, dass er «tot» ist, sondern erschrickt stattdessen? Nun, diese kleine Episode zeigt, dass wir immer eine Projektionsfläche benötigen, denn auch seine Anstrengung, sein Ich bzw. sein damit verbundenes Selbstbild hinter sich lassen zu wollen, schafft wiederum nur eine neue Form von Identifizierung. Und genau diese unterwandert sein Traum auf eindrucksvolle Art und Weise und bestätigt – allen Versuchen zum Trotz, die Non-Dualität realisieren zu wollen, den fundamentalen Dualismus an der Basis unseres Wissens. Diesen Dualismus versuchen wir für gewöhnlich in Form starrer Mediate zu fassen. Ich habe jedoch zu zeigen versucht, dass es durchaus sinnvoll ist, dies in Form einer medialen Prozesshaftigkeit zu verstehen, die dem permanenten, interreferenziellen Wandel, dem wir ausgesetzt sind, eher gerecht wird als starre Identifikationen, die nur um den Preis von Spaltungen aufrechterhalten werden können.

Positionspaper Psychotherapiewissenschaft⁵

Zum Verhältnis von Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft

Psychotherapiewissenschaft (PTW) widmet sich der kritischen und systematischen Erforschung der Psychotherapie (PT). In weiterer Folge beschäftigt sie sich auch mit Diskursen, die auf PT Bezug nehmen sowie mit der Einbettung der PT in historisch-kulturelle Bedingungen und Gegebenheiten. Dies impliziert die Betonung von Vielfalt und die Distanzierung gegenüber singulären Führungsansprüchen, seien sie von einzelnen Psychotherapierichtungen, von externen Wissenschaften oder auch von beliebigen symbolischen Glaubenssystemen erhoben. Die PTW vertritt dadurch eine Haltung, die zu Verantwortlichkeit und Solidarität (*Mediarität*) über alle Differenzen hinweg ermutigt. Der damit gegebene normative Anspruch schliesst jedoch nicht aus, dass sich die PTW als abhängig von Bedingungen versteht, die ausserhalb ihrer selbst liegen.

Psychotherapie (PT) ist eine bestimmten Methoden folgende Praxis zur Linderung seelischen Leidens, die auf spezifischen Grundannahmen basiert (*Theorie 1. Ordnung*). Diese Grundannahmen entstammen unterschiedlichen Wissensfeldern (Medizin, Psychologie, Philosophie usw.) und Praktiken (Kunst usw.). Verlangt ein avancierter Wissenschaftsbegriff nach einer Reflexion der eigenen Grundlagen (*Theorie 2. Ordnung*), dann ist PT *keine* Wissenschaft im engeren Sinn. Schulintern mag mitunter zwar eine Art Selbstreflexion erfolgen, für die unterschiedliche Zugänge gewählt werden. Der theoretische Hintergrund der jeweiligen PT wird dadurch dem entsprechenden Zugang angenähert. Diese interne Selbstreflexion ist jedoch nicht mit PTW als externer Perspektive auf PT zu verwechseln.

PTW in ihrer *besonderen* oder *angewandten* Form untersucht PT als Praxis und Theorie in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, einschliesslich der auf sie Bezug nehmenden wissenschaftlichen Forschungsansätze. Dabei verfährt PTW nur in einem ersten Schritt deskriptiv. In ihrer *systematischen* oder *allgemeinen* Form muss PTW zusätzlich einen erkenntnis- und wissenschaftskritisch informierten Hintergrund bereitstellen, von dem aus die Untersuchung ihres Gegenstandes erfolgen kann. Damit ist PTW nicht mehr rein deskriptiv, sondern auch eine normative Metatheorie in einem dreifachen Sinn:

1. PTW muss einen sämtlichen Therapieformen gemeinsamen Hintergrund angeben können.
2. Sie muss sich mit ihrem Gründungsanspruch erkenntnis- und wissenschaftskritisch auseinandersetzen (*Theorie 2. Ordnung*).
3. Als eigenständige Wissenschaft muss die PTW auch andere externe Forschungsdesigns reflektieren, die sich mit PT auseinandersetzen. Dies gilt besonders dann, wenn diese Verfahren im Rahmen einer psychotherapiewissenschaftlichen Untersuchung zum Einsatz kommen sollen.

Psychotherapiewissenschaft als Anthropomediologie

Im Hinblick auf Punkt 1 wird vorgeschlagen, auf den *Psychebegriff* zu rekurrieren. (Dies kann hier nicht näher erläutert werden.) Dieser ist entsprechend – und zwar vor allem in Abhebung von der Psychologie und Psychiatrie und in Verschränkung mit Punkt 2 – eigens herauszuarbeiten. Eng damit verbunden kommt ein weiterer Begriff zur Anwendung: der Begriff *Medium* bzw. der Begriff *Medialität* (vgl. Krämer, 2008). Darunter versteht man die Annahme, dass uns Wissen und Erkenntnis nie unmittelbar, sondern immer nur *vermittelt* zugänglich sind. Das bedeutet, dass die phänomenologisch – am Symptom, Verhalten usw. – orientierte Ausrichtung, die in der PT praktiziert wird, aus einer *phänomediologischen* Perspektive untersucht wird: PT wird von der PTW als *Phänomediologie*, die im Hintergrund stehende Anthropologie als *Anthropomediologie* behandelt.

Im Hinblick auf Punkt 2 wird ein *radikal skeptizistischer Ansatz* angeraten: Radikal heisst, dass der Skeptizismus nicht nur diverse erkenntnistheoretische Formate (Realismen, Konstruktivismen) und auf diesen basierende Erscheinungsformen von PT bzw. die sich mit jenen beschäftigenden, externe wissenschaftlichen Zugänge reflektiert, sondern auch sich selbst (Stichwort: *Phantasma vom Phantasma*).

Ad 1) Im Mittelpunkt der PT stehen Mensch und *Psyche*. Das Verständnis dessen, was mit *Psyche* gemeint ist, weist zwei typische Charakteristika auf:

Erstens: Es stellt den Versuch einer Vereinheitlichung dar, einen Versuch, Identitäten angesichts von Veränderung und Alterität zu etablieren. Diese Identitätsbildungen betreffen Individuen und Kollektive gleichermaßen. Es ist deshalb zu kurz gegriffen, PT auf eine «Wissenschaft vom Subjektiven» (Pritz, 1996) zu reduzieren. PT findet vielmehr in einem *medialen Milieu* von Veränderung statt. In diesem Milieu bilden sich Identifizierungen in einem Spannungsfeld, aus dem sich Subjekt, Objekt etc. erst nachträglich als Pole herauschälen. Soll PT zur Neuorganisation des «Selbst- und Weltverhältnisses» beitragen, dann ist der Umgang mit und das Verständnis von Identifizierungen wesentlich, da es nicht egal ist, was jeweils unter Selbst, Welt oder Sinn verstanden wird. Vielfältigste Identifizierungen bestimmen nicht nur die impliziten und expliziten Glaubenshaltungen seelisch Leidender, sondern auch den persönlichen Hintergrund der TherapeutInnen sowie das Menschenbild einer bestimmten Psychotherapieschule. Unter diesem Aspekt sind auch externe wissenschaftliche Zugänge zur PT zu sehen.

Zweitens: Steht in der PT die Einbettung des Menschen in ein mediales Milieu im Zentrum, dann ist die anthropologische Frage *Was ist der Mensch?* in einem *anthropomediologischen* Sinn auszulegen: Der Mensch ist Medium in medialen Bezügen. Das Verständnis der *Psyche* ist folglich im Zusammenhang mit einem mehr oder weniger fassbaren Ganzen – dem Verhältnis von Mensch und Welt – zu sehen, dem sich besonders die Philosophie als Disziplin der Erschaffung von Begriffen und der Erkenntnis durch Begriffe verpflichtet weiss. Sie beginnt für viele dort, wo

⁵ Erstmals veröffentlicht in Burda (2012).

die Erfahrungs- oder Lebenswelt den Status einer letzten Bezugsinstanz der Erkenntnis verliert, und geht selbst aus Bedingungen hervor, die nicht-philosophisch sind, sondern auf Alterität verweisen. Sie ist damit auf die Idee eines Ganzen gerichtet, das nicht verfügbar ist, und stellt die Zusammenführung einer Grundlegung mit einer Orientierung im Leben dar. Begriffarbeit, Grundlegung und Orientierung sind immer *phantasmatisch* durchtränkt. Das Phantasma wird nicht nur als bestimmter Inhalt, sondern auch als Rahmen (Form) verstanden, innerhalb dessen menschliches Leben und Begehren dargestellt wird. Es stellt einen *Ontologisator* (Burda, 2011) dar: eine Organisationsform, die als solche eine je spezifische «Welt» konstituiert.

Ad 2) Phantasmen sind auch im Hinblick auf erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Theorien entscheidend, da sie Ausgangspunkt, Methode und Ziel eines Ansatzes mitbestimmen.

Erkenntnistheoretische Ansätze (*Formate*) weisen historisch-klassisch zwei Grundorientierungen auf: Eine ist *material*, die andere *mental* verfasst. Beide Formate können ihr Primat nur um den Preis von Aporien behaupten. Dies bedeutet, dass keine Letztbegründung möglich ist, wie die Auseinandersetzung zwischen Dogmatismus und Skeptizismus aufweist: Alles könnte tatsächlich einer Täuschung entsprechen. Zu ergänzen ist nun, dass sich auch der Skeptizismus täuschen kann (*Radikaler Skeptizismus*). Wir können uns in unserem wissenschaftlichen Bemühen letztlich also nie sicher sein, ob wir uns täuschen oder nicht! Gerade aus dieser Erkenntnis des phantasmatischen Aufbaus jeglicher (also auch der skeptizistischen) Positionierung und der daraus folgenden *Fragilität* folgt jedoch keine Relativität, sondern eine *Verantwortung* für dasjenige, was als seiend projiziert wird und was nicht. Dabei wird relevant, dass buchstäblich alles – besonders auch das «Zwischen» der Psyche – medial aufgefasst werden kann. Eine Folge dieser Ansicht ist, dass der Mensch *weder im Geist noch in der Materie* aufgeht. Alles, was wir über das Mentale oder Materiale aussagen, wird als bereits medial vermittelt aufgefasst. So betrachtet sind wir immer «in» Medien (*Immedialität*).

Medien schwingen nicht nur «in» uns, sondern zwischen uns, im Zwischen der Psyche: Da Menschen Gefühle, Wahrnehmungen, Stimmungen, Gedanken, Sprache usw. miteinander teilen, kann das mediale Zwischen der Psyche als *Selbstmedium* aufgefasst werden, das heisst als Medium, in dem ständig Identifizierungen entstehen und vergehen (*Dekonstruktion*): In diesem Prozess wird – individuell wie kollektiv – ein *Selbst* als Sinnmedium ausgebildet. An diesem Prozess sind physiologische Prozesse, Wahrnehmung, Fühlen, Denken usw. beteiligt. All diese «Medien» ereignen sich eingebettet in einen bestimmten historischen und sozio-kulturellen Background, eingebettet in Ideen, Diskurse, Narrative und Praktiken. All diese medialen Grössen formen das mit, was wir mit Sinn meinen. Sinn bildet sich deshalb immer in Auseinandersetzung mit diesem Background aus Kultur, Erziehung, Politik, Religion usw.; alle genannten Felder sind ihrerseits als Medien aufzufassen, die den Menschen bilden und zu-

gleich etwas, das von ihm weitergebildet und differenziert wird. Bedenkt man die vorhin erwähnte Fragilität des in der Psyche gewobenen Zusammenhangs von Selbst und Welt – und die damit verbundene Unmöglichkeit, Sicherheit bezüglich einer letzten Wirklichkeit erlangen zu können –, dann erwachsen dadurch gerade kein Nihilismus oder Relativismus, sondern im Gegenteil ein Wissen um Verantwortung für das Unabschliessbare und Offene, in dem wir leben: ein Wissen von Verbundenheit aber auch von Begrenzung. Wir sind damit für den Raum, in dem wir leben (ethisch, politisch, wirtschaftlich, wissenschaftlich) ebenso verantwortlich wie für die Prinzipien und Werte, denen gemäss wir leben, da wir das mitgestalten, was uns gestaltet.

Menschen sind – und das ist in Bezug auf die psychotherapeutische Situation relevant – an einem ständigen Übersetzungsgeschehen mitbeteiligt. Psychotherapie lässt sich als professionelles Begleiten dieser Vermittlungs- und Übersetzungsprozesse, als eine Phänomediologie des Heilens und Forschens, verstehen. Was für den Menschen im Allgemeinen gilt, gilt also für TherapeutInnen im Besonderen: Man ist ebenso Medium der Veränderung und Selbstwerdung des anderen wie der andere das Medium der eigenen Veränderung und Selbstwerdung ist: Als Medium namens Mensch ist man medienbildend wie mediengebildet, eingebettet in das mediale Milieu der Psyche. Die so verstandene Psyche ist der «Boden», den sämtliche Psychotherapieformen miteinander teilen.

Zum Verhältnis von Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie

Lässt sich PT als Phänomediologie des Heilens und Forschens verstehen, dann ist PTW eine Phänomediologie dieser Phänomediologie und als solche eine Metatheorie mit einem eigenen erkenntnistheoretischen und ontologischen Hintergrund. Als eine Theorie zweiter Ordnung leistet PTW damit nicht nur die Reflexion der PT und diejenige anderer wissenschaftlicher Zugänge zur PT, sondern sie setzt im Vorfeld eine Reflexion ihrer eigenen Grundlage voraus. Während Erkenntnistheorie in einem allgemeinen Sinn die *Logik von Erkenntnis* untersucht, klärt Wissenschaftstheorie die *Funktionsweise der besonderen Formen* wissenschaftlicher Erkenntnis. Erkenntnistheoretisch gesehen wird ein radikal *skeptizistischer*, wissenschaftstheoretisch gesehen ein *phänomediologischer* Ansatz vertreten. Dabei ist auf eine besondere Problematik hinzuweisen: Der skeptizistische Ansatz impliziert einen methodischen Zugang zu den Forschungsgegenständen, der nicht phänomenologisch (etwas zeigt sich *unmittelbar*) sein kann. Dass alle Phänomene nur *vermittelt* adressierbar sind, könnte jedoch den Anschein eines inhärenten Widerspruchs erwecken: Kann ich nämlich weder behaupten, dass letztlich weder die Richtigkeit noch die Unrichtigkeit wissenschaftliche Zugänge verifizierbar ist (*Radikaler Skeptizismus*), dann dürfte eigentlich auch keine Mittelbarkeit behauptet werden, da man nie sicher sein kann, ob die Gegenstände nicht doch unmittelbar zugänglich sind. Dieser Einwand

verliert jedoch dadurch an Gewicht, dass die Phänomediologie wissenschaftstheoretisch gesehen eine besondere Form von Erkenntnis unterstützt, die sehr wohl mit «Phänomenen» (*Mediaten*) arbeitet. Diese stellen nämlich den Ausgang und das Endprodukt einer phänomediologischen Untersuchung dar. Der Skeptizismus verlangt also einerseits zunächst nach jenem «Abstand» zum naiven Realismus, dem der Grundsatz der Medialität Rechnung trägt. Will er sich jedoch nicht selbst ad absurdum führen, dann verlangt er andererseits ebenso nach einem Abstand zu dem, was als naiver Konstruktivismus interpretiert werden könnte. Methodisch gesehen wird dieser Gradwanderung dadurch entsprochen, dass Phänomene, Sachverhalte usw. (*Mediate*) als Medien behandelt werden und vice versa. Der Medienbegriff fungiert dadurch als eine Art ontologische Klammer, die Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie miteinander verbindet.

Medium und Mediat in der PTW

Ich möchte abschliessend noch ein sehr allgemein gehaltenes Beispiel für die methodische Umsetzung des medialistischen Ansatzes im Rahmen psychotherapiewissenschaftlicher Forschung ergänzen: Nehmen wir als Ziel an, aus der Therapie eines psychotherapeutisch relevanten Phänomens (*Mediat₁*) ein psychotherapiewissenschaftlich relevantes Ergebnis (*Mediat_A*) gewinnen zu wollen. Erster Schritt ist dabei die Dekonstitution des gewählten Mediat. Untersucht werden soll zum Beispiel ein bestimmter theoretischer oder praktischer Schwerpunkt (*Mediat₁*) in einem bestimmten psychotherapiewissenschaftlich relevanten Diskurs oder einer entsprechenden Praxis. Um dieses Mediat einschliesslich der dahinterstehenden Wirklichkeitsauffassung zu dekonstituieren, müssen zunächst die phantasmatischen Vorannahmen des betreffenden Mediat geklärt und als Schnittraum imaginärer und imaginärer Phantasmen dargestellt werden. Im ersten Fall wird das Verhältnis von Wissen und Wirklichkeit als Verbindung (Realismen), im zweiten als Trennung (Konstruktivismen) fantasiert. Das *Mediat₁* soll durch diesen methodischen Schritt der Klärung des Schnittraumes von Phantasmen in seiner Rolle als *Medium₍₁₎* transparent werden können, das Veränderungen bewirkt.

Diese Vorgehensweise wird gegebenenfalls mit anderen Mediaten wiederholt. (Beispiele: Man untersucht divergierende Auffassungen zum Selbstbegriff, zum Traum, zur Psyche etc.). Dadurch werden weitere *Mediate* ($M_{2,3...n}$) gewonnen. Wurden mehrere *Mediate* bearbeitet, so erhält man einen aus unterschiedlichen Schnitträumen (*Psychoiden*) gespeisten Cluster. Die psychotherapiewissenschaftliche Konstitutionsleistung und Reflexionsleistung, das *Mediat_A*, besteht darin, dieses Psychoid darzustellen, zu interpretieren und zu diskutieren. Das *Mediat_A* ist damit das eigentliche «Forschungsprodukt» der PTW, das durch seine Veröffentlichung auch anderen *communities* (Wissenschaftsdiskursen, PT-Richtungen) zur Verfügung stehen kann. Darauf aufbauend, können

in weiteren, fakultativen Schritten neue Konstitutionen (*Mediate*) entstehen: Das *Mediat_A* hat dann – nun selbst als *Medium* im weiteren Sinne akzeptiert – die Bildung eines neuen Mediat angeregt. Das zunächst nur psychotherapiewissenschaftlich relevante Mediat kann dadurch zum *Medium* der Weiterbildung der Lehre zum Beispiel einer bestimmten Psychotherapierichtung werden. Für die entsprechende PT-Richtung bedeutet dies einen wichtigen Schritt in Richtung einer Theorie der 2. Ordnung, da die Selbstreflexion nun nicht mehr vor dem Hintergrund einer beliebigen externen Wissenschaft oder aus einer «Nabelschau» erfolgt, sondern vor demjenigen der PTW. Nach aussen hin bedeutet dieser Schritt zudem eine wichtige berufspolitische Abgrenzung und Stellungnahme sowohl anderen Disziplinen als auch politisch-ökonomischen Interessen und Ansprüchen gegenüber.

Literatur

- Badiou, A. (2003). *Ethik. Versuch über das Bewusstsein des Bösen*. Wien: Turia & Kant.
- Burda, G. (2008). *Ethik. Raum-Gesetz-Begehren*. Wien: Passagen.
- Burda, G. (2010). *Mediales Denken. Eine Phänomediologie*. Wien: Passagen.
- Burda, G. (2011). *Passagen ins Sein. Eine Ontomediologie*. Wien: Passagen.
- Burda, G. (2012). *Formate der Seele. Erkenntnistheoretische Grundlagen und ethische Implikationen der Allgemeinen Psychotherapiewissenschaft*. Münster: Waxmann.
- Burda, G. (2015). Tradition in Transition. Zugänge zum psychotherapeutischen Prozess. *journals.sfu.ac.at*
- Burda, G. (2019). *Pandora und die Metaphysica medialis. Psychotherapie – Wissenschaft – Philosophie*. Münster: Waxmann.
- Krämer, S. (2008). *Medium, Bote, Übertragung. Kleine Metaphysik der Medialität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lévinas, E. (1996). *Ethik und Unendliches*. Wien: Passagen.
- McLuhan, M. (1992). *Die magischen Kanäle: «Understanding Media»*. Düsseldorf: Verlag der Kunst Dresden.
- Mersch, D. (2006). *Medientheorien zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Pritz, A. (1996). *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien, New York: Springer.

Medium and mediate in psychotherapy and psychotherapy science

Abstract: The text compares a rigid and a dynamic approach to reality using the two terms mediate and medium. Media are not understood as beings or identities, but as *self-differences* or *relations of connection and separation* in an *ontological* sense. According to this *medialist* view, our reality(ies) only arise due the fact that self-differentiated media permanently mediatize each other. Starting from *consciousness* as a medium of realizing self-difference, it is shown how cognition comes about in the process. Examples from psychotherapy illustrate how the change process encompasses the inter- and intrapsychic. The idea that the concept of medium can serve as a bracket for all forms of psychotherapy is continued in the direction of psychotherapy science. This will be outlined in its main features.

Key words: medium, self-difference, psychotherapy, psychotherapy science, radical skepticism

Mezzo di mediazione ed ente mediato nella psicoterapia e nelle scienze psicoterapiche

Riassunto: Il testo pone a confronto i due tipi di approccio alla realtà statico e dinamico, sulla base dei concetti di *ente mediato* e *mezzo di mediazione* (*Mediat e Medium*). Quest'ultimo viene inteso non come essere o identità, ma come differenziazione del sé o come l'insieme dei rapporti di unione e separazione in senso *ontologico*. Secondo questa concezione di *mediazione*, le nostre realtà vengono create solo attraverso la mediatezza (*mediatisieren*) continua e reciproca dei mezzi di differenziazione del sé. Partendo dalla *consapevolezza* come mezzo della realizzazione della differenziazione del sé, viene mostrato come si arrivi alla conoscenza. Gli esempi provenienti dal campo della psicoterapia illustrano l'azione del processo di cambiamento a livello intersichico e intrapsichico. L'idea secondo cui il concetto di mezzo possa servire come contenitore in cui rientrino tutte le diverse forme di psicoterapia viene ulteriormente sviluppata in direzione delle scienze psicoterapiche, che vengono descritte nei loro tratti salienti.

Parole chiave: mezzo, differenziazione del sé, psicoterapia, scienze psicoterapiche, scetticismo radicale

Der Autor

Gerhard Burda ist Philosoph, Psychotherapiewissenschaftler und Lehranalytiker der Österreichischen Gesellschaft für Analytische Psychologie.

Kontakt

PD Mag. DDr. Gerhard Burda
Penzinger Str. 69/11
1140 Wien, Austria
E-Mail: comger@gmx.at

Les médias et les médias dans la psychothérapie et la science de la psychothérapie

Gerhard Burda

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 95 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-95>

Mots clés : Médium, différence de soi, psychothérapie, science de la psychothérapie, scepticisme radical

Le texte réunit un essai et un document de position sur la science de la psychothérapie (PTW).

L'essai compare deux approches différentes du processus thérapeutique : une qui se concentre sur des phénomènes concrets ou sur des faits objectivement donnés (*médiateurs*), et une seconde qui est orientée vers le processus spontané. La première se concentre sur certains phénomènes, symptômes ou quelque chose d'objectivement donnée qui peut être découverte « archéologiquement » ou explorée herméneutiquement. Cette approche présuppose des variables traditionnelles telles que le sujet, l'objet, l'identité, l'intersubjectivité, le soi, etc. L'ontologie qui la sous-tend est essentialiste et surtout elle cache les deux catégories de relation et d'altérité. La seconde se concentre davantage sur le processus spontané dans lequel tout être peut être compris comme un médium autodifférencié au sens ontologique. Le sujet, l'identité, le moi, etc. se forment constamment dans ce processus comme des interférences et ne doivent pas être considérés de manière isolée les uns des autres ; la base ontologique est, par rapport à la première approche, non pas rigide, mais « fluide », fragile et passagère (Burda, 2011). L'idée de base est que les médias se médiatisent mutuellement dans le processus (*médiamorphose*), c'est-à-dire qu'ils sont modifiés en permanence par d'autres médias et ont un effet tout aussi changeant sur eux. Les médias sont dans une *relation permanente de connexion et de séparation* avec eux-mêmes ainsi qu'avec tout le reste. On montre dans quelle mesure l'être humain, la conscience et tout processus de cognition peuvent être compris en termes de constitution médiale. La psychothérapie (PT) devient ainsi une *phénoménologie particulière de la guérison et de la recherche*.

Cela sera expliqué au moyen de trois exemples, qui montrent que le processus de changement englobe des aspects inter- et intrapsychiques. Ces exemples pratiques illustrent comment le processus thérapeutique oscille constamment entre l'aspect le plus rigide et le plus dynamique et ce que cela peut signifier pour le travail thérapeutique sur les identifications. Il est également proposé d'utiliser le terme « média » comme parenthèse pour toutes les directions thérapeutiques.

Le document de position va plus loin dans cette idée en direction de la science de la psychothérapie. Il aborde la relation entre la psychothérapie et la science de la psychothérapie dans le contexte de l'épistémologie et de la philosophie des sciences. L'importance d'une perspective radicalement sceptique est soulignée, ce qui peut permettre de formuler une méta-théorie qui garantisse la nécessaire distance de la psychothérapie par rapport à elle-même et ouvre ainsi le champ de ses recherches psychothérapeutiques. Enfin, une brève explication est donnée sur la manière dont les termes « médiat » et « média » peuvent être utilisés méthodiquement.

L'auteur

Gerhard Burda est un philosophe, un scientifique en psychothérapie et un analyste de formation de la Société autrichienne de psychologie analytique.

Contact

PD Mag. DDr. Gerhard Burda
Penzinger Str. 69/11
1140 Wien, Austria
E-Mail : comger@gmx.at

Buchbesprechungen

Amina Trevisan (2020).
Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in die Schweiz
Bielefeld: transcript. ISBN: 978-3-8376-5079-2.
515 S., 49,99 EUR, 56,00 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 97–98 2020
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-97>

Eine eindrückliche Arbeit, die die Basler Soziologin Amina Trevisan hier als Dissertation vorlegt. Die Autorin hat selbst einen italienischen Migrationshintergrund und war daher auch biografisch motiviert, sich diesem Thema zuzuwenden. Die Fokussierung auf lateinamerikanische Frauen erlaubte ihr bei genügend Empathievermögen aufgrund der eigenen Migrationserfahrung dennoch ausreichend Distanz als Forscherin zu wahren. Das dreiteilige Buch vermittelt nicht nur eine Fülle von biografischem Material von 17 Migrantinnen aus Lateinamerika, die in der Schweiz an Depressionen erkrankten, das in jeweils zwei- bis dreieinhalbstündigen Interviews gewonnen wurde, es bietet zugleich eine methodische Einführung in die qualitative Forschung, insbesondere in die Biografieforschung, die hier angewandt wurde.

Im ersten Teil beschreibt die Autorin ihren Zugang zum Thema unter dem Titel «Theoretische Annäherungen an den Kontext der Forschung». Einleitend erwähnt sie, dass «die WHO schätzt, dass bis zum Jahr 2030 Depression die häufigste Erkrankung weltweit sein wird, noch vor Herz-Kreislaufkrankungen. [...] Frauen erkranken weltweit doppelt so häufig wie Männer» (S. 15). Bisher gab es in der Schweiz keine Studie, die das Thema Depression im Zusammenhang mit Migration mit der Methode der Biografieforschung untersuchte. Dies ist aber wichtig, um in der nötigen Tiefe zu verstehen, was Migrantinnen (und auch Migranten) erleben und was für Faktoren die Entwicklung einer Depression begünstigen. Die Autorin erörtert bestehende Untersuchungen zum Thema Migration und Gesundheit und schildert anschliessend den Ansatz der Biografieforschung, den sie für ihre Untersuchung wählt.

Im zweiten Teil, den sie als «Empirischer Teil 1» bezeichnet, erläutert die Autorin ihr methodologisches und methodisches Verfahren in nachvollziehbarer, detaillierter Weise. Die Datenerhebung erfolgte mittels autobiografischen narrativen Interviews. Es folgen danach als Herzstück zwei ausführliche Falldarstellungen. In diesem Teil arbeitet sie zwei exemplarische Biografien heraus. Sie sind mit Zitaten der Interviewten versehen und mit analytischen Kommentaren der Forscherin (Narrationsanalyse)

ergänzt. Bei der Auswahl aus den insgesamt 17 vollständigen Interviews ist sie mit dem Prinzip der maximalen Kontrastierung vorgegangen. Diese beiden Beispiele sind ausgesprochen spannend und lehrreich, um zu erahnen, was Migrantinnen in der Schweiz durchmachen und wie schlechte Erfahrungen zu einer Depression führen können.

Die Falldarstellung vom Amalia Torres zeigt die Geschichte einer Venezolanerin aus der Mittelschicht, die aufgrund einer Liebesbeziehung mit einem Schweizer Mann in die Schweiz zog. Mitbestimmend für den Migrationsentscheid waren auch damalige politische Unruhen in Venezuela. Einsamkeitserfahrungen und Verlust des gewohnten Rahmens, Erfahrungen der zeitweiligen Trennung von ihrem Mann (Militärdienst) sowie Ausschlussverfahren in dessen Familie und am Arbeitsplatz erhöhten die Vulnerabilität. Liebe und Machtverhältnisse in der binationalen Ehe führten zu enttäuschten Erwartungen und Hoffnungen. Sie fühlte sich zunehmend nicht willkommen und erfuhr soziale Ausgrenzung und Ausschluss. Die Herabwürdigung als Ausländerin zeigte sich auch innerhalb der Ehe immanent. Schliesslich entschied sie sich zu einer Trennung, verbunden mit dem schmerzlichen Eingeständnis, dass ihr gemeinsames Migrationsprojekt gescheitert war. Kurz nach der Trennung zog der Mann ohne Vorankündigung nach Belgien, um dort eine neue Arbeit anzunehmen. Er lernte dort eine andere Lateinamerikanerin kennen, die er nach erfolgter Scheidung von der ersten Frau auch heiratete.

Da war Amalia nun allein in der Schweiz, mit mittlerweile zwei Kindern. Das bedeutete einen existenziellen Schock, führte zu Armutserfahrungen und – für sie beschämender – Abhängigkeit von der Sozialhilfe. Schliesslich erkrankte sie vier Jahre nach ihrer Einreise in die Schweiz an einer Depression. Der Versuch einer Psychotherapie scheiterte am Verhalten der empfohlenen Therapeutin. Die Vormundschaftsbehörde erwog, ihr die elterliche Gewalt über die Kinder zu entziehen. Daraufhin nahm der Vater, der nun wieder in der Schweiz lebte, die Kinder zu sich in seine neue Familie. Nun komplett allein erfolgte eine neue Sinnkrise, verbunden mit Alkohol- und Drogenkonsum. Sie fand einen neuen Schweizer Lebenspartner, doch sie wurde auch in dieser Beziehung enttäuscht.

In der psychischen Krise erkannte sie auch eine Chance, ihr Leben zu ändern. Es gelang ihr trotz Dequalifikation und alltäglichen Rassismuserfahrungen wieder in den Arbeitsmarkt einzutreten, allerdings nur für unterqualifizierte Arbeiten. Immerhin ermöglichte ihr dies den Aufbau eines sozialen Netzes. Unterstützung in der Krise fand sie in einer freikirchlichen Gemeinschaft.

Diese Biografie ist sehr eindrücklich zu lesen und öffnet den Lesenden Aspekte des Migrationsalltags in der Schweiz, die einem oft zu wenig bewusst sind.

Die zweite ausführliche, hier in aller Kürze noch vorgestellte Biografie beschreibt den Migrationsweg einer mexikanischen Frau aus der oberen Mittelschicht mit ausgeprägt hoher Bildung: Als hoch qualifizierte Juristin mit vier Studienabschlüssen kam sie in ein Schweizer Unternehmen. Berufliche Karriere war für sie wichtig. Diese scheiterte aber nach drei Jahren, wobei unausgesprochene rassistische Ausgrenzungs- und Abwertungserfahrungen in der Firma mitspielten, an einer nächsten Stelle auch klare Mobbing-Erfahrungen. Nach wiederholten schweren Depressionen erholte sie sich, absolvierte einen Lehrgang als Pflegehelferin und fand eine Stelle in einem Alters- und Pflegeheim. Offenbar riet ihr ihre Psychotherapeutin zu diesem Weg.

Im dritten Teil des Buches erfolgt unter dem Titel «Empirischer Teil 2» eine kontrastive und die Ergebnisse aller 17 Interviews einbeziehende, fallübergreifende Ergebnisdarstellung. Die Autorin beschreibt in fünf Kapiteln zu jeweils einem deutlich herausragenden Thema dessen Einfluss auf die Entstehung einer depressiven Erkrankung. Ihre Auswertungen sind dabei angereichert durch treffende Beispiele aus allen Biografien, was sie anschaulich lesbar und überzeugend macht.

Rassismus und sein Einfluss auf die psychische Gesundheit: «Rassismus im Alltag durchzieht alle Lebensbereiche der befragten Migrantinnen» (S. 286). Aspekte dabei sind: Bagatellisierung des Rassismus, (subtiler) Rassismus und rassistische Diskriminierung in alltäglichen Situationen (auf dem Spielplatz, am Arbeitsplatz, beim Einkaufen, in Cafés und Restaurants, in der angeheirateten Verwandtschaft etc.), sexualisierte und exotisierte Fremdzuschreibungen, (subjektiv wahrgenommene) Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen in staatlichen Institutionen, an Universitäten etc. «Besonders wichtig ist es, wiederholten Rassismus als bedeutsamen krankheitsverursachenden Faktor nicht zu unterschätzen» (S. 331).

Depression im Kontext von beruflichem Ausschluss und Dequalifizierung: «In nahezu allen Interviews [...] nimmt die Erfahrung beruflichen Ausschlusses und erschwerten Zugangs zum Schweizer Arbeitsmarkt eine zentrale Rolle in den Lebensgeschichten ein» (S. 333). «Die Interviewanalyse macht deutlich, dass insgesamt zwölf gut ausgebildete Migrantinnen ihre Qualifikationen und Ressourcen in keiner Weise in die Schweizer Gesellschaft einbringen können» (S. 335). Trevisan beschreibt verschiedene Aspekte der beruflichen Ausschlusserfahrungen: Dequalifizierungserfahrungen und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, psychisch belastende berufliche Abstiegserfahrungen, Rückkehrorientierung als Bewältigungsstrategie, berufliche Degradierung und der Wunsch nach Anerkennung, Aus- und Weiterbildung als Strategie im Umgang mit Arbeitsmarktexklusion und Dequalifizierung, kumulative berufliche Ausbildungen in der Schweiz als biografische Verarbeitungsweisen von Exklusion, fehlende Erwerbsarbeit und finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann. «Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass für das Auslösen einer Depression mehrere Faktoren verantwortlich sind.

Als die befragten Migrantinnen psychisch erkrankten, befanden sich allerdings die meisten Frauen in dequalifizierten Arbeitspositionen oder waren ganz von einer Arbeitsmarktexklusion betroffen. Das ist auffallend» (S. 394).

Depression im Kontext von Armut und ökonomischen Schwierigkeiten: «Es ist hinlänglich belegt, dass ein Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit besteht» (S. 415). «Das Migrationspezifische ist dabei, dass einige MigrantInnen unter einer latenten Angst leiden, aufgrund ihrer ökonomischen Lage ihre Aufenthaltsgenehmigung zu verlieren» (ebd.). Sie beanspruchen deshalb oft keine staatliche Unterstützung. «Von mehreren migrierten Frauen in dieser Untersuchung werden chronische Belastungen und Existenzsorgen im Migrationsleben als eine zentrale Ursache für das Entstehen einer Depression gesehen» (S. 418).

Depression im Kontext fehlender sozialer Unterstützung: «Fallübergreifend gilt, dass die Verfügbarkeit eines sozialen Netzwerkes und das Zusammenwirken von Unterstützungsleistungen auf familiärer, freundschaftlicher und professioneller Ebene für das psychische Wohlbefinden von Bedeutung ist» (S. 440). Ein Mangel an sozialen Beziehungen und ein fehlender Zugriff auf soziale Unterstützung in Belastungssituationen beeinflussen hingegen massgeblich die psychische Gesundheit der Migrantinnen.

Depression im Kontext einer binationalen Ehe: Die Autorin beschreibt verschiedene Aspekte zu diesem Thema: Machtverhältnisse im Rahmen einer binationalen Beziehung, Migrationsprojekt aus Liebe, Depression im Kontext von Beziehungsproblemen, Ungleichgewicht im Kontext einer binationalen Ehe und die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Aus Sicht der Biografierten spielten problematische Partnerbeziehungen und -konflikte bei der Entstehung der Depression eine Rolle. Oft liessen sich asymmetrische Machtverhältnisse und rassistische Abwertungen erkennen.

Trevisan beschliesst ihr Buch mit einer konzentrierten Zusammenfassung aller Resultate.

Ich habe ihr Buch mit grossem Gewinn gelesen, fachlich als Psychotherapeut, wissenschaftsmethodisch als Forscher und persönlich als jemand, der selbst in einer binationalen Beziehung lebt. Wie gut, wenn sich die Psychotherapie nicht nur von psychologisch-psychiatrischer Forschung, sondern auch von soziologischer Forschung bereichern lässt. Die Schilderungen der 17 Fallrekonstruktionen berühren und gehen manchmal unter die Haut, wecken auch Wut. Sie öffnen die Augen für Facetten des Leidens von Migrantinnen (und auch Migranten) in der Schweiz, die oft unerkannt bleiben.

Ich empfehle das Buch allen PsychotherapeutInnen, im Besonderen jenen, die in ihrer Praxis mit Migrantinnen (und auch Migranten) arbeiten. Was hier zu lateinamerikanische Migrantinnen erforscht wurde, lässt sich leicht auch auf alle Migrantinnen (und Migranten) sowie binationalen Ehen übertragen.

Peter Schulthess

Tanja Krones & Monika Obrist (Hrsg.). (2020).
Wie ich behandelt werden will.
Advanced Care Planning
 Zürich: rüffer & rub. ISBN: 978-3-906304-62-5.
 219 S., 19,80 CHF

Kathrin Schneider-Gurewitsch (2020).
Reden wir über das Sterben
 Zürich: Limmatverlag. ISBN: 978-3-85791-8971-1.
 159 S., 24,00 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 99–100 2020
 www.psychotherapie-wissenschaft.info
 CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-99>

Schwere Erkrankung, Pflegebedürftigkeit und der Prozess des Sterbens sind für die meisten Fachleute genauso ein dunkler Kontinent wie für Patient*innen. Dank der guten Arbeit der Palliative Care Zentren gibt es immer mehr Informationen, was in und auch vor diesen Lebensphasen wichtig ist. 2020 sind auch zwei Bücher erschienen, die mit ihren Informationen unterschiedliche Abschnitte einer Krankheitsphase behandeln; das von Krones und Obrist die Phase vor einer Erkrankung oder am Anfang einer Erkrankung und das von Schneider-Gurewitsch die allerletzte Phase zum Sterben. In beiden wird eine (neue) Haltung vertreten: Fachpersonen und Patient*innen mit ihren Angehörigen sollen sich über die Wünsche, Ziele und Vorgehensweise *vor einer Krise* verständigen, damit für alle mehr Klarheit, Sicherheit und Ruhe in einer schwierigen Zeit möglich wird.

Zuerst zum Buch *Wie ich behandelt werden will. Advanced Care Planning*: Sei es ein schwerer Unfall, eine plötzliche Krankheit wie ein Herzinfarkt oder ein Hirnschlag, sei es eine länger andauernde schwere Erkrankung wie Krebs, COPD oder ALS, dieses Schicksal kann alle treffen. Haben wir uns schon dazu Gedanken gemacht? Was hätte mein Vater, meine Mutter, mein*e Partner*in gewollt? Wie soll ich in plötzlichen Notsituationen entscheiden. Immer wieder stellen verunsicherte, verzweifelte, manchmal von Schuldgefühlen geplagte Klient*innen sich diese Fragen in der Therapie. Sind wir informiert, wenn unsere Klient*innen diese Themen in der Therapie ansprechen? Wissen wir, was unsere Wünsche sind?

Mit Tanja Krones, Professorin für klinische Ethik und Medizingeschichte an der Universität Zürich, und Monika Obrist, breit ausgebildet in Betriebswirtschaft, Pflege, Palliative Care, Organisationsentwicklung und -ethik, als Herausgeberinnen widmen sich Fachleute den verschiedenen Aspekten der «vorausschauenden Behandlungsplanung». Isabelle Karzig-Roduner (Fachexpertin Notfallpflege) und Theodore Otto-Achenbach (Fachexpertin Intensivpflege im Team Klinische Ethik USZ) beschreiben den intensiven Beratungsprozess einer Patient*innenverfügung «plus». Hier wird sehr praktisch eine Notfallplanung bei Urteilsunfähigkeit beschrieben, die aufklärt und zum Handeln befähigt. Eine Nationalfonds-Studie zeigt, dass nach einer vorausschauenden Behandlungsplanung die

Behandlungswünsche von Proband*innen den Fachpersonen und Angehörigen doppelt so häufig bekannt waren und ebenso häufig umgesetzt werden konnten als bei herkömmlichen Patient*innenverfügungen.

«80 % der Notfall- und Krisensituationen, die zu einer Spitaleinweisung führen, sind vorhersehbar», meint Andreas Weber, Palliativmediziner der ersten Stunde, und beschreibt, was nötig ist, um diese sehr belastenden Situationen durch «vorausschauende Behandlungsplanung» zu vermeiden oder zu entschärfen. Auch dieser Artikel gibt viel Orientierung und Wissen. Für Betroffene und ihre Angehörigen schafft dies Beruhigung in schwierigen Zeiten. Verschiedene weitere Artikel beschreiben aus der Sicht von Betroffenen, was aus ihrer Erfahrung Not tut.

Ein Kapitel von Barbara Loupatatzis (Palliativmedizinerin) und Tanja Krones beschäftigt sich mit den gesellschaftlichen Hintergründen des Erstarkens der Patient*innenautonomie und damit mit der Entwicklung bis hin zu einer Patient*innenverfügung als gesundheitliche Vorausplanung. Sie beleuchten auch kritisch die sich widersprechenden Aussagen in Patient*innenverfügungen, die den Patient*innenwillen nicht erkennen lassen und entsprechend in Notfallsituationen nicht umsetzbar sind.

Das Buch richtet sich an Laien wie an Fachleute des Gesundheitswesens – Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen, Pflegefachleute, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen, Studierende und ist verständlich und praxisnah geschrieben. In der jetzigen Coronapandemie sind wir sensibilisiert, wie schnell eine schwere Krankheit jede*n treffen kann. Ich empfehle das Buch allen, weil es Orientierung gibt und Ängsten mit Wissen und Handlungsoptionen begegnet. Doch nachdenklich macht mich, dass es diese personenzentrierte «vorausschauende Behandlungsplanung» bisher nur für somatische Notfallsituationen gibt. Für psychische Notfallsituationen fehlt ein entsprechender Leitfaden, der Patient*innen und auch ihren Angehörigen sowie der nahen Umgebung Orientierung und damit auch eine gewisse Kontrolle gibt. Eine Patient*innenverfügung «plus» für psychische Erkrankungen? Wir müssen die Diskussion eröffnen und von den Somatikern lernen.

Jetzt zum Buch *Reden wir über das Sterben*: Es schliesst inhaltlich an die «vorausschauende Behandlungsplanung» an und führt dieselbe Haltung für die letzte Phase des Lebens, den Sterbeprozess, ebenso informativ und praxisnah weiter. Auch Fachleute, Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen sind erschreckend uninformativ, wenn es um den Prozess des Sterbens geht. Kathrin Schneider-Gurewitsch hat als Ärztin mit Hirnverletzten, Koma- und Krebspatient*innen gearbeitet und sie ist selbst mehrmals an Krebs erkrankt. Sie kennt also zwei Perspektiven, die bei schweren Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen.

Bei ihrer dritten Krebserkrankung war klar, dass sie diese nicht überleben würde. Als letzte grosse Arbeit wollte sie über das Sterben schreiben, darüber, was es braucht, um «unwürdige Situationen und Kämpfe» sowie Überforderung bei Patient*innen, Angehörigen, Ärzt*innen und Pflegenden zu vermeiden. Sie konnte das Buch nicht mehr zu Ende schreiben. Aus der grossen Menge ihrer Entwürfe

und gesammelten Materialien haben ihr Mann Pavel Schneider-Gurewitsch, auch Mediziner, ihre langjährige Assistentin Marianne Recher und die Journalistin Cécile Speidel dieses Buch geschrieben und Kathrin Scheider-Gurewitsch einen grossen Wunsch erfüllt.

Auch in diesem Buch geht es um praktische Themen: Patient*innenverfügung, ärztliche Prognosegespräche, Therapieverweigerung, «Alternative Therapien», Palliative Care. Stark ist das Buch, wenn Schneider-Gurewitsch bei all den Themen für Offenheit plädiert, dafür, dass alle Patient*innen das Recht auf ihre eigene Sicht und ihre eigene Entscheidung haben. Immer bezieht sie dezidiert Stellung, fordert ihre ärztlichen Kolleg*innen heraus. Im Kapitel über Prognosegespräche greift sie zum Beispiel eine Gepflogenheit der Ärzteschaft an, auf die dringende Frage der Patient*innen nach der verbleibenden Lebenszeit keine Antwort zu geben. Sie fordert auf diese Frage Antworten, auch wenn dies eine «fast unmögliche Aufgabe ist» (S. 40). Eine Antwort auf die Frage, wie viel Zeit jemandem bleibt, wie hoch die Chancen sind, ist wesentlich für den Entscheid, wie und ob weiterbehandelt werden soll. Sie zitiert eine Studie von Christakis (1999), die aufzeigt, dass Patienten aus privilegierten sozio-ökonomischen Schichten eher prognostische Informationen erhalten als andere Patient*innen: «Weisse reiche Männer mit Hochschulabschluss erhielten die meisten Informationen» (S. 42).

Aus dem Thema der mangelnden Informationen bei Prognosegesprächen der Studie von Christakis leitet sie über zum Thema «Assistierter Suizid» und ist überzeugt, «dass das grosse Interesse am assistierten Suizid mit der miserablen Betreuung von Sterbenden zu tun hat, auch mit der fehlenden oder schlechten Qualität der prognostischen Information» (S. 41). Das Kapitel «Hilfe beim Sterben» ist jedoch leider etwas konfus. Es bezieht sich zu stark auf assistierten Suizid und benennt zu wenig die Unterstützung beim natürlichen Sterben. Auch ihre Gedanken über Spiritualität sind nicht so aussagestark wie andere Kapitel.

Das Buch erteilt Hilfestellungen und bietet Wissen für Betroffene, Angehörige, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen. Ich arbeite als Psychoonkologin und in der Palliative Care mit Schwerstkranken. Das Buch bearbeitet viele Themen, die meine Patient*innen umtreiben und die sie besprechen wollen. Ich bin froh, das leicht zu lesende Buch allen empfehlen zu können. Je mehr wir uns mit diesem Thema beschäftigen, umso besser können wir mit dieser immer sehr herausfordernden Situation umgehen oder jemandem beistehen.

«Lasst mich so sterben, dass meine Angehörigen sich im Guten daran werden erinnern können» (S. 97). Das ist doch ein wunderbares Ziel.

Doris Signer-Brandau

Literatur

Christiakakis, N. (1999). *Death Foretold – Prophecy and Prognosis in Medical Care*. Chicago, London: Univ. of Chicago Press.

Margit Koemeda (2019).

Tanzen vor Freude, Zittern vor Wut. Sich von Gefühlen bewegen lassen. Ein Selbsthilfebuch mit körperpsychotherapeutischen Techniken
Weinheim, Basel: Beltz. ISBN: 978-3-6212-8737-1.
236 S., 24,95 EUR, 23,50 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 100–102 2020

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-100>

Emotionen haben durch die Forschung in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Aufwertung – etwa in ihrer Bedeutsamkeit beim Treffen guter Entscheidungen – erfahren. Für den renommierten Neurowissenschaftler Antonio Damasio (2011, S. 121) sind Emotionen gar die evolutionär gewachsenen «Kronjuwelen der Lebenssteuerung», die aber auch in der Gestalt schwieriger Gefühle wie Hass und Verachtung durchaus «drohend über der Menschheit» hängen können. Insofern ist es kein Wunder, dass Bücher zur «Emotionalen Intelligenz» Konjunktur haben. Sie widmen sich dem Thema zumeist aus einer geistig-kognitiven Perspektive. Die in der Schweiz praktizierende Psychotherapeutin Margit Koemeda hat ein Buch vorgelegt, das sich dem Thema aus einer anderen Perspektive nähert, nämlich vom Körper her.

Diese Körperorientierung ist kein Zufall. Koemeda steht in der körperpsychotherapeutischen Tradition der Bioenergetischen Analyse des amerikanischen Arztes Alexander Lowen (1910–2008), der ein Schüler Wilhelm Reichs war. Sie ist Ausbilderin, Supervisorin und Lehrtherapeutin in diesem Verfahren, was man als deutliche Belege ihrer Erfahrung und Kompetenz sehen kann. Die Körperpsychotherapie hat der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Gefühlen von jeher grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Und weil «die Welt der Emotionen [...] vorwiegend aus Vorgängen, die in unserem Körper ablaufen» (ebd., S. 121f.) besteht, erscheint mir das als ein sehr sinnvoller Zugang.

Koemedas Buch richtet sich an uns alle und lädt uns auf ein «Forschungsprojekt» ein, das darauf abzielt, die Erscheinungsformen und Wirkungen unterschiedlicher Emotionen von uns selbst und von anderen in unserem eigenen Alltagserleben zu erkunden. Man kann ihr Buch also zum einen als eine Anleitung für eine intensive Entdeckungsreise in die eigenen emotionalen Welten nutzen: das Aufspüren von Emotionen als Mittel der Selbsterkenntnis. Ausgehend von der etymologischen Herkunft des Wortes definiert sie «E-Motion» als «Bewegung aus sich heraus». Die Autorin möchte uns mitnehmen in das «Abenteuer emotionaler Bewegung». Statt «Lebenssteuerung» mit rigider Kontrolle eigener Emotionen gleichzusetzen, plädiert sie dafür, sich zuerst einmal auf seine Gefühle einzulassen und ihre Bewegungen in uns zu erlauben.

Zum ändern ist es ihre Absicht, Mittel und Wege anzubieten, um unsere Selbstwirksamkeit im Umgang mit Emotionen zu erhöhen. Dazu schlägt sie einen interessierten, achtsamen und nicht-wertenden Zugang zu unseren

Emotionen vor, der die Bereitschaft einschliesst, sich von eigenen Gefühlen bewegen zu lassen. Koemeda verspricht sich davon ein Mehr an Lebendigkeit, einen Zuwachs an «Energie und Vitalität». Schon in der Einleitung macht sie uns mit zwei grundlegenden Körperübungen bekannt, einer Atmungs- und einer Erdungstechnik – Erdung meint hier die feste Verankerung in unserer über den Körper vermittelten Realität –, deren regelmässiges Üben unseren Spielraum des Wahrnehmens, Erlebens, Ausdrückens, aber auch des guten Containments von Emotionen verbessern soll.

Sie legt ihr Buch insbesondere zwei Gruppen ans Herz. Zum einen sind das all jene, die dazu neigen, von ihren Gefühlen überschwemmt zu werden, die sich ihren Gefühlen hilflos ausgeliefert fühlen und/oder die nicht anders können, als diese Gefühle ungeachtet eventueller destruktiver Auswirkungen auszuagieren. Zum anderen biete sie Hilfestellung für all jene, die sich als arm an Gefühlen erleben, an innerer Leere leiden und wenig inneren Kontakt zu ihren Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen spüren. Zwischen den Extremen der Gefühlsarmut und Unterdrückung und dem Überflutetwerden durch eigene Gefühle gelte es, wenn ich Koemeda recht verstehe, zum Wohle gelingender Beziehungen zu sich selbst und zu anderen Menschen und zur Förderung eigener Lebendigkeit einen mittleren Weg guter Selbststeuerung und Regulation zu finden.

Die Struktur des Buches ist übersichtlich. In den ersten vier Kapiteln wird Grundsätzliches erläutert, wobei unverkennbar ist, dass die Autorin sehr darum bemüht ist, aktuelle wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu referieren. Sie erläutert, was unter Emotionen zu verstehen sei und streift kurz einige theoretische Konzepte zur differenzierten Beschreibung von Gefühlen und ihren Dimensionen. Man mag einwenden, dass dieser Überblick über das weite Feld der Gefühlsforschung sehr kursorisch geraten ist. Im zweiten Kapitel illustriert sie den unauflöselichen Zusammenhang zwischen Emotionen und Körper anhand neurophysiologischer Erkenntnisse der Gehirnforschung. Im dritten Kapitel widmet sich die Autorin den Auswirkungen von Stress und Erregung und stellt uns einige Möglichkeiten vor, damit umzugehen. Sie beschliesst diesen allgemeinen Teil mit einem ausgezeichneten vierten Kapitel über das aktuelle wissenschaftliche Verständnis von Trauma und Traumafolgestörungen. In den Text sind immer wieder konkrete, alltagsnahe Beispiele eingewoben, mit denen das Gesagte illustriert und verdeutlicht wird.

All das wirkt insgesamt gut fundiert und klar, prägnant und flüssig geschrieben. Allerdings scheint mir dieser Grundlagenteil aufgrund der anspruchsvollen Diktion des Texts den möglichen Leser*innenkreis doch deutlich einzuschränken. Der Autorin ist ein lesenswertes wissenschaftsbasiertes Sach- und Selbsthilfebuch gelungen, das von einem interessierten therapeutischen Fachpublikum oder akademisch gebildeten Lai*innen gut und mit Gewinn rezipiert werden kann. Es ist jedoch sicher nicht für die grosse Mehrheit der Bevölkerung geeignet. Das ist etwas schade, denn die im Buch vorgestellten Übungen könnten prinzipiell uns allen zugutekommen.

Das fünfte Kapitel ist das Kernstück des Buches, das

etwa zwei Drittel des gesamten Textes umfasst. Es dient der Darstellung und Erkundung von sieben umschriebenen «diskreten» Emotionen: Angst, Ärger (Aggression, Wut, Zorn, Hass), Liebe, Trauer, Scham, Schuldgefühle und Ekel. Diese Auswahl hat eine Schnittmenge zu der Gruppe von Emotionen, die von Gefühlsforschern seit Paul Ekman als sogenannte Basisemotionen bezeichnet werden, die bei Menschen auf der ganzen Welt nachweisbar seien, doch ist sie nicht damit identisch. Freude, die Ekman's Basisemotionen zugehört, fehlt ebenso wie Überraschung und Verachtung. Anstelle dieser drei widmet sich Koemeda der Liebe, der Scham und den Schuldgefühlen. Die Liebe habe sie deshalb hinzugefügt, weil nach ihrer Ansicht «Neugeborene mit einem angeborenem Potenzial an Liebesfähigkeit zur Welt kommen» (S. 130).

Koemeda beschreibt diese Emotionen knapp (im Falle des Ekels vielleicht zu knapp) und präzise jeweils im Hinblick auf ihre Entstehungsbedingungen, Funktionen, Ausdrucksformen, ihre Vorzüge und Nachteile im mitmenschlichen Beziehungsgefüge und auf mögliche Ziele im Umgang mit ihnen. Sie stellt darüber hinaus detailliert (und oft mithilfe von Fotos) insgesamt mehr als 60 Übungen dar, die laut ihrer Expertise hilfreich sein könnten, sich selbst besser zu regulieren, Stress zu verringern, Traumafolgestörungen abzumildern sowie die zuvor genannten Gefühle zu erforschen. Sehr viele dieser Übungen nutzen den Zugang über den Körper, indem sie Körperhaltungen oder Bewegungen verwenden, die geeignet sind, die jeweilige Emotion auszulösen und/oder zu regulieren. Ich will hier nur einige Beispiele kurz andeuten: Im Kapitel über die Liebe wird ein Zugang zu eigenen Gefühlen der Sehnsucht dadurch eingeladen, dass eine Person im Liegen ihre Arme nach oben ausstreckt und dabei eigene Bedürfnisse und Wünsche laut ausspricht (Übung 38). Im Kapitel über Angst wird eine Übung zum von Angstpatient*innen so gefürchteten Schwindel vorgestellt (Übung 21) oder die Anregung gegeben, muskuläre Angstanspannungen im Alltag wahrzunehmen und sie bewusst zu verstärken, um sie hinterher umso leichter lockerlassen zu können (Übung 22). Im Kapitel über Ärger wird zum Beispiel im Liegen über das kraftvolle Aufprallenlassen des hochgewölbten Beckens auf der Unterlage eine Ausdrucksbewegung vorgeschlagen, die gut geeignet ist, den eigenen Willen zu spüren und zu bekunden (Übung 29).

Ich kenne keineswegs alle diese Übungen, vermag ihre Wirkungen also auch nicht angemessen zu beurteilen, doch wirken sie auf mich in der Regel stimmig und wert, erprobt zu werden. Einer möglichen Selbstüberforderung beim Experimentieren mit diesen Übungen begegnet Koemeda durch zahlreiche im Text verstreute Hinweise darauf, sich gegebenenfalls Hilfe bei therapeutischem «Fachpersonal» zu holen.

Die Verwurzelung in ihrer körperpsychotherapeutischen Tradition macht sich bei Koemeda besonders in der Auswahl ihrer Übungen bemerkbar, bei denen Atmungs-, Erdungs- und Ausdrucksübungen mithilfe des Einsatzes unserer Willkürmotorik prominent vertreten sind. Doch bedient sie sich, wie sie freimütig bekennt,

auch bei anderen Schulen, beispielsweise der kognitiven Verhaltenstherapie, dem Yoga, dem Qi Gong oder der Tanztherapie. Das mag man eklektizistisch nennen, doch mir erscheint gerade dieser Reichtum an Erfahrungswissen und an Körpertechniken unterschiedlicher Schulen eine der grossen Stärken des Buchs zu sein. Diese Fülle ist inspirierend und bereichernd und ich glaube, dass nicht nur alle interessierten Leser*innen, sondern auch alle Therapeut*innen, die ihr technisches Repertoire insbesondere im Hinblick auf Körperinterventionen erweitern möchten, bei Koemeda fündig werden. Ich habe jedenfalls einige wertvolle Anregungen für meine Praxis erhalten.

Es ist ein durchaus kühnes Unterfangen, die zuvor genannten Emotionen auf wenigen Seiten zu charakterisieren. Monografien zu einigen dieser Gefühle dürften ganze Bibliotheken füllen. Am ehesten spürbar wird der Schlaglichtcharakter der Darstellung für mich (neben dem Ekel) im Kapitel Koemeda über die Liebe, wobei die Autorin selbst einräumt, dass das Thema zu gross sei, um zwischen zwei Buchdeckel zu passen (Eifersucht und Neid fehlen in der Darstellung ganz). Koemeda ist es dennoch, wie ich finde, erstaunlich gut gelungen, einige sehr wesentliche Punkte zum Verständnis der beschriebenen Emotionen deutlich zu machen.

Das Buch enthält ausserdem einen Zugangscode zu reichhaltigem Online-Material, darunter 31 Seiten an Arbeitsblättern. Diese finden sich auch – neben einem Sachwortregister – im Anhang des Buches. Das wohl Verkaufsinteressen des Verlags geschuldete Titelbild – eine junge Frau macht freudestrahlend einen Luftsprung – rückt das Buch assoziativ in die Nähe von Glücksratgebern, was dem seriösen und differenzierten Inhalt des Buches sicher nicht ganz gerecht wird. Lesende werden mit einer Fülle an inspirierenden Inhalten und praxistauglichen Techniken belohnt, die sehr gut geeignet sind, unsere bewusste Verwurzelung in der Lebendigkeit unserer Emotionen zu unterstützen.

Peter Freudl

Literatur

Damasio, A. (2011). *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Siedler.

Tanja Lenz & Ingrid Fleck (2020).
Exploratives Sandspiel. Wege zur Resilienz
 Münster: Waxmann. ISBN: 978-3-8309-4157-6.
 148 S., 24,90 EUR

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 102–103 2020
 www.psychotherapie-wissenschaft.info
 CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-102>

Dieses Buch wurde von zwei Autorinnen verfasst, die beide Analytische Psychologinnen nach C. G. Jung sind. Es umfasst einen theoretischen und einen praktischen Teil.

Schon beim ersten «Schnuppern» im Inhaltsverzeichnis haben mich im theoretischen Teil neben den Themen «Sand» und «Resilienz» die Kapitel «Frühe Bindung» und «Trauma» sehr angesprochen. Für mich bilden das Wissen um die Bindungsthematik wie auch die Kenntnis über Traumastörungen einen essenziellen Teil des Fundaments der Sandarbeit. In diesem theoretischen Teil erhalten LeserInnen auch wertvolle Literaturangaben dazu (wie John Bowlby, Bessel van der Kolk, Ursula Wirtz).

Das Buch beginnt mit einem einleitenden Kapitel im theoretischen Teil. Die Autorinnen sprechen, basierend auf der aktuellen Resilienzforschung, von «posttraumatischem Wachstum». Gemeint ist damit, aus schwierigen Lebensumständen gestärkt hervorzugehen und Ressourcen Raum zu geben, um sich zu entfalten. In der Jung'schen Psychologie entspricht die Individuation einem seelischen Entfaltungsprozess, nicht um Vollkommenheit zu erlangen, sondern um das jeweilige individuelle Potenzial zu erschliessen. Sandbildgestaltungen können helfen, Widerstandskraft aus traumatischen Lebenserfahrungen zu gewinnen, um dieses Potenzial entfalten zu können.

Im zweiten Kapitel werden verschiedene Formen des Sandspiels einschliesslich der explorativen Sandbildgestaltung besprochen: Für die Autorinnen ist das Sandspiel ein exploratives Gestalten, explorativ-erkundend, von KlientIn wie von TherapeutIn. Exploratives Gestalten im Sand kann gerade da, wo direkte Sprache aufgrund von Traumatisierungen versagt, helfen, nonverbal zu kommunizieren, das Leiden und die innere Welt neu zu strukturieren. Es vermag in tief liegende Schichten der Kindheit zurückzuführen, ermöglicht auf nonverbale, spielerische Weise einen Zugang zur Imagination und zum Unbewussten.

Im dritten Kapitel wird auf das Thema Bindung als frühe zwischenmenschliche Erfahrung und die Folgen auf die weitere seelische Entwicklung eingegangen. Gerade beim behutsamen Herstellen und Aufbauen von sicheren Beziehungen kommt dem explorativen Sandspiel eine spezielle Aufgabe zu. Die Phasen der Gestaltungen im Sand geben KlientInnen Zeit, Vertrauen zu sich selbst wie auch zu TherapeutInnen aufzubauen. Das Sandspiel zeigt neue Formen des Ausdrucks auf, kann eine neue gemeinsame Sprache schaffen.

Im vierten Kapitel zum Thema Trauma wird aufgezeigt, wie durch das Trauma abgespaltener Teile, die unter Umständen ein für KlientInnen anstrengendes Eigenleben führen, eine Ausdrucksmöglichkeit und Raum im Sandspiel finden. Das explorative Sandspiel hilft schwer auszudrückende Gefühle im Sandspiel ohne Worte mitzuteilen; dies immer, soweit KlientInnen es zulassen können. Dies mindert die Gefahr einer Re-Traumatisierung.

Im fünften Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie es traumatisierten Menschen gelingen kann, psychische Stabilität und seelische Widerstandskraft, also Resilienz, zu entwickeln und eine positive Sicht in die Zukunft gewinnen. Die stabiler werdende therapeutische Beziehung bildet die Basis für eine interaktive Begegnung und fördert Resilienz. Durch explorative Sandspielgestaltungen wird der Blick auf Ressourcen gelenkt, die Arbeit mit Symbolen im Sand aktiviert die schöpferischen und

heilenden Potenziale im Selbst. Durch die Bilder und den therapeutischen Prozess wird die Wahrnehmung für die individuelle unbewusste Dynamik sensibilisiert.

Grundlagen der Psychotherapie, basierend auf der Analytischen Psychologie nach C. G. Jung, werden im sechsten Kapitel besprochen. Hervorgehoben wird die Bedeutung des geschützten Raumes für die Entstehung von innerer Sicherheit im therapeutischen Bezugsfeld. Aspekte der Analytischen Psychologie und das Konzept der transzendenten Funktion werden in Kapitel Sieben erläutert. Der Prozess der Individuation, das Potenzial des Unbewussten sowie die Möglichkeiten, Resilienz zu fördern, werden betont.

Dora M. Kalff wird als Begründerin des Sandspiels, basierend auf dem »Lowenfeld'schen Worldtechnique«, in Kapitel Acht gewürdigt. Der spielende Mensch erlebt sich tätig in einem Wechselspiel von verschiedenen Wirklichkeiten, Bewusstem und Unbewusstem. Immer spielt der dialogische Austausch zwischen Ich und Du, von KlientIn und TherapeutIn, eine wesentliche Rolle. Durch diese existenzielle Verbundenheit, wenn sie gut gelingt, setzt sich die Psychodynamik der Selbstregulation in Gang: Ich und Selbst korrelieren, Resilienz wird bestärkt.

In Kapitel Neun und Zehn wird anhand eines Erlebnisberichtes einer Klientin die Einbettung des Sandspiels innerhalb des Analyseprozesses dargestellt. Kapitel Elf schildert sechs Fallvignetten Erwachsener. Sie zeigen auf, wie sich in therapeutischen Prozessen mithilfe des Sandspiels individuelle Entwicklung von Resilienz und Verringerung des psychischen Leidens entwickeln. Eine Ausnahme bildete der Fall einer schwerst traumatisierten Frau mit tragischen Verlusten. Sie brach die Therapie ab. Die Fallvignetten sind in sich abgeschlossen. Es geht darin um die Themen frühe Verletzungen, Schizophrenie, Trauer, Krieg, Flucht, Depression. Die begleitenden TherapeutInnen sollen durch ihr verbal zurückhaltendes, beobachtendes und nur wenig intervenierendes Begleiten des Sandspielprozesses Vertrauen und Bindung fördern und dadurch auch den Individuationsprozess unterstützen. Das Vorgehen beim Betrachten des fertiggestellten Bildes von TherapeutIn und KlientIn ist abgestimmt auf die individuelle Bereitschaft und Fähigkeit der KlientInnen, sich den Aussagen des Bildes zu nähern.

Die Autorinnen zeigen auf, wie durch das explorative Sandspiel eine positive Veränderung der Symptomatik entsteht. KlientInnen wurden offen für neue Lösungswege und entwickelten einen besseren Zugang zu sich selbst und zu ihren Ressourcen. Durch die tragfähige therapeutische Beziehung erlebten sie sichere Bindung und wurden insgesamt beziehungsfähiger. Sie erlebten sich während des therapeutischen Prozesses mehr und mehr als GestalterInnen ihres Lebens, selbstwirksam, verantwortlich für ihr Leben. Humor wurde zu einer wichtigen Ressource.

Das Vorstellen der Fallvignetten kann einerseits die Neugierde nach mehr Details, nach den kleinen Schritten der verschiedenen Verläufe wecken, die nicht unbedingt gestillt wird. Andererseits werden LeserInnen von den Fällen nicht überflutet und überfordert. Gerade zu Beginn eines therapeutischen Weges ist dies konstruktiv und gibt Mut zur eigenen Arbeit.

Im Vorwort schreiben die Autorinnen, das Buch richte sich insbesondere an PsychotherapeutInnen in Ausbildung und solle durch den einführenden Charakter Verständnis für diese psychotherapeutische Methode fördern. Diesen Eindruck bekam ich auch beim Lesen: Wie schön für TherapeutInnen, die noch ihren Weg finden müssen, wenn sie ein solches Buch in die Hände bekommen. Es ist motivierend, hat Tiefgang und inspiriert. Durch das ganze Buch hindurch war für mich dieses Respektvolle, Achtsame in der Vorgehensweise im begleitenden Sandspielprozess der beiden Autorinnen spürbar. Auch nach jahrelanger Arbeit als Sandspieltherapeutin treffen mich Sandbilder, hier diese Fallvignetten, immer wieder tief: Sie überraschen und überzeugen durch das aufgezeigte »Wissen« aus dem Unbewussten, das sich in den von Händen gestalteten Sandspielwelten zeigt. Sie beinhalten auch den nicht zu vergessenden unabdingbaren Aspekt des Tröstens – im Sinne der Traumarbeit nach Luise Reddemann – für das Festigen von Resilienz.

Ursula Kübler

Kristina E. Schellinski (2020).
Individuation for Adult Replacement Children. Ways of Coming into Being
Abingdon, Oxon: Routledge. ISBN: 978-1-1388-2488-1.
228 S., 38,99 EUR

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 103–104 2020
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-103>

Die Schweizer Jungianerin Kristina Schellinski hat sich eines bislang verborgenen Themas angenommen, dasjenige der Ersatzkinder, und dazu ein Buch auf Englisch veröffentlicht. Mit Ersatzkindern meint die Autorin Kinder, die nach einem Kind, das früh verstarb, oder anderen verstorbenen Verwandten auf die Welt gekommen sind. Es kann dann sein, dass so ein Kind mit Bildern und Projektionen aufwachsen muss, die eigentlich jemand anderem galten. Als Erwachsene leiden solche Ersatzkinder oft an verschiedenen Symptomen wie geringes Selbstwertgefühl, Identitätsfragen, existenzielle Angstzustände, Depressionen, Schuldgefühlen oder Schwierigkeiten in ihrer Beziehung zu sich selbst und zu anderen. Schellinski beschreibt zahlreiche klinische Beispiele, bei denen ein zweites Kind sogar mit dem Namen des ersten genannt wurde und Erwartungen und Rollenvorstellungen ausgesetzt war, die eine stabile Identität erschwerten.

Als ich mit dem Lesen des Buches begann, fielen mir schnell zahlreiche Beispiele in meiner klinischen Praxis, aber auch in meinem Bekanntenkreis ein, von Personen, bei denen ich eine Ersatzkind-Thematik vermute. Schellinski hat sich da eines wichtigen, bislang kaum erforschten Themas angenommen, das nicht nur die klinische Praxis betrifft! Akribisch und anhand 20 Jahren wickelt sie diese Thematik auf. So weist sie bei Salvador Dali, bei Camille

Claudel, Vincent van Gogh, Elvis Presley, Maria Callas, bei Rainer Maria Rilke und bei vielen anderen Künstler*innen diese Problematik nach und zeigt sie anhand deren Werken überzeugend auf. Die Identitätsschwäche, als ob man mit einer anderen Person vermischt wäre, zeigt sich etwa gut in Dalis verstörendem, zweigeteilten Bild *Macbeth* und Rilke, der eine verstorbene Tochter ersetzen musste, trug bis zum Schuleintritt Mädchenkleider und deren Mädchennamen Sophie! Selbst er nannte sich so.

Es ist erstaunlich, wie viel Material die Autorin zusammengetragen hat. Neben den Klient*innen und Künstler*innen ortet sie auch unter Psychoanalytiker*innen diese Thematik. Sigmund Freud verlor seinen jüngeren Bruder Julius, was seine Theoriebildung beeinflusste, und Carl Gustav Jung wurde nach zwei totgeborenen Mädchen und einem Jungen geboren, der nur fünf Tage lebte, was ebenfalls Auswirkungen auf seine Theorie gehabt habe, so Schellinski. Auch die Autorin selbst diagnostiziert bei sich die Ersatzkind-Problematik und beschreibt nach jedem Kapitel die verschiedenen Stadien ihrer Individuation, wie sie zu ihrem eigenen Selbst und zu ihrer eigenen Identität vorstossen konnte.

«Individuation für erwachsene Ersatzkinder», so könnte man den englischen Titel übersetzen. Es ist ein Buch, das anhand vieler Beispiele Wege aufzeigt, die eigene Identität und Individuation zu finden, um die einzigartige, unverwechselbare Person zu werden, die wir sind. Mit anderen Therapeutinnen hat die Autorin zudem eine Website gegründet, die für Therapeut*innen wie auch für Betroffene vertiefte Information und Beratung zum Thema Ersatzkind anbietet.¹

Es ist nun aber nicht so, fügt sie einschränkend hinzu, dass jedes Kind, das nach dem Tod eines Geschwisters oder eines anderen Familienmitgliedes geboren wurde, ein Ersatzkind wäre. In vielen Situationen wird die Geburt eines Kindes gefeiert und das Kind kann bedingungslos und ohne Projektionen aufwachsen, insbesondere dann, wenn die verstorbene Person betrauert werden konnte. Dem Thema Trauern widmet die Autorin ein eigenes Kapitel, so wichtig ist ihr das Durcharbeiten vor einer neuen Schwangerschaft. Das betreffe, so Schellinski, nicht nur die Mutter, sondern auch den Vater, Geschwister, Grosseltern und andere Verwandte. Immer wieder zitiert sie in diesem Zusammenhang das amerikanische Autorenpaar Alber C. Cain und Barbara S. Cain, die bereits in den 1960er Jahren ein Standardwerk über dieses Thema schrieben.

Das Ersatzkind ist dann mit einer komplexen Situation konfrontiert, wenn Eltern versuchen, einen Verlust durch eine Geburt zu überwinden oder wenn sie in einem gefrorenen Trauerprozess eingeschlossen bleiben. Das Ersatzkind stellt dann fest, dass es ein konfliktreiches Leben im Schatten eines anderen Menschen führt und aufgrund der auferlegten Bindung an die oder den Verstorbene*n keine eigene Identität herausbilden kann. Ein Ersatzkind fühlt sich im Vergleich zu einem idealisierten toten Geschwister nie «gut genug», es leidet an existenzieller Unsicherheit und Identitätsproblemen, Schuldgefühlen, festsitzendem Kummer und

Beziehungsproblemen. Es kann Dinge nicht ansprechen, weil sie in der Familie tabuisiert werden, Gefühle gegenüber verschiedenen Familienmitgliedern und die entsprechende Verbalisierung werden verhindert und verdrängt.

Ein eigenes Kapitel ist der komplexen mehrschichtigen Schuldfrage gewidmet, die Schellinski als etwas Zentrales ansieht, nämlich die Schuld überlebt zu haben (*survivors' guilt*). Der verstorbene Person gegenüber werden ambivalente Gefühle von Liebe und Wut und zugleich Verantwortung empfunden. Sie können erst gelöst werden, wenn symbolisch die Repräsentation des verstorbenen Anderen «getötet» wird, da nur so der darauffolgende Trauerprozess möglich wird. Eindrücklich schildert die Autorin diese Prozesse in mehreren klinischen Fällen.

Es folgen weitere Individuationsschritte und die Suche nach dem eigenen Selbst, die Schellinski wiederum anhand zahlreicher Beispiele, nicht zuletzt an ihrem eigenen, aufzeigt. Der Prozess der Individuation ermöglicht es erwachsenen Ersatzkindern, sich von Projektionen oder unbewussten Identifikationen zu befreien, im Dialog mit Bildern des Unbewussten, in einer sicheren und verständnisvollen Umgebung und in einer Analyse. Akzeptanz, Anerkennung und Bewusstwerdung können erwachsenen Ersatzkindern helfen, sich wieder mit ihrem Selbst und mit dem Anderen zu verbinden.

Schellinski liefert ein wichtiges Buch, das eine Lücke im psychoanalytischen Wissen schliesst. Kritisch könnte man vielleicht den etwas unklaren Aufbau erwähnen, der erst mit der Zeit besser verständlich wird. Auch wird der Ersatzkind-Begriff breit verwendet, eine Klientin hatte das verstorbene Kind der Grossmutter zu ersetzen, eine andere die Mutter. Auch könnte man anfügen, dass sich viele Geister in der Kinderstube tummeln, darauf hat bereits Selma Fraiberg (1980) eindrücklich hingewiesen. Nicht nur Erwachsene projizieren auf Kinder, sondern auch Kinder holen sich Vorbilder und Rollenvorstellungen von Erwachsenen. So «ersetzte» zwar C.G. Jung seine drei verstorbenen Geschwister mit all den möglichen, von Schellinski beschriebenen Implikationen, aber sein verstorbener Grossvater väterlicherseits, der in Basel mit dem gleichen Namen als patriarchale Persönlichkeit, Freidenker und Wissenschaftler lebte, diente ihm meiner Ansicht nach ebenfalls als starke Identifikations- und Projektionsfigur (s. Meier, 2015), der ihm Werte, Ideale und ein Zugehörigkeitsgefühl vermittelte, mehr noch als seine Eltern.

Alles in allem wirft das Buch von Schellinski ein wichtiges Licht auf bisher wenig geklärte Zusammenhänge.

Isabelle Meier

Literatur

- Fraiberg, S. (1980). Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. In dies., *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life* (S. 164–196). London: Tavistock.
- Meier, I. (2015). *Grosse Eltern – Grosseltern. Archetypische und klinische Perspektiven der Grosseltern-Enkelkind-Beziehung*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

¹ www.replacementchildforum.com

Kurt Greiner (2020).
Experimentelle Psychotherapiewissenschaft.
Das Methodenprogramm der Wiener
Therapieschulenforschung
 Berlin: Parados. ISBN: 978-3-9682-4000-8.
 176 S., 22,00 EUR, 32,90 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 105 2020
 www.psychotherapie-wissenschaft.info
 CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-105>

Kurt Greiner leitet gemeinsam mit Martin Jandl das Institut für Hermeneutische Therapieschulenforschung & Therapieschulendialog an der Sigmund Freud Privat-Universität (SFU) in Wien. Er begründete die Experimental- und Imaginativ-hermeneutische Psychotherapiewissenschaft. Unter dem Titel *Experimentelle Psychotherapiewissenschaft* stellt er das entsprechende Methodenprogramm an der SFU in Form eines Lehrbuches dar, wie es sich seit 2008 entwickelt hat.

«Gegenstand dieses psychotherapiewissenschaftlichen Programmes sind die spezifischen Funktionsweisen des psychotherapeutischen Denkens und Praxishandelns, deren implizite konzeptuelle Grundlagen, d.h. deren nicht zur Sprache gebrachte Voraussetzungen und ungesehene Bedingungen es in der Experimentellen Psychotherapiewissenschaft mithilfe von speziell entwickelten Reflexionsverfahren und Analysetechniken explizit zu machen bzw. ans Licht zu heben sowie kritisch zu untersuchen gilt. Bei den theorieanalytischen Werkzeugen handelt es sich um neuartige, aussergewöhnliche, teilweise sogar radikal-kreative Instrumentarien des *Sinnverstehens* (Hermeneutik), die allesamt auf der Idee der ‚Verfremdung‘ im ‚Konstruktiven Realismus‘ (CR) basieren und dem Erkenntnisprinzip des *Sinnverstehens durch Sinnverstören* folgen» (S. 8).

«Nur durch *systematische Veränderung des Gesichtspunktes*, also durch *Perspektivenverschiebung*, kann man es schaffen, die üblichen Vorgehensweisen tatsächlich zum Gegenstand der Betrachtung zu machen. [...] Bei der konstruktiv-realistischen Verfremdung handelt es sich also um den systematischen Versuch, Abstand und Distanz zu den üblichen Denk- und Praxisvollzügen zum eigenen Aktivitätsfeld zu gewinnen» (S. 14).

In vier Abschnitten werden diese Forschungstechniken beschrieben: Standardisierte Therapieschulendialog (TSD) via Experimenteller Trans-Kontextualisation (ExTK); Text-Puzzle-Verfahren (P-T-P, ITTP); Psycho-Bild-Methoden (PBP, ITBP, PBS/k, PBS/g); Medien-Spiel-Techniken (PMS, ITMS). Diese vier Techniken werden strukturiert dargestellt und mit Beispielen von Forschungsarbeiten erläutert. So werden im Kapitel «Therapieschulendialog» die anthropologischen Grundlagen der Transpersonalen Psychotherapie mit jenen der Psychoanalytischen Selbstpsychologie nach Heinz Kohut verglichen oder eine transkontextuelle Kon-

frontation der Daseinsanalyse (Ludwig Binswanger) mit der Individualpsychologie (Alfred Adler) beschrieben. Im Kapitel «Text-Puzzle-Verfahren» wird das Instanzen- und Trieb-Modell von Sigmund Freud einem Textausschnitt von Carl Rogers gegenübergestellt. Im Kapitel «Psycho-Bild-Methoden» wird eine Prüfung des transaktionsanalytischen Modells nach Eric Berne dargestellt. Eine weitere bildnerisch verfremdete Prüfung des Instanzenmodells Freuds findet sich im selben Kapitel. Im Kapitel «Medien-Spiel-Techniken» finden sich zwei Pilotprojekte zur Untersuchung der Individualtherapie (Alfred Adler) mithilfe der «Psycho-Musik-Analyse», sowie zum Ich-Du-Kontaktbegriff in der Gestalttherapie mit der «Psychotanzanalyse». Im fünften Abschnitt des Buches werden dann Arbeiten zur Experimentellen Psychotherapiewissenschaftspraxis an der SFU mit Stand Februar 2020 aufgelistet.

Das Buch vermittelt einen Eindruck dieser neu geschaffenen Forschungstradition an der SFU und bildet das Spektrum bisheriger Forschungstätigkeiten in diesem speziellen Forschungsfeld ab. Es ist für Aussenstehende etwas schwer zu lesen, weil der Inhalt sehr kompakt dargestellt ist und LeserInnen mit einer Vielzahl neuer und erst einmal fremder Begriffe konfrontiert werden. Dennoch vermag es einen Eindruck zu geben, was hier mit welchen innovativen und erfrischend spielerischen Methoden geforscht wird.

Ich empfehle es allen, die an hermeneutischer Forschung in der Psychotherapiewissenschaft interessiert sind.

Peter Schulthess

Jürgen Kriz (2017). *Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*
 Göttingen: V & R. ISBN: 978-3-5254-9163-8.
 300 S., 30,00 EUR, 36,90 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 105–106 2020
 www.psychotherapie-wissenschaft.info
 CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-105b>

Mit diesem sechs Kapitel umfassenden Buch will Jürgen Kriz dazu einladen, sich auf die Komplexität des Geschehens einzulassen, das nun einmal unser Leben als Subjekt in der heutigen Lebenswelt ausmacht. Er ist überzeugt, dass eine grössere Bereitschaft dazu hilft, inhaltliche und theoretische Grabenkämpfe zwischen «Richtungen» zu befrieden, weil die Würdigung für die Perspektive der anderen dann leichter fällt.

Die Personzentrierte Systemtheorie ist aus dem Bedürfnis entstanden, die vielfältigen Prozesse und Einflüsse, die in den unterschiedlichen Ansätzen zu Psychotherapie, Beratung und Coaching jeweils thematisiert werden, in ihrer wechselseitigen Vernetzung zu verstehen. Sie unterscheidet hierzu vier Prozessebenen, die man grob als körperlich, psychisch, interpersonell und kulturell kennzeichnen kann. Mit der Personzentrierten Systemtheorie sollte ein schulenübergreifendes Modell von Psychotherapie

entwickelt werden, nicht um daraus einen neuen Ansatz zu machen, sondern um das reiche Spektrum der Praxis mit einem solchen Modell besser nutzen zu können.

Im *ersten Kapitel* führt der Autor in die Grundfragen der Personzentrierten Systemtheorie ein und erläutert die vier Verstehensperspektiven mit dem individualistisch-psychodynamisch-humanistischen, dem interpersonell-systemdynamischen, dem organismisch-körperlichen und dem gesellschaftlich-kulturellen Fokus. Er illustriert diese theoretischen Ausführungen mit vier Fallvignetten.

Im *zweiten Kapitel* folgen einleitend Überlegungen zum Begriff System, um dann die Themen «Subjektivität» und «Objektivität» mit Bezügen zur Philosophie zu vertiefen. Das Kapitel steht unter der Überschrift «Leben als Zeichenprozess – die Perspektive der Biosemiotik». Die Biosemiotik legt eine untrennbare Verwobenheit von psychischen und interpersonellen Phänomenen mit körperlich-evolutionären sowie kulturell-makrosozialen Prozessen nahe. Spannend sind seine Ausführungen zu den Grenzen der Subjektivität, der Bedeutungszuschreibung zu Phänomenen mit Bezügen zur Phänomenologie, der Gestaltpsychologie als Wahrnehmungstheorie und der Experimentellen Psychologie. Auch diese Ausführungen erhalten mit einer Fallvignette einen Praxisbezug.

Im *dritten Kapitel* werden (essenzielle) Prinzipien der Systemtheorie erläutert. Es geht immer um *Prozesse* von miteinander dynamisch vernetzten «Teilen». Die Gesamtheit wechselseitig voneinander abhängiger Einflüsse wird als Feld betrachtet. Zu diesen Prinzipien zählt zum Beispiel die Rückkoppelung: Die Veränderung bei einem Teil pflanzt sich im System fort. Oder die Mikro-/Makro-Ebene: Die vernetzte und rückgekoppelte Dynamik der «Teile» bildet *bottom-up* «Ordnungen» aus, die dann *top-down* die weitere Dynamik der «Teile» bestimmen. Diese Ordnungen sind selbstorganisiert. Oder System versus Umgebung: Selbstorganisation ist zwar etwas dem System Inhärentes, aber immer auch mit Adaptionen an die Systemumgebungen verbunden. Diese Essentials werden in Unterkapiteln wissenschaftstheoretisch mit Bezug zu Forschung und Praxis vertieft. Das Kapitel endet mit einer kurzen zusammenfassenden Darstellung des dynamisch-systemischen in Gegenüberstellung zum klassischen Weltbild.

Im *vierten Kapitel* werden die Ausführungen zu den eingangs erwähnten vier zentralen Prozessebenen vertieft. Die interpersonelle, die psychische, die gesellschaftlich-kulturelle und die körperliche Prozessebene werden fundiert und anschaulich dargestellt und in ihrem gleichzeitigen Zusammenwirken erläutert. Dies ist mit Exkursen zu Kommunikationstheorie, Gedächtnis, gemeinsamer Kreation von Sinn, und erneut Gestalttheorie sehr spannend zu lesen.

Das *fünfte Kapitel* ist der Welt des Bewusstseins gewidmet. Es enthält eine Besinnung darauf, was mit «Person» gemeint ist. Zentral ist die Aussage, dass «Person» nicht angeboren ist, wohl aber das evolutionär vorstrukturierte Potenzial dazu. Damit sich jemand zur «Person» entfalten kann, braucht es hinreichend guter Entwicklungsbedingungen. Das psychosoziale Beziehungsangebot kann durch drei Kernaspekte *einer* Grundhaltung beschrieben werden, wie Carl Rogers diese in seinem personzentrierten

Ansatz beschrieben hat: nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung des Menschen als Subjekt, kongruentes Angebot von organismischen Erfahrungsmöglichkeiten und deren Symbolisierung, insbesondere durch sprachliche Begleitung, und schliesslich empathisches Einfühlen in die Bedürfnisse des anderen. «Der humanistische Kernsatz: «Nur am Du kann man zum Ich werden» erhält in der Personzentrierten Systemtheorie somit einen umfassenderen Kontext, der u. a. makro- und mikrosoziale, historische oder evolutionäre Perspektiven auf die aktuelle Du-Ich-Begegnung miteinbezieht» (S. 234).

Das *sechste Kapitel* trägt den Titel «Personzentrierte Systemtheorie im Kontext der Praxis». «Das Anliegen der Personzentrierten Systemtheorie ist es, das grosse Spektrum an vorhandenen Konzepten und Vorgehensweisen in Psychotherapie, Beratung und Coaching besser nutzen zu können» (S. 235). Der Autor erläutert, mit welchen Problemen man eher PsychotherapeutInnen, BeraterInnen oder Coaches bzw. Couchinnen aufsucht. Die professionelle Rolle umfasst als Hauptaufgabe die Begleitung bei «Ordnungs-Ordnungs-Übergängen». Damit sind Transformationen von Ordnungsstrukturen gemeint. Wichtig ist der Gebrauch von Intuition, Imagination und Kreativität.

Das Buch besticht dadurch, dass es nicht Partei nimmt für eine bestimmte psychotherapeutische Richtung, sondern mit der personzentrierten systemischen Sichtweise Bezüge zu vielen «Schulen» herstellt, um zu zeigen, was dort gemacht wird. Kriz beachtet den humanistischen Ethos, dem anderen mit Wertschätzung zu begegnen, wenn er auf andere Therapieansätze eingeht. Wiederholt kritisiert er aber zu Recht den aktuellen Trend zu manualisierten Therapien. Das entspräche nicht dem Bild einer dynamischen, systemischen und prozessorientierten Psychotherapiekonzeption

Subjekt und Lebenswelt behandelt viele grundlegende Themen aus Psychotherapie, Beratung und Coaching fundiert und ist reichlich mit Praxisbeispielen illustriert. In diesen Feldern tätige Menschen finden hier vertiefte Überlegungen und Anregungen zu ihrer Praxistätigkeit und zu deren theoretischen Verankerungen, egal zu welcher Therapierichtung sie sich zählen. Ich kann es gern empfehlen.

Peter Schulthess

Hermann Wegscheider (2020).
Dialog und Intersubjektivität in der Gestalttherapie. Von der jüdischen Tradition und Dialogphilosophie zu relationalen Entwicklungen in der Psychoanalyse und Gestalttherapie
 Gevelsberg: EHP, Verlag Andreas Kohlhaage.
 ISBN: 978-3-8979-7118-9. 248 S., 26,99 EUR, 37,70 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 10 (2) 106–107 2020
 www.psychotherapie-wissenschaft.info
 CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-106>

In diesem Buch wird dargelegt, wie manche europäische Therapierichtungen direkt oder indirekt geprägt sind von

der jüdischen Tradition, insbesondere der chassidischen Tradition und dem Philosophen Martin Buber mit seinem einen spirituellen Anteil beinhaltenden Dialog-Ansatz.

In einem ersten Teil wird die Bedeutung des jüdischen Hintergrundes für die Psychotherapie erörtert. Die Ursprünge des dialogischen Vorgehens (z. B. im Judentum, im Chassidismus, in der Dialogphilosophie) und die Rezeption dialogischer Vorgehensweisen für die Praxis der Psychotherapie werden dargelegt. Jüdische Wurzeln haben Freud, Adler, Lewin, Moreno, Fromm, Perls, Frankl. Ob sie sich nun direkt auf diese Wurzeln berufen in ihren Therapieansätzen und ob sie religiös aktiv waren oder nicht, der Autor macht geltend, dass es einen indirekten biografischen Einfluss allein aufgrund der kulturellen Sozialisation gegeben haben muss. Eine Verbindung zwischen jüdischen religiösen und philosophischen Praktiken zur Psychotherapie wird gezogen, die von diesen beeinflusst sei. Die in vielen heutigen Psychotherapiekonzeptionen vertretene holistische Auffassung der Einheit von Körper, Psyche und Geist wird als Übernahme dieses jüdischen Verständnisses betrachtet. Das Kapitel enthält viele wissenswerte Darstellungen über den Gehalt und die Verbreitung des Chassidismus in Europa. Fromm soll im Chassidismus eine revolutionäre Massenbewegung gesehen haben, die einen humanistischen Sozialismus vertrat.

Im nächsten Teil des Buches fokussiert der Autor auf Bubers Dialogphilosophie und deren Verbindungen zu den Dialogphilosophien seiner Zeit, um in einem nächsten Kapitel die Entwicklung von der Dialogphilosophie zur dialogischen Psychotherapie zu beschreiben, als Folge dessen, dass die PsychotherapeutInnen und PsychologInnen die Dialogphilosophie entdeckt hätten. Genannt werden hier Adler, Binswanger, Kohut, Rollo May, Friedmann, Ferenzci, Balint, Sullivan, Jung, Rogers, Ruth Cohn und verschiedene GestalttherapeutInnen wie Rich Hycner, Lynne Jacobs und Gary Yontef. Sie hätten die dialogische Wende in der Psychotherapie eingeleitet, die Orientierung an der psychotherapeutischen Beziehungserfahrung, und die monologische Psychotherapie beendet.

Im nächsten Kapitel widmet sich der Autor dem dialogischen Ansatz in der klassischen Gestalttherapie. Dieser sei dort schon in den 1950er Jahren enthalten gewesen, später aber durch die im folgenden Kapitel erläuterten vier Phasen der dialogischen Entwicklung in der Gestalttherapie vertieft und klarer herausgearbeitet worden. Zu dieser dialogischen Wende in vier «Wellen»: Die erste Welle betont als theoretisches Merkmal das «Organismus-Umwelt-Feld», die zweite die Implizierung der Buber'schen «Ich-Du»-Beziehung in den psychotherapeutischen Kontext, die dritte die Intersubjektivitätstheorie und die vierte den «relationalen Grund». Hierbei wird ein dialogisches «Zwischen», ein «intersubjektives Drittes» postuliert. Mit Buber ist da auch die Anwesenheit des Göttlichen in der zwischenmenschlichen Begegnung gemeint, was sowohl der relationalen Psychoanalyse wie auch der Gestalttherapie etwas Transpersonales und einen religiösen Aspekt verleiht. Das dürfte sowohl in der rela-

tionalen Psychoanalyse wie auch in der Gestalttherapie nicht widerspruchlos aufgenommen werden.

In einem weiteren Kapitel werden Verbindungen des relationalen Paradigmas in der Psychoanalyse und ihre Auswirkungen auf die Gestalttherapie diskutiert. Durch das relationale Paradigma sieht der Autor eine Annäherung von Psychoanalyse und Gestalttherapie, die schon mit der Emigration des Ehepaars Perls in die USA und die bereitwillige Aufnahme in der interpersonalen psychoanalytischen «Washington School of Psychiatry» ihren Ursprung nahm. Manchmal hatte ich bei meiner Lektüre den Eindruck, es sei dem Autor wichtig, dass die Gestalttherapie sich an diese neue Form der Psychoanalyse anlehnen kann. Es könnte ja auch umgekehrt sein, bzw. hoffentlich sehen sich beide Schulen als selbstständig, aber in einem schulenübergreifenden, gegenseitig befruchtenden Dialog.

Zum Schluss zieht der Autor wieder den Bogen zur jüdischen Denktradition und «der Bedeutung unmittelbarer Begegnung von Mensch zu Gott und von Mensch zu Mensch» (S. 203). Er erwähnt hier nicht nur erneut Buber, sondern geht auch auf Merleau-Ponty, Gadamer und Lévinas ein.

In einer Zusammenfassung stellt Wegscheider dar, wie er sieben Jahre an diesem Buch gearbeitet hat. Er arbeitet einige Essentials heraus und skizziert Ideen für künftige Forschungsprojekte.

Das Buch ist interessant zu lesen und gibt eine Fülle von Informationen über die jüdische Denktradition und deren impliziten oder expliziten Einfluss auf Therapieverfahren, die von jüdischen Psychotherapeuten initiiert wurden.

Was inhaltlich fehlt, ist bei der Beschreibung der relationalen Wende eine Reflexion zur zeitgeschichtlichen Entwicklung des letzten und dieses Jahrhunderts. Psychotherapie-Konzeptionen entstehen nicht im luftleeren Raum, sondern immer in einem kulturellen und zeitgeschichtlichen Kontext. Deren Veränderungen auch. Gerade wer feldtheoretisch denkt, sollte dies nicht ausser Acht lassen. Unsere Zeit der sozialen Isolierung grosser Teile der Bevölkerung, nicht zuletzt unter dem Einfluss der IT-Entwicklung, hat neue Störungsbilder erzeugt, die eine Beziehungsorientierung mit einer tragfähigen menschlichen Grundlage in allen Therapieansätzen verlangt. Es fehlen auch Hinweise auf die wellenartige Entwicklung in der Verhaltenstherapie, die heute ebenfalls viel dialogischer daherkommt als in ihrer Gründungszeit und die der therapeutischen Beziehung deutlich höhere Bedeutung schenkt als früher.

Zu guter Letzt hätte ich dem Autor und seinem Text ein besseres, strengeres Lektorat gewünscht. Das Buch enthält viele Redundanzen, die man hätte vermeiden können. In verschiedenen Kapiteln liest man die fast identischen Sätze, die man früher schon gelesen hat. Das ist wohl der Tribut, wenn man sieben Jahre an einem Text gearbeitet hat und zwei Beiträge, die schon woanders publiziert waren, einfügt.

Dennoch: Das Buch ist lesenswert!

Peter Schulthess



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR GRUPPENDYNAMIK UND
ORGANISATIONSDYNAMIK



GRUPPENDYNAMIK KANN MAN SICH NICHT ENTZIEHEN

Die DGGGO e.V. bietet eine Vielzahl an gruppendynamischen Angeboten

Weiterbildung Trainer/in für Gruppendynamik

Weiterbildung Gruppendynamische/r Leiter/in und Berater/in

Weiterbildung Gruppendynamische/r Organisationsberater/in

Fachtagungen (öffentlich und intern)

Plattform für fachlichen Austausch und Vernetzung

Qualifikations- und Qualitätsstandards

Unterstützung von Forschungsprojekten & Veröffentlichungen

Die DGGGO e.V. ist ein Fachverband von Expertinnen und Experten, die sich empirisch mit den Wirkkräften und Prozessen in Gruppen und Organisationen beschäftigen. Die Gesellschaft hat es sich zum Ziel gesetzt, die Erforschung von Gruppen- und Organisationsdynamik in Theorie und Praxis weiter zu fördern sowie durch geeignete Standards eine hohe Qualität der Aus- und Weiterbildungen zu sichern.

Besuchen Sie unseren Veranstaltungskalender unter WWW.DGGGO.DE

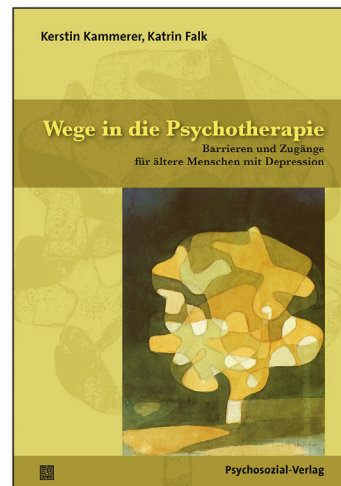
Joachim Küchenhoff
Depression



150 Seiten
Broschur • € 16,90 / CHF 24.90
ISBN 978-3-8379-2705-4

Joachim Küchenhoff stellt die wegweisenden psychoanalytisch orientierten Konzepte der Depression von den Anfängen bis heute vor, um im Anschluss eine innovative Typologie depressiver Störungen zu entwickeln. Anhand praktischer Fallbeispiele werden die therapeutischen Konzepte und Behandlungsempfehlungen verdeutlicht.

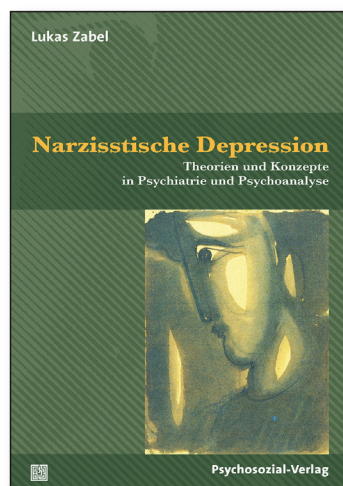
Kerstin Kammerer, Katrin Falk
Wege in die Psychotherapie
Barrieren und Zugänge für ältere Menschen mit Depression



218 Seiten
Broschur • € 22,90 / CHF 32.90
ISBN 978-3-8379-2742-9

Die Autorinnen beschreiben den Zugang älterer Menschen zur ambulanten Psychotherapie als mehrphasigen Prozess, bei dem eine Vielzahl von Akteur*innen zusammenwirkt. Anhand anschaulicher Fallbeispiele wird deutlich, dass ein gelingender Psychotherapiezugang sowohl von den Rahmenbedingungen des Versorgungssystems als auch vom Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteur*innen in den verschiedenen Phasen abhängt. Eine wichtige Rolle spielen dabei Hausärzt*innen und Psychotherapeut*innen.

Lukas Zabel
Narzisstische Depression
Theorien und Konzepte in
Psychiatrie und Psychoanalyse



146 Seiten
Broschur • € 19,90 / CHF 28.90
ISBN 978-3-8379-2885-3

Lukas Zabel untersucht die narzisstische Depression systematisch aus der Doppelperspektive von Psychiatrie und Psychoanalyse. Er macht auf Unzulänglichkeiten und Verkürzungen in der Narzissmus- sowie Depressionskonzeption des Diagnosemanuals DSM aufmerksam, zeigt Schwierigkeiten bei der Differenzialdiagnostik der narzisstischen Depression auf und zeichnet ein umfassendes Bild von Depression, Narzissmus sowie der narzisstischen Depression.

Serge K. D. Sulz
Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten
Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und
Zwangserkrankungen, Alkoholabhängigkeit
und chronischem Schmerz



ca. 230 Seiten
Broschur • € 26,90 / CHF 38.50
ISBN 978-3-8379-3019-1

Jenseits der Richtlinienpsychotherapie benötigen Psychiatrische Kliniken, Ambulanzen und Praxen kurze Interventionen, die im 20-Minuten-Setting der Sprechstunde und der Klinikvisite wirksam einsetzbar sind und die beim nächsten Gespräch nahtlos weitergeführt werden können. Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP bietet evidenzbasierte störungsspezifische Psychotherapie bei Depression, Angst, Zwang, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz.