

Depression und Dysthymia aus systemischer Sicht

**Im Rahmen der Weiterbildung zur Systemischen
Beraterin 2014 - 2016**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Epidemiologie/ Symptome	2
3	Erklärungsansätze und Behandlungskonzepte.....	3
4	Beschreibung der verschiedenen Systeme.....	5
4.1	Systemtheoretische Betrachtungen.....	5
4.2	Das soziale System	6
4.2.1	Muster im Kontext der Depression.....	6
4.2.2	Muster im Kontext der Dysthymia	7
5	Systemische Sichtweise.....	8
5.1	Infragestellung des Krankheitskonzepts/ Ressourcenorientierung.....	9
5.2	Neutralität	10
5.2.1	Konstruktneutralität.....	10
5.2.2	Veränderungsneutralität.....	10
5.2.3	Soziale Neutralität.....	11
5.2.4	Methodenneutralität, Grenzen der Neutralität.....	12
5.3	Setting.....	12
6	Prinzipien und Methoden.....	12
6.1	Prinzipien.....	12
6.2	Methoden	13
6.2.1	Zirkuläre Fragen	13
6.2.2	Narrative Methoden.....	14
6.2.3	„Verwirrende“ Wege	15
6.2.4	Veränderungen - pro und contra	15
6.2.5	Lösungsorientiertes Vorgehen.....	16
6.2.6	Rituale.....	16
7	Fazit	17
	Literaturverzeichnis	18

Gerade wenn man glaubt, etwas ganz
sicher zu wissen, muss man sich um
eine andere Perspektive bemühen.

(aus dem Film „Der Club der toten Dichter“)

1 Einleitung

Die Depression gehört zu den häufigsten psychischen Krankheiten – mit individuellen und gesellschaftlichen Folgen. Die Zahlen sind steigend – sie wird als Volkskrankheit tituliert.¹

Während der Ausbildung bei animus stellte ich fest, dass es in vielen Familien um Depressionen in irgendeiner Form geht, jedoch verschieden damit umgegangen wird.

Mich interessierte dieses Thema sofort und ich begann mich aktiv damit zu beschäftigen - insbesondere mit den verschiedenen Therapiemöglichkeiten. Ich stellte schnell fest, dass die Systemische Beratung/ Therapie nicht zu den allgemein empfohlenen Behandlungsmöglichkeiten gehören. Dies verstand ich umso weniger, je weiter die Ausbildung zur Beraterin fort schritt und ich die Vorzüge dieses Beratungs- bzw. Therapieansatzes immer mehr kennenlernen und schätzen konnte.

Schließlich stieß ich im Internet auf ein neu erschienenes Buch zum Thema Depressionen. Dieses gehört zu einer Reihe von Büchern „Störungen systemisch behandeln“. Ich war zunächst einmal froh, dass das Thema nicht völlig den klassischen Behandlungsmethoden überlassen wird und las die Ausführungen des Buches mit großem Interesse.

Für mich ist es nur konsequent, nach alternativen Behandlungsmethoden zu suchen, gerade weil viele Menschen betroffen sind. Ich glaube, oft sind die Denkweisen viel zu sehr eingefahren – die alten Therapieformen haben sich mehr oder weniger bewährt und werden daher beibehalten. Die steigenden Zahlen der Betroffenen zeigen jedoch, dass es an der Zeit ist, über neue Möglichkeiten nachzudenken, welche vielleicht völlig neue Perspektiven eröffnen können.

Zur besseren Lesbarkeit habe ich in der Folge die männliche Form gewählt, die weibliche Form ist selbstverständlich eingeschlossen.

Ich werde zunächst kurz Symptomatik und Epidemiologie erläutern, danach Erklärungsansätze beleuchten, um dann verschiedene Systeme, Muster sowie Aspekte der systemischen Sichtweise darzustellen. Daraufhin beschreibe ich Prinzipien und Methoden, um danach kurz zu resümieren.

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015).

2 Epidemiologie/ Symptome

Um einen kurzen Überblick zu geben, beginne ich mit den Kernsymptomen der sogenannten Depressiven Episode (ICD-10).

Diese sind wie folgt: Depressive, gedrückte Stimmung; Interessen- und Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderter Antrieb sowie Aktivitätsverlust. (Mindestdauer 2 Wochen). Daneben gibt es Zusatzsymptome. Des Weiteren wird nach phänomenologischen Kriterien unterschieden: Schwere, Auftreten somatischer beziehungsweise psychotischer Symptome und Verlauf. Bei der Dysthymia ist die Symptomatik weniger schwer ausgeprägt. (Depression: Mindestdauer der Symptomatik 2 Wochen oder ungewöhnlich schwer/ Dysthymia: Mindestdauer 2 Jahre).

Depressionen sind mit 15 % die in der Allgemeinpraxis häufigsten psychiatrischen Störungen. 20 % der Depressionen nehmen einen chronischen Verlauf und bei 30 % muss mit einem kumulativen Verlauf gerechnet werden. Das Geschlechterverhältnis liegt bei 2: 1, d. h. doppelt so viele Frauen wie Männer, bei chronischen Verläufen: 3: 1.

Die Lebenszeitprävalenz für Dysthymia wird mit 2,5 % angegeben.

Im Durchschnitt liegt das Ersterkrankungsalter bei ca. 30 Jahren. Hierbei sind Frauen zahlenmäßig wesentlich häufiger betroffen, als Männer.

Je schwerer die Depression ist, desto kleiner wird jedoch der zahlenmäßig erfasste Unterschied. Als Grund wird genannt, dass die Störung bei Männern oft unterdiagnostiziert, weil nicht als solche erkannt wird. So werden beispielsweise Aggressivität und erhöhter Alkoholkonsum nicht zu den Depressionssymptomen gezählt, obwohl diese zur Kompensation dienen können.² Daran ist m. E. zu sehen, dass genannte Zahlen nur als Richtwerte gelten können.

Der Verlauf von Depressionen ist meist rezidivierend und episodisch. Das Rückfallrisiko steigt nach jedem erneuten Rückfall. Die Wahrscheinlichkeit einer zweiten Episode wird mit 50 bis 60 % angegeben, nach der dritten Episode werden mit 90 % iger Sicherheit weitere Episoden prognostiziert.

Im höheren Lebensalter wird häufig eine Chronifizierung festgestellt, die einzelnen Episoden dauern oft länger, als bei jüngeren Menschen.

² Vgl. Uniklinikum Regensburg (2009).

Interessanterweise werden die ehelichen und partnerschaftlichen Beziehungen als wichtiger Aspekt für den Langzeitverlauf depressiver Störungen erachtet. So besteht ein höheres Rückfallrisiko bei Unzufriedenheit in der Beziehung.

Der Beginn einer Dysthymia ist oft bereits in der späten Adoleszenz. Sie verläuft längerfristig und das Rückfallrisiko ist höher als bei depressiven Episoden.³

3 Erklärungsansätze und Behandlungskonzepte

Ein dominierender Erklärungsansatz ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, auf dessen Basis heute neurobio-psychosoziale Krankheitsmodelle favorisiert werden. Hier wird davon ausgegangen, dass sich sowohl eine genetische Prädisposition, Faktoren der Persönlichkeit, physikalische Aspekte (z. B. Lichtmangel) als auch psychosoziale Belastungen auf das Neurotransmittersystem auswirken und so die depressiven Symptome ausgelöst werden können. Wie viel die einzelnen Faktoren beitragen, ist offen. Ein belastendes Lebensereignis während der vergangenen zwölf Monate vor Beginn der Diagnose wird bei 75% der Betroffenen festgesellt. Des Weiteren aktuelle allgemeine problematische Lebensereignisse sowie Ereignisse aus der Kindheit. Auch die erlernte Hilflosigkeit ist ein wichtiger Aspekt.⁴

In der klassischen Behandlung depressiver Störungen wird die Kombination einer Psychopharmakotherapie zusammen mit Psychotherapie favorisiert. Verhaltenstherapie ist hier möglich, jedoch steht die Psychoanalyse beziehungsweise der psychodynamische Ansatz im Vordergrund.⁵

Daher gehe ich in der Folge auf den psychodynamischen Ansatz ein.

Hier wird ein emotionaler Mangel in der frühen Kindheit vorausgesetzt, welcher zu einem geringen Selbstwertgefühl und einer „Lebensunfähigkeit“ führt. Speziell bei der Depression wird von einem traumatischen Kindheitserlebnis gesprochen. Dies führe dazu, dass, wenn im späteren Leben eine Bezugsperson – aus welchen Gründen auch immer – nicht mehr verfügbar sei, das frühkindliche Trauma wieder aktiviert werde. Um dies zu ertragen, erfolge ein Abwehrmechanismus, die Introjektion. Dieser Mechanismus wird als „Einverleibung“ bezeichnet. Werte, Objekte, aber auch Menschen können „einverleibt“ werden. Wut und

³ Vgl. Ruf (2015): S. 20ff.

⁴ Vgl. Ruf (2015): S. 23f.

⁵ Vgl. Ruf (2015): S. 24f.

Trauer auf den beispielsweise nicht mehr verfügbaren Menschen werde vermieden – durch die Aufnahme in das eigene Ich könne weiterhin idealisiert werden. Das Ich ziehe sich nun ohnmächtig von der Umwelt zurück. Durch den Verlust werde beim Überich Aggressivität ausgelöst, welche sich nun gegen das Ich mit Selbstanklagen bzw. Selbstentwertungen wende. Anstelle der abgewehrten Wut und Trauer trete dann die eigene Selbstentwertung.

Bei der Dysthymia wird davon ausgegangen, dass dem Betroffenen etwas Gewichtiges fehlt. Es entstehe nun eine Kompensation durch Abhängigkeitsbeziehungen, was ein Klammern zur Folge habe. Daraus erfolgten oft Beziehungsprobleme, welche den Betroffenen wiederum frustrieren. Dadurch werde Aggression ausgelöst, die jedoch unterdrückt (Über-Ich) und gegen sich selbst gerichtet werde.

Für eine Psychoanalyse werden innerhalb von zwei bis vier Jahren 240 bis 300 Sitzungen, bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die sich einen zentralen Konflikt konzentriert, ca. 25 bis 100 Sitzungen geplant.⁶

M. E. spricht schon die Menge der benötigten Sitzungen dafür, dass sich der Betroffene ausführlich mit allen Problemen (und Ungerechtigkeiten) seines bisherigen Lebens beschäftigt. Es werden möglicherweise umfassende Schuldzuweisungen an die Umwelt und an sich selbst die Folge sein – außerdem besteht die Möglichkeit einer Problemtrance. Eine Alternative hierzu kann der systemische Ansatz bieten, da er nicht in Problemen verharret, sondern lösungsorientiert ist.

Der systemische Erklärungsansatz geht davon aus, dass medizinisch diagnostizierte Störungen als „Etiketten“ für nicht erklärbare Verhaltensweisen bezeichnet werden können; auch Symptome genannt. Symptome werden daher als ein zu bestimmten Zeiten passendes Konstrukt beschrieben – hilfreich für den Menschen bzw. eine ganze Familie. Die Ursache einer Depression ist aus systemischer Sicht nicht festzumachen. Auch wenn sich bestimmte Korrelationen zeigen, kann die Kausalität nicht objektiv zugeschrieben werden. Symptome können als Reaktionen auf veränderte Umweltbedingungen, welche das System gefährden könnten, beschrieben werden. In der systemischen Therapie wird daher nach Problemen im System gesucht, für die das Symptom eine Lösung sein könnte. Dies geschieht gemeinsam mit dem Klienten in Form einer Wirklichkeitskonstruktion.⁷

⁶ Vgl. Ruf (2015): S. 30ff.

⁷ Vgl. Ruf (2015): S. 42f.

4 Beschreibung der verschiedenen Systeme

4.1 Systemtheoretische Betrachtungen

Das bereits erwähnte Vulnerabilität-Stress-Modell wird in der Literatur oft verwendet, um psychische Störungen zu erklären. Ruf definiert m. E. sehr treffend: „Aus systemischer Sicht könnte Vulnerabilität wertungsfrei als eine Neigung des psychischen Systems bezeichnet werden, bei bestimmten Irritationen durch das soziale oder biologische System bevorzugt mit Formen des Erlebens zu reagieren, die ein Beobachter (nach den Definitionen des Gesundheitssystems) als krankhaft einstufen würde.“

Es wird zum ersten in das *biologische System* unterschieden, welches die Vulnerabilität fördern kann, beispielsweise durch genetische Anlagen (Prozesse im Stoffwechsel) oder Veränderungen in der Hirnentwicklung (Erlebnisse von Missbrauch). Zum zweiten in das *psychische System*, in welchem „problematische Denkmuster“ zur Vulnerabilität beitragen. Als Beispiel wird hier genannt, dass viele depressive Menschen sich von der Meinung anderer abhängig machen und glauben, sie können nur glücklich sein, wenn sie von jedem akzeptiert werden. Als dritte Unterscheidung erfolgt das *soziale System*. Hier werden Traumatisierungen genannt, die dazu führen, dass das *psychische System* oft mit Wirklichkeitskonstruktionen reagiert, die einen Schutz gegen neue Traumatisierungen bilden sollen. Depressiver Rückzug und Misstrauen sind hierbei Möglichkeiten.

Innere oder äußere Reize, die Stress verursachen, die sogenannten Stressoren, können nun, wenn sie zur Vulnerabilität hinzukommen, die gewohnten Systemprozesse verändern bzw. stören. Das *psychische System* reagiert daraufhin mit Veränderungen, dadurch auch das *soziale System* aufgrund des veränderten Verhaltens. Diese Veränderungen können als sogenannte depressive Symptome erachtet werden. Eine Stabilisierung dieser Symptome, kann aufgrund zirkulärer Prozesse stattfinden. So kann die Besorgnis, dass eine depressive Phase bevorstehen könnte, zur extremen Selbstbeobachtung und zur selbst erfüllenden Prophezeiung werden, wenn die Stimmung aus verschiedenen Gründen einmal nicht so gut ist. Im *sozialen System* kann durch das veränderte, symptomatische Verhalten der Stressor ausgeschaltet werden. Dies führt dann wieder zur Verstärkung des Verhaltens, um danach wieder den Stressor auszuschalten – ein zirkulärer Prozess. Auch im biologischen System ist es möglich, dass ein zirkulärer Prozess zur Manifestierung beiträgt. Aufgrund eines psychischen Rückzugs, können durch Nichtnutzung von Gehirnarealen entsprechende

Synapsenverbindungen abgebaut werden, was dazu führen kann, dass es nach einiger Zeit schwieriger für den betroffenen Menschen wird, aktiv zu sein.⁸

Im Folgenden möchte ich noch einmal fokussiert auf das *soziale System* eingehen.

4.2 Das soziale System

Im Folgenden werden Muster im sozialen System beschrieben, die in Verbindung mit Depression und Dysthymia gebracht werden. Das Kennen dieser möglichen Muster kann für die Bildung von Hypothesen hilfreich sein.

4.2.1 Muster im Kontext der Depression

In der Literatur werden charakteristische Muster beschrieben, die häufig in Familien mit depressiven Familienmitgliedern vorkommen. Jedoch wird ausdrücklich davor gewarnt, diese möglichen Muster als Ursache zu erachten.

Bei Menschen, die unter Depressionen leiden, könne es oft an Geborgenheit in der Herkunftsfamilie gefehlt haben, die eher ein emotional kaltes Klima hatte, was in der Folge die Qualität der Beziehungen beeinflusse. Oft existierten starre Vorstellungen und Normen innerhalb der Familie, in der ein Elternteil häufig dominant, der andere schwach sein könne. Eine weitere Möglichkeit sei, dass ein Elternteil das Kind ablehne und der andere es beschütze, ohne jedoch auf die emotionalen Bedürfnisse wirklich einzugehen. Bei Verhaltensweisen entgegen elterlicher Erwartungshaltung, drohender Liebesentzug. Des Weiteren Weckung von Schuldgefühlen und Druck, die Systemregeln nicht zu brechen. Versagensgefühle könnten dadurch entstehen, dass der hohen elterlichen Erwartungshaltung nicht entsprochen werden kann.

Für die „emotionale Unterversorgung“ in der Herkunftsfamilie kann später eine Kompensation in der eigenen Partnerschaft gesucht werden. Das heißt einen selbstlosen, beschützenden, emotional versorgenden Partner. Wenn die Erwartungen nicht erfüllt würden, könne der Betroffene sich enttäuscht zurückziehen. Dies könne auch durch Kränkungen beispielsweise im Arbeitsumfeld geschehen, was sich dann auch auf die Partnerschaft auswirke. Da der Betroffene sich oft lange anpasse, um Streitigkeiten zu meiden, sehe er sich nun verraten, fühle sich gekränkt und gehe in den depressiven Rückzug. Nun könne er möglicherweise feststellen, dass er durch die depressiven Symptome Nutzen ziehe. In der Familie erlebe er gesteigerte Zuwendung, eine Krankschreibung sei möglich, selbst die Herkunftsfamilie reagiere möglicherweise mit gesteigerter Aufmerksamkeit, da der Betroffene nun als krank betrachtet werde.

⁸ Vgl. Ruf (2015): S. 44ff.

Gemäß Studien lassen sich bereits zu Beginn der Beziehung Prognosen über die Möglichkeit einer Depression eines Partners ableiten. Hierbei wurde eine Korrelation zwischen depressiver Symptomatik und Konfliktvermeidung festgestellt.

Der nicht depressive Partner könne die Erwartungen, auch wenn er sich sehr bemühe, nicht erfüllen. Durch „depressive Hilflosigkeit“ werde er nun dafür „bestraft“ und bemühe sich dadurch umso mehr. Da er sich nicht in der Lage sehe, seinem Partner zu helfen, entwickle er Schuldgefühle, aber auch einen Widerwillen beziehungsweise eine gewisse Aggression gegenüber dem Partner. Der depressive Partner reagiere darauf oft mit depressivem Rückzug und Autoaggression. Der Beginn eines Kreislaufs.

Des Weiteren werden verschiedene Beziehungsmuster in Familien beschrieben, welche eine Korrelation mit Depressionen haben können. Zunächst könne ein Partner durch depressive Symptome des anderen Partners indirekt zu mehr Aufmerksamkeit aufgefordert werden. Es zeige sich auch, dass depressive Menschen oft das Gefühl haben, es dürfe ihnen nicht besser ergehen als ihren Eltern, falls diese ein schweres Schicksal hatten. Dies könne einerseits zum Helfersyndrom führen und andererseits zu Depressionen.

Es wird zusammengefasst, dass in einer Partnerschaft ein Partner durch die depressiven Symptome des anderen Partners in irgendeiner Form gebunden wird. So werden auch als hohe Werte einer Familie mit einem depressiven Mitglied Konfliktfreiheit und Zusammenhalt genannt.⁹

4.2.2 Muster im Kontext der Dysthymia

Auch hier ist klar zu betonen, dass keine lapidare Zuschreibung der Symptomatik auf die Erfahrungen in der Kindheit möglich ist. Es besteht jedoch aufgrund von Studien und Statistiken eine gewisse Korrelation zwischen bestimmten Familienmustern und der jeweiligen Diagnose. Dadurch wird die Hypothese aufgestellt, dass das Symptom als Lösung für die Autopoiesen des sozialen Familiensystems bestehe, welches von den Familienmitgliedern als gefährdet erachtet werde.

Im Kontext der Depression wurde die elterliche Beziehung der Herkunftsfamilie als zumindest nach außen hin harmonisch beschrieben. Im Kontext der Dysthymia wird hier eine konfliktreiche und unharmonische Ehebeziehung vermutet. Hier bezögen Eltern in ihre ehelichen Konflikte die Kinder manipulativ mit ein, es geht um Allianzen und damit einhergehende Loyalitätskonflikte des Kindes. Halte das Kind mehr zu einem Elternteil, so zeige sich dieser mitfühlend und beschützend, während der andere Elternteil sich

⁹ Vgl. Ruf (2015): S. 53-56.

herabsetzend gegenüber dem Kind verhalte. Das Verhalten könne sich – je nach Lage – jederzeit ändern, was das Abschätzen und Erlernen vom Umgang mit Nähe und Distanz für das Kind erschwere.

Die Folge könne dann in einer späteren Partnerschaft, zum Ausgleich zur frustrierenden Situation in der Herkunftsfamilie, eine erhöhte Erwartungshaltung sein. Da diese kaum zu erfüllen sei, sei Enttäuschung und Verstimmung oft determiniert. Im Unterschied zum Kontext der Depression, werde im Kontext der Dysthymia kein beschützender sondern ebenbürtiger Partner gesucht, da bestenfalls eine Ablösung zu dem beschützenden Elternteil stattgefunden habe. Die eigene Partnerschaft solle nun nicht von Manipulationen geprägt sein. Aufgrund der Erfahrungen in der Herkunftsfamilie könne der Wunsch des Partners nach Zuneigung falsch eingeschätzt und mit „Machtspielen“ darauf reagiert werden. Bevor die Situation eskaliere, erfolge eine Art von Harmonisierung.

Als Beispiel für ein Muster, das zur Chronifizierung beitragen könne, wird genannt, dass der Partner den Wunsch nach mehr Zuneigung als zu fordernd wahrnehme und daher ablehnend reagiere. Dies führe zur Wut beim Partner und zu Herabsetzungen, gemäß der Herkunftsfamilie. Durch einen Rückzug des Partners, der mit Aggressivität verbunden sein könne, werde nun Traurigkeit erzeugt. Der Partner reagiere darauf oft mit Annäherung, was eine Verbesserung der traurigen Stimmung hervorrufe.¹⁰

5 Systemische Sichtweise

Bei akuten Fällen – beispielsweise Suizidgefahr – ist eine Schonung des Betroffenen und eine Medikation oft angezeigt. „In einer Akutsituation hat sich die Wirklichkeitskonstruktion einer „Krankheit“ bewährt.“ Jedoch widerstrebt es der systemischen Haltung eine Unterscheidung zwischen schweren und leichten Fällen durchzuführen. Dies ist damit begründet, dass wenn ein Klient sich selbst als „schweren Fall“ sieht, sich eine gewisse Hoffnungslosigkeit im Hinblick auf positive Veränderungen einstellen kann. Somit kann die notwendige Energie, die für eine Veränderung so wichtig ist, bereits erstickt werden. Lösungsversuche finden dann erst gar nicht statt und somit kann eine sich selbst erfüllende Prophezeiung eintreten, die letztendlich zur Chronifizierung beitragen kann.

In der Tat kann eine systemische Therapie helfen, Denkmuster aufzudecken und alternative Optionen z. B. im Zusammenleben mit anderen Familienmitgliedern zu finden, so dass im

¹⁰ Vgl. Ruf (2015): S. 58ff.

besten Fall die depressive Symptomatik keine Funktion mehr erfüllt und somit ein besseres Leben möglich wird.

Wichtig ist dabei die systemische Sichtweise, den Betroffenen entscheiden zu lassen, was gerade für ihn hilfreich ist. Nur dann, wenn er selbst an den Nutzen glaubt, wird er von der Beratung profitieren.

Nichtsdestotrotz sollen Aufträge des Klienten auch hinterfragt werden können, damit der Klient die Möglichkeit hat, Chancen, Risiken und Konsequenzen, die er vielleicht nicht in seine Überlegungen mit einbezogen hat, abzuwägen. „Kundenorientiertes Vorgehen bedeutet, dem Patienten möglichst viel Verantwortung und damit auch Entscheidungsfreiheit für seine Lebensgestaltung zu überlassen, ohne ihn damit zu überfordern.“ Eine Grenze wird dort gezogen, wo es um Eigen- oder Fremdgefährdung geht.¹¹

5.1 Infragestellung des Krankheitskonzepts/ Ressourcenorientierung

Die „Krankheit“ im Allgemeinen und die „Depression“ im Besonderen sind aus systemischer Sichtweise Konstrukte, die sinnvoll, aber auch einschränkend wirken können. Hier kann ein Reframing, d. h. Umdeutung hilfreich sein. Veränderungen können eintreten, wenn der „Bezugsrahmen des Pathologischen“ verlassen und der Depression eine andere Bedeutung gegeben wird. So kann es in der Konsequenz für den Betroffenen einen Unterschied machen, ob seine Verhaltensweisen als Krankheitssymptome oder als von ihm steuerbares Verhalten eingeschätzt werden.

Ruf zitiert Schlippe und Schweitzer mit folgender Definition: „*Problem* kann definiert werden als etwas, das von jemandem einerseits als unerwünschter und veränderungsbedürftiger Zustand angesehen, andererseits aber auch als prinzipiell veränderbar angesehen wird.“

Daraus ist zu schließen, dass Probleme keine Funktionsstörung von Menschen sind, sondern durch schwierige Situationen entstehen können. Schwierige Kommunikation kann ausgelöst werden und dann zu einem „Problemsystem“ führen. Die Konstruktion der Wirklichkeit in Zusammenhang mit dem Problem ist mit negativen Gefühlen verbunden. Symptomatisches Verhalten kann auch als Versuch ein Problem zu lösen wahrgenommen werden. Antriebsarmut – eine Symptomatik bei Depressionen, kann somit als Versuch gedeutet werden, den Familienfrieden nicht durch aggressives Verhalten, das sonst zutage träte, in Gefahr zu bringen.

Dies ist ein Ansatz mit dem weiter gearbeitet werden kann, wenn der Klient dies möchte. Das heißt, er kann vom Therapeuten angeboten werden, jedoch gilt grundsätzlich, dass der Auftrag

¹¹ Vgl. Ruf (2015): S. 63ff.

vom Klienten kommen muss und der Therapeut letztendlich nicht etwas problematisieren soll, was für den Klienten kein Problem darstellt.

Auch kann der Auftrag ambivalent sein, beispielsweise wenn der Klient einerseits schon ein beschwerdefreieres Leben, andererseits aber auch eine frühzeitige Gewährung der Rente aufgrund von Depression anstrebt. Es ist dann zu entscheiden, ob ein solcher Auftrag angenommen werden kann. In jedem Fall sollte der Klient vor einer erfolgreichen Therapie „gewarnt“ werden. Die systemische Haltung beinhaltet, dass dem Klienten Veränderung zugetraut wird sowie die Fähigkeit der Problemlösung. Es wird davon ausgegangen, dass bisher Gründe vorlagen, die gegen eine Veränderung sprachen. Mit Respekt sollen die bisherigen Versuche, Probleme zu lösen, vom Berater anerkannt werden. Die systemische Haltung ist ressourcenorientiert und daher soll gemeinsam mit dem Klienten nach passenderen Lösungen gesucht werden.¹²

5.2 Neutralität

Durch die neutrale Haltung des Beraters wird der Klient ernst genommen und er kann selbst Entscheidungen treffen. „Das systemische Konzept zur Würdigung der Ambivalenzen des Klienten oder seiner Familie ist Neutralität.“ Diese Sichtweise bildet m. E. eine gute Arbeitsgrundlage.

Es gibt verschieden Arten von Neutralität, die ich in der Folge gerne näher erläutern möchte.

5.2.1 Konstruktneutralität

Lebensentwürfe, Bewertungen und nicht zuletzt Krankheitstheorien werden hier nicht vom Berater als gegeben hingenommen, sondern in Frage gestellt. Verschiedene Konstruktionen der Wirklichkeit können z. B. bei Bewertungen angewendet und die daraus resultierenden Konsequenzen mit dem Klienten zusammen erörtert werden. Hierbei geht es nicht um (vermeintliche) Wahrheit, sondern um Nützlichkeit von Konstrukten.

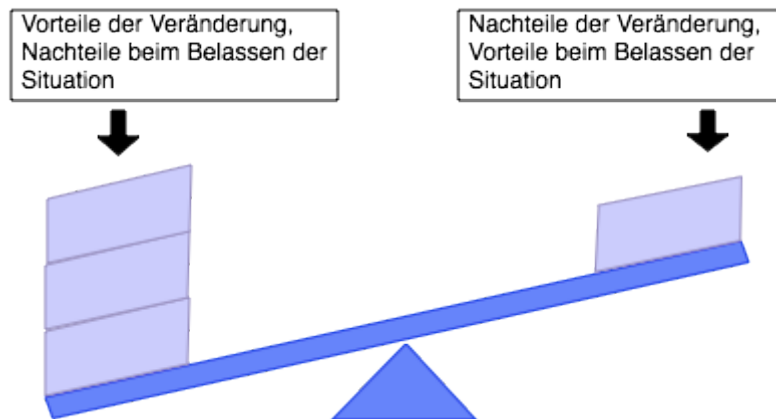
Ein Beispiel hierfür: „Angenommen, Ihre Depression wäre nicht mit einer Störung des Stoffwechsels zu begründen, sondern Sie hätten Gründe sich immer mal wieder von Ihrem Mann zurückzuziehen. Was würden Sie dann ändern?“

5.2.2 Veränderungsneutralität

Veränderung oder Nicht-Veränderung? Allein der Klient entscheidet, ob er tatsächlich einen Wandel möchte. Die Motivation ist auch darin ersichtlich, dass Klienten manchmal bereits in der ersten Sitzung berichten, dass bereits nach der Terminabsprache eine Veränderung eintrat.

¹² Vgl. Ruf (2015): S. 67ff.

Die Entstehung von Motivation in die eine oder andere Richtung entsteht oft nicht bewusst. Am Beispiel einer Waage kann dies verbildlicht werden.



Quelle: Die Waage der Ambivalenz, modifiziert nach Miller u. Rollnick 2004, Ruf (2015): S. 72.

Die Auswirkungen einer Depression, die für den Klienten positiv sind – beispielsweise besondere Rücksichtnahme der Familie – werden bei psychischen Störungen auch als ‚Krankheitsgewinn‘ bezeichnet. Dieser kann noch einmal in den primären, sekundären und tertiären Krankheitsgewinn heruntergebrochen werden. So soll der primäre Krankheitsgewinn bei der „Entlastung der inneren Konfliktspannung“ liegen, der sekundäre Gewinn schafft soziale Vorteile und beim tertiären Krankheitsgewinn profitiert das soziale System.

Wenn daher der Krankheitsgewinn sehr hoch ist, dann ist es möglich, dass die Waagschale „Status quo“ sinkt. Leidet der Betroffene jedoch sehr unter der Diagnose Depression, z. B. wegen beruflicher Zurücksetzung oder Gewichtszunahme aufgrund der Medikamentisierung, dann ist die Motivation für ein Lösungsmodell sehr hoch gegenüber dem Modell einer wenig beeinflussbaren Störung, die eventuell noch teilweise genetisch begründet wird. Die Waagschale für die Veränderung wird nach oben gehen.

Diese Ambivalenzen werden in einer systemischen Beratung respektiert.

5.2.3 Soziale Neutralität

Diese ist nicht immer einfach, jedoch sehr wichtig. Deshalb sollte sie vom Berater auch manchmal hinterfragt werden.

Wenn z. B. mit einer Familie gearbeitet wird, dann könnte der Mann gefragt werden, was er glaubt, dass der Berater sagen müsste, dass die Frau zu der Überzeugung gelangt, der Berater stehe auf Seiten des Mannes.

5.2.4 Methodenneutralität, Grenzen der Neutralität

Bei der Methodenneutralität wird dem Klienten die Wahl der Methoden überlassen. Er kann die Vorgehensweise selbst entscheiden, auch hat er die Möglichkeit Entscheidungen zu revidieren und neue Wünsche einzubringen.

Die Grenzen sind beispielsweise bei Kindeswohlgefährdung, Gewalt oder Suizidalität gegeben. Sie ist dann erreicht, wenn ein Berater die neutrale Haltung nicht mehr verantworten kann.¹³

5.3 Setting

Auch beim Setting zeigt sich die systemische Haltung, da bereits hier die Ziele und Wünsche des Klienten im Vordergrund stehen. So können die Gespräche beispielsweise im Kontext von Einzelberatungen, Paarberatungen oder Familienberatungen stattfinden. Es wird empfohlen, dass sofern der Klient in einer Familie lebt, diese zu Informationszwecken mit einbezogen wird. Jedoch tendieren viele Klienten zur Einzeltherapie, was mit dem Wunsch zu weniger Abhängigkeit der Familie gegenüber begründet ist. Es werden hier in der Regel zwischen fünf und zwanzig Sitzungen empfohlen, die ca. vierwöchig stattfinden – wobei dies sehr flexibel gestaltet werden sollte.¹⁴

6 Prinzipien und Methoden

6.1 Prinzipien

In der lösungsorientierten Beratung gibt es verschiedene Prinzipien:

Das Prinzip der Utilisation, welches die Ressourcen der Klienten betont. „Klienten sind Experten für ihr Leben“.

Das Prinzip der Konstruktivität, das bedeutet, dass das was wir als Wirklichkeit betrachten, konstruiert ist – einschließlich der Probleme. Folglich kann, was konstruiert ist, auch umkonstruiert werden.

Das Prinzip der Lösungsorientierung bedeutet, dass der Beratungssinn darin besteht, eine Lösung zu konstruieren.

Das Prinzip der Minimalintervention „Wenn etwas nicht kaputt ist, dann repariere es auch nicht.“

Ein für mich besonders wichtiges und hilfreiches Prinzip, gerade im Kontext der Depression, ist das Prinzip der Veränderung – „Lösung bedeutet Veränderung“. Hier geht es um die

¹³ Vgl. Ruf (2015): S. 70-75.

¹⁴ Vgl. Ruf (2015): S. 63.

Veränderung von Wahrnehmungen, Verhaltensmustern, Gedanken etc.. Ein Schritt der Veränderung kann Eigendynamik entwickeln. Ein Prozess der Veränderung kann über Rückwirkungen in Gang gesetzt werden.¹⁵

6.2 Methoden

6.2.1 Zirkuläre Fragen

Diese sind nicht nur hilfreich, um Informationen über Prozesse innerhalb eines Systems zu gewinnen, sondern stellen auch eine Intervention dar. Durch die Metakommunikation, d. h. Erklärungsvermutungen und Bewertungen anderer Systemmitglieder können zum einen die Wirklichkeitskonstruktionen in diesem System herausgearbeitet werden. Zum anderen können neue Wirklichkeitskonstruktionen angeboten werden, um die Optionen bezüglich der Denkweise und des Verhaltens in einem System zu erweitern. Als eine Form der zirkulären Fragestellung wird auch das Entstehen lassen und Verdeutlichen von Unterschieden genannt. Eine Unterscheidung in einer Familie betrifft oft mehrere Mitglieder, es werden hierbei Beziehungen definiert, welche zirkulär sind.

Durch die zirkulären Fragen können auch Unterschiede in Form neuer Sichtweisen entstehen. Konstruktionen der Wirklichkeit, die sich vom bisherigen Denken unterscheiden und vielleicht als passender empfunden werden. Sie können Lösungen bieten.

Interessant ist auch das Herstellen einer Außenperspektive. Häufige lineare kausale Ursache- und Schuldzuweisungen können aus der Metaperspektive des Futurs II anders empfunden werden. Da die Zukunft aus dieser Perspektive zur Vergangenheit wird, werden nun eigene und fremde Handlungen – Ursache und Wirkung – miteinander verknüpft.

Zirkuläre Fragen können zur Exploration verschiedener Bereiche hilfreich sein:

- Auftragsklärung
- Möglichkeitsraum
- Ressourcen
- Zirkuläre Prozesse im psychischen System
- Zirkuläre Prozesse im sozialen System (triadische Fragen)
- Therapeutisches System
- Rückfallprophylaxe¹⁶

¹⁵ Vgl. Bamberger (2007): S. 739f.

¹⁶ Vgl. Ruf (2015): S. 107-110.

6.2.2 Narrative Methoden

Wie ein Mensch seine Biografie aus Geschichten konstruiert, kann für ihn positiv sein, aber auch unglücklich machen. Eine sogenannte Problemgeschichte entsteht, wenn die Erfolge vergessen, dafür aber alle Misserfolge akribisch aneinandergereiht werden. Dies führt zu einem negativen Selbstbild und wenig Selbstbewusstsein.

Hier wird die Möglichkeit genannt, dass bei für den Klienten problematischen Wirklichkeitskonstruktionen der Berater Alternativen anbietet, mit denen der Klient besser weiterleben kann. M. E. ist aus systemisch-konstruktivistischer Sicht die zweite Möglichkeit vorzuziehen, in der der Klient zu einer neuen Sichtweise angeregt wird, indem er beispielsweise die eigene Biographie weiterdenkt.

Wichtig ist vor allen Dingen, eine Verschiebung des Fokusses auf die vergessenen positiven Aspekte, die Stärken und Ressourcen, um dem Klienten zu einer nützlicheren Sichtweise zu verhelfen.

Oft möchten Klienten auch, dass ihre bereits erlebten depressiven Episoden mit Sinnhaftigkeit erfüllt werden und so ihren sinnvollen Platz in der Lebensgeschichte finden. Auch wenn Zusammenhänge mit verschiedenen Situationen im Leben bewusst werden, ist dies hilfreich. Diese Thematik kann in einem Gespräch bearbeitet werden.

Durch positive Konnotation können Verhaltensweisen, welche oft symptomatisch sind und beim Betroffenen keine positive Selbstsicht zulassen, umgedeutet werden. D. h. es werden Negativbewertungen (z. B. antriebslos) durch positive Bewertungen (z. B. geht ökonomisch mit der Energie um) ersetzt.

Metaphern sind ein Teil unserer Sprache. Wenn Klienten ihre Wirklichkeitskonstruktion schildern, sind Metaphern oft ein wichtiger Bestandteil. Jedoch können diese zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden, da zum Beispiel mit „notwendige Stütze“ bereits eine defizitäre und nicht zu ändernde Situation geschildert wird, was die Suche nach Veränderungen und Lösungen hemmt. Statt einer defizitorientierten Beschreibung (Depression als Krankheit) kann metaphorisch vom „Rückzug in die Depression“ gesprochen werden. Diese Metapher betont die Möglichkeit der Beeinflussung durch aktive Handlung und kann neue Denkprozesse auslösen.¹⁷

¹⁷ Vgl. Ruf (2015): S. 111-117.

6.2.3 „Verwirrende“ Wege

„Verwirrung ist stets der Beginn kreativen Wandels“¹⁸. Als „Meister der Verwirrung“ wird Milton Erickson bezeichnet. Dieser sprach oft mit Klienten über Lösungen zu Themen, die gar nicht als Problem gesehen wurden. Beispielsweise soll er mit einem Paar über ein festliches Essens geredet haben. Über Vorspeise, Zwischengericht, Haupt- und Nachspeise, darüber hinaus über Zeit, Genuss und Muße während des Essens. Auch über die passende Musik sowie Kerzen und Tischdekoration. Es wurde dabei nicht über Sexualität gesprochen, was das eigentliche Thema des Paares war.

Lankton und Lankton setzten „metaphorische Rituale“ ein. Beispielsweise gaben sie ihren Klienten den Auftrag, in den frühen Morgenstunden den Sonnenaufgang auf einem Berg zu nutzen, um dort die Aufgabe der meditativen Betrachtung eines bestimmten Steins zu erfüllen. Auch dies betraf nicht wirklich das eigentliche Problem der Klienten, verwirrte jedoch und setzte neue Ideen in Gang.

M. E. können gerade diese etwas ungewöhnlicheren Wege viel Bewegung in eine Beratung bringen. Menschen, die wegen Depression oder Dysthymia systemische Hilfe suchen, haben bereits oft eine Reihe anderer Therapien absolviert. Sie möchten neue andere Wege beschreiten, da ihnen die herkömmlichen Methoden nicht wirklich weiter geholfen haben. Das von Erickson diskutierte Abendessen, könnte ich mir auch bei einem Paar, bei dem es um die Depression eines Partners geht gut vorstellen, da auch hier oft sexuelle Probleme eine Rolle spielen. Auch weitere Themen können mit Geschichten, die nicht unmittelbar mit dem Ursprungsthema zu tun haben, bearbeitet werden – der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt.

Auch die „metaphorischen Rituale“ können helfen neue Erkenntnisse und Perspektiven zu finden.¹⁹

6.2.4 Veränderungen - pro und contra

Soll der bisherige Zustand beibehalten werden oder sind Veränderungen gewünscht? Der gegenwärtige Status wird meist als nicht zufriedenstellend erachtet, trotzdem kann es hier doch Ambivalenzen geben. Einerseits Wünsche nach Veränderung und andererseits nach Nichtveränderung können das Verhalten des Klienten beeinflussen. Deshalb kann es für ihn hilfreich sein, auszuprobieren, wie sich verschiedene Verhaltensweisen anfühlen, um dadurch die Verhaltensoptionen zu erweitern. Nach den üblichen Theorien werden depressive Symptomen meist außerhalb des Einflussbereichs verortet. Dies in Frage zu stellen, kann neue Sichtweisen eröffnen und bei näherem Hinsehen kann es schließlich doch Bereiche geben, die

¹⁸ Thomas Weiss

¹⁹ Vgl. Schlippe u. Schweitzer: 2003.

der Klient selbst steuern kann. Dies ist gerade zu Beginn einer depressiven Episode möglich, wenn der Klient sich noch nicht komplett zurückgezogen hat.

Dass die systemische Sichtweise dem Klienten Veränderungsfähigkeiten zutraut, führt zu der Frage, was ihn bisher davon abgehalten hat. Was war an seinem bisherigen Verhalten positiv und gibt es eventuell auch positive Seiten der Depression. Im sozialen System von Familien beispielsweise kann die Depression eines Familienmitgliedes eine stabilisierende Funktion erfüllen, was sich nun ändern könnte. Beispielsweise durch Fragen, was die Depression in den einzelnen Beziehungen verändert, kann dies einer Familie bewusst werden und es kann eine bewusstere Entscheidung für und gegen Veränderung erfolgen.

Durch die Thematisierung kann auch „der Preis der Veränderung“ fassbar gemacht werden, von eventuell negativen Reaktionen innerhalb der Familie bis zu sozialen Vergünstigungen aufgrund der Feststellung der Krankheit Depression. Es wird empfohlen, dass der Berater hier besonders die Risiken herausstellt, so dass der Klient die Möglichkeit hat, die entgegengesetzte Seite der Ambivalenz einzunehmen.²⁰

6.2.5 Lösungsorientiertes Vorgehen

Lösungsorientiertes Arbeiten bedeutet, die Konzentration auf die Lösung von Problemen, also auf Veränderungen zu richten und nicht den Fokus auf die Probleme zu legen. Die Stärken des Klienten sind hervorzuheben sowie das Positive der Symptomatik. Eine möglichst positive Konnotation der Symptome ist ebenfalls nützlich. Ziele, die das Verhalten des Klienten betreffen, sollen überschaubar und damit realisierbar sein. Dies ist sinnvoller, als große unklare Ziele zu umschreiben, die nur schwerlich zu erreichen sind und damit fast unweigerlich zur Enttäuschung führen.

Die genaue Erläuterung des Problems ist nicht wesentlich, da der Berater nicht unbedingt das Problem verstehen muss. Zentral hingegen ist jedoch, dass Berater und Klient wissen, wann es gelöst ist.

Die Wunderfrage sowie eine Frage nach Ausnahmen helfen dem Klienten, Ressourcen zu erkennen und den Blick nach vorne zu richten. Des Weiteren helfen Skalierungsfragen Veränderungen sichtbar zu machen. Zur Stärkung des Selbstwertgefühls des Klienten ist es wichtig, dass der Weg zum Ziel nicht lappalisiert, sondern als Arbeit anerkannt wird.

6.2.6 Rituale

Rituale können durch Unterscheidungen neue Sichtweisen eröffnen. Sie können Ambivalenzen und Widersprüche aufweisen und dem Klienten die Möglichkeit geben, sich an

²⁰ Vgl. Ruf (2015): S. 119-130.

unbekanntes Verhalten auszuprobieren. Besonders geeignet ist hierfür „das Ritual der geraden und ungeraden Tage“. Die ambivalenten Wünsche können nun getrennt ausgelebt werden. Wichtig ist dabei immer, dass es für den Patienten passend ist. Auch kann mit einem Ritual eine Belastung verabschiedet werden.²¹

7 Fazit

Die klassische und bisher vorherrschende Therapieform – bestehend aus Medikation und Psychoanalyse – kann als eine Möglichkeit gesehen werden, um depressive Symptome zu behandeln. Dabei sollte jedoch klar sein, dass, da sie hier mit dem Etikett „biologische bzw. psychische Funktionsstörungen“ versehen werden, ausgeblendet wird, dass es sich auch um ein soziales Phänomen handelt. Durch ein Hinterfragen des Krankheitsbegriffs kann die systemische Sichtweise zu einer Erweiterung der Denk- und Handlungsmöglichkeiten beitragen.

Das Denken in Krankheitskategorien wirkt einengend und behindert darüber hinaus die Hoffnung auf Veränderung sowie die Motivation, etwas zu verändern. Dadurch etikettiert sich ein Mensch selbst als „Depressiver“, sieht die Welt durch die Brille des „Depressiven“ und schreibt sich selbst eine depressive Persönlichkeit zu. Auch wird – dadurch, dass bei der klassischen Vorgehensweise die sozialen Zusammenhänge nicht genügend beachtet werden – das soziale System der Familie nicht genügend mit einbezogen. Das bedeutet, es gibt oft einen „Kranken“ und daneben die „Gesunden“, welche unterstützen und helfen sollen. Die Rollenverteilung ist somit klar. Familiäre Muster, die zur Situation beitragen, bleiben dabei unberücksichtigt.²²

Durch die systemische Sichtweise werden demgegenüber positive Veränderungen möglich. Daher wäre es m. E. sinnvoll, die Systemische Beratung/ Therapie auch offiziell als Therapieform bei Depression und Dysthymia zuzulassen – nicht zuletzt, um die Palette der Möglichkeiten zu erweitern.

²¹ Vgl. Ruf (2015): S. 130-134.

²² Vgl. Ruf (2015): S. 153f.

Literaturverzeichnis

- BAMBERGER, Günter G. (2007): Beratung unter lösungsorientierter Perspektive. In: Nestmann et al. (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. (2. Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag, 737-748.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2015): Depression. Online im Internet: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/depression.html> [Stand: 21.12.2015].
- RUF, Gerhard D. (2015): Depression und Dysthymia. Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.
- SCHLIPPE V., Arist/ SCHWEITZER, Jochen (2003): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. (10. Auflage). Göttingen: Vandenberg & Ruprecht.
- UNIKLINIKUM REGENSBURG (2009): Depressive Störungen. Online im Internet: http://www.uniklinikum-regensburg.de/imperia/md/content/kliniken-institute/psychosomatischemedizin/studenten/depressive_stoerungen.pdf. [Stand: 21.12.2015].