

# 1 Einleitung

»Die Wirkung, auf die ich hinziele, ist die Hervorbringung eines seelischen Zustandes, in welchem mein Patient anfängt, mit seinem Wesen zu experimentieren, wo nichts mehr für immer gegeben und hoffnungslos versteinert ist, eines Zustandes der Flüssigkeit, der Veränderung und des Werdens.« (Jung, 1931, §99)

Das Verstehen und Behandeln der Depression ist in der Analytischen Psychologie ein zentrales Thema, da Depressionen weite Bereiche von Arbeitswelt, Gesundheit und Beziehungen betreffen. Depressive Störungen haben gesellschaftlich eine große Bedeutung und stellen bis heute eine Herausforderung für Psychiatrie und Psychotherapie dar; das Störungsbild ist sehr komplex und zeigt die unterschiedlichsten Formen. Das depressive Syndrom (Sammlung von Symptomen) ist in vielen psychiatrischen Störungen zu finden und muss immer im Zusammenhang einerseits mit der Psychodynamik der Störung, andererseits mit allfälligen organischen Störungen gesehen werden. Auch leben wir in einer Gesellschaft mit bestimmten Wertvorstellungen; in spätmodernen Gesellschaften gelten Werte wie Selbstentfaltung, Freiheit und Autonomie als erstrebenswert, was zu einer Überforderung des einzelnen führen kann und Depressionen wiederum begünstigt (Reckwitz, 2019).

Depression (lat. *deprimere*: niederdrücken) bezeichnet verschiedene Grade von Niedergeschlagenheit, gedrückter Stimmung, verminderter Antrieb, Gefühle von Schuld-, Sinn- und Freudlosigkeit, Gedanken von Wertlosigkeit bis hin zu Wahnvorstellungen und Suizidhandlungen. Betroffene können fremde, lähmende und quälende Gefühle erleben und darunter leiden, ohne dass es aber zu einer klinischen Diagnose kommen muss. Die Frage, die sich in einem klinischen Setting stellt, ist, wo enden Betrübtheit, gedrückte Stimmung und Traurigkeit und

werden zu depressiven Gefühlen, schließlich zu einer depressiven Störung.

C. G. Jung beobachtete und beschrieb vor über hundert Jahren die Depression aus psychoanalytischer Sicht und sah in der Ursache der Depression eine Individuationsstörung; der Mensch kann sich nicht weiterentwickeln und nicht weiter wandeln. Deshalb wird die Depression in der Analytischen Psychologie als eine Werdensstörung betrachtet, der Mensch kann nicht werden, was in ihm angelegt ist, was die Fragen mit sich zieht, wohin denn die Entwicklung und Wandlung gehen soll und welcher Sinn in der Entfaltung verborgen liegt. Jung sagte dazu: »Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz. Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat.« (Hell, 1992, S. 5)

Die Dame in Schwarz ist ein Mensch, und auch wir betrachten die Depression nicht unter dem Aspekt einer Diagnose, es sind Menschen, die darunter leiden. Ein Mensch besteht aus mehr als nur aus einer Diagnose. Es ist der Mensch, der von der Schwärze der Gedanken und Gefühle betroffen ist, manische und psychotische Formen der Depression stehen in diesem Buch dabei weniger im Vordergrund, sondern eher die verschiedenen Facetten der unipolaren Depression, der wir aus einer jungianischen Sichtweise nachgehen.

Wir greifen dabei auf Literatur einerseits von C. G. Jung, andererseits auf Werke der jungianischen Psychiater Wolfgang Kleespies und Hans Joachim Wilke zurück, die, vor rund 50 Jahren publiziert, ihre Gültigkeit nicht eingebüßt haben. Wir selbst verfügen über eine langjährige Praxis als Psychiater (Gerold Roth) bzw. Psychologin (Isabelle Meier) im Umgang mit diesem Störungsbild. Dass wir einen störungsspezifischen Blickwinkel anwenden, mag für Jungianer/innen heutzutage neuartig sein, wir vertreten aber die Auffassung, dass sich der Fokus auszahlt und dass sich dadurch Hinweise zu Störungsmodell, Diagnostik und Behandlung der Depression aus jungianischer Sicht ergeben.

Die Analytische Psychologie nach C. G. Jung gehört zu den psychodynamischen Richtungen, die mittlerweile über anerkannte Verfahren in der Behandlung von depressiven Störungen verfügen und verglichen mit Ansätzen der kognitiv-behavioralen Therapien und der interpersonellen Therapie gleichermaßen wirksam sind (Böker, 2017b; Roesler,

2020). Therapie ist dabei in unseren Augen kein eingleisiges Geschehen, sondern ein multidimensionales Vorgehen des analytischen Paares, bei dem beide aktiv partizipieren und bei dem es nicht nur um Symptomreduktion, sondern um ein allgemeines Wohlbefinden und um eine Entwicklung bzw. Individuation des depressiven Menschen geht. Die Analytische Psychologie verfügt hierfür über Techniken und Methoden, um die Inhalte des Unbewussten symbolisch zu gestalten. Die symbolischen Möglichkeiten betreffen die Symbol-, Imaginations-, Bilder- und Traumarbeit sowie die Mythen- und Märchenarbeit, die innerhalb der therapeutischen Beziehung zur Anwendung kommen.

Das Buch ist insofern konzipiert als »Manual« zu Theorie und Praxis der jungianischen Psychotherapie und Psychoanalyse depressiver Störungen. Anstoß dazu haben die Diskussionen in der Charta der Psychotherapie-Schulen der ASP (Assoziation Schweizer Psychotherapeut/innen) gegeben, bei der die Manualisierung spezifischer Störungsbilder diskutiert wurde. Anlass waren berufspolitische Forderungen des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit an die einzelnen Schulen, ihre Art des Denkens und Handelns bezüglicher einzelner Störungen genauer zu beschreiben. Wir stellen indes kein Manual im üblichen Sinne des Wortes bereit, das Vorschriften im Umgang mit der Depression enthält, sondern bieten eine störungsspezifische Zusammenstellung an, bei der die Freiheit, Flexibilität und Möglichkeit der Herstellung eines Entwicklungsraumes durch den Therapeuten und der Therapeutin gewährleistet bleibt (Böker, 2017b). In der Psychotherapie bildet das »freie Denken sozusagen das Rückgrat jeder Therapie« (Flückiger, 2021, S.76). Das heißt nicht, dass wir eine Manualisierung prinzipiell ablehnen. Entscheidend ist, dass nicht die Manuale uns bestimmen, dass die Manuale nicht zu einem »Kochbuch« werden, sondern weiter eine flexible Anwendung erlauben.

Wir halten es ähnlich wie der Psychoanalytiker David Taylor, der zu Manualen schreibt: »Der Prozess des Ausbuchstabierens, der Formulierung und Konzeptualisierung, den die Erstellung eines solchen Manuals erfordert, ist eine Chance, über das, was man zu tun glaubt und über die Gründe, die man dafür zu haben meint, nachzudenken.« (Taylor, 2010, S. 858) Und ferner:

»Statt dem Therapeuten eine Praxis vorzuschreiben, versucht das Manual, der Praxis zu folgen ... der Therapeut ist berechtigt, so zu arbeiten, wie er es auch sonst zu tun pflegt, und sich innerhalb des Rahmens dieses Behandlungsverfahrens seinem klinischen Urteil gemäß zu verhalten: die psychoanalytische Arbeitsweise lässt die Individualität des Therapeuten ebenso zu wie die Einzigartigkeit des Kontakts, die erforderlich ist, um den individuellen Patienten zu behandeln.« (ebenda, S. 838)

Solche Manuale liegen für psychoanalytische Langzeittherapien vor, wie etwa das Manual für die »Tavistock Adult Depression Study« (TADS; Taylor, 2010) oder dasjenige für Panikstörungen von Claudia Subic-Wrana et al. (2012) oder auch für zahlreiche weitere Störungsbilder.

Doch was soll in einem solchen Leitfaden festgelegt werden? In der von Beutel, Doering, Leichsenring & Reich herausgegebenen Manualreihe (2010) formulieren die Herausgeber das Ziel der Reihe folgendermaßen: »Es geht hier nicht darum, eine Behandlung in zeitlich genau geplanten Schritten schematisch durchzuführen. Ein solches Vorgehen kommt eher stark strukturierten Therapieformen wie der kognitiven Verhaltenstherapie entgegen, entspricht aber nicht dem Verständnis psychodynamischer Psychotherapie.« Es geht vielmehr darum:

»Behandlungsrichtlinien zu formulieren, d. h. Interventionsprinzipien, Therapieelemente, Therapieziele sowie Indikationen und Kontraindikationen zu spezifizieren. Dazu gehören auch Angaben, in welchen Phasen der Therapie und welchen Übertragungs-Gegenübertragungskonstellationen, welches Vorgehen empfohlen wird.« (Beutel, Doering, Leichsenring & Reich, 2010, S. 82).

Diese Absicht wollen auch wir verfolgen und gleichzeitig versuchen, der Einzigartigkeit der Begegnung von Therapeut und Therapeutin mit dem depressiven Menschen gerecht zu bleiben.

Das vorliegende Buch besteht aus sieben Kapiteln. Das erste ist dem *Therapiemodell* gewidmet, das wir verwenden, um die spezielle Begegnung zwischen depressiven Menschen und Therapeut/in zu erläutern, das aus der Erwartung und Motivation des depressiven Menschen besteht und aus unseren therapeutischen Behandlungshypothesen und unserer therapeutischen Haltung. Ebenso werden darin Kennzeichen der beginnenden therapeutischen Beziehung aufgelistet.

Ein weiteres Kapitel ist der *Diagnostik* und ein weiteres dem *Störungsmodell* der Depression gewidmet. Eingang finden hier sowohl die psychiatrischen Diagnostikmodelle wie auch das bio-psycho-soziale-spiri-

tuelle Krankheitsmodell, das dem ganzheitlichen Verständnis von C. G. Jungs Depressionsverständnis entgegenkommt und das wir hinsichtlich Themen wie Typologie, Selbstregulation, Komplexe, Ich-Selbst-Achse etc. erläutern. In diesem Kapitel wird auch ein Blick in die psychoanalytischen Störungsmodelle geworfen, wobei unser besonderes Augenmerk dem Konflikt- und Strukturmödell des OPD gilt, das wertvolle Hinweise im Umgang mit Konflikten und Komplexen und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede liefert.

Darauf folgt das Kapitel über unsere *Behandlungsempfehlungen*, das wiederum in eine Anfangsphase, in eine mittlere Phase und in eine Endphase der Behandlung unterteilt ist. Je nach Phase spielen andere Prioritäten eine Rolle. Des Weiteren ergeben sich unterschiedliche Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften, denen wir im Detail nachgehen. Thematisiert wird ebenso die Stärkung der therapeutischen Beziehung, die Ich-Stärkung, die Ressourcenaktivierung und die Arbeit an Komplexen des depressiven Menschen.

Ein weiteres Kapitel dient der Erläuterung der *Techniken und Methoden*, insbesondere der Symbol-, Imaginations- und der Traumarbeit, die bei depressiven Störungen angewendet werden können, auch Märchen- und Mythenarbeit finden Eingang in diesem Kapitel, bei denen mögliche und fehlgeleitete Lösungswege aus der Depression aufgezeigt werden.

Das siebte Kapitel ist den *besonderen Problemen* in der Behandlung gewidmet. Depressionen zeigen komplexe Störungsbilder und Behandlungsfortschritte sind nicht immer zu verzeichnen bzw. es stellen sich die Fragen, was denn Fortschritt heißt und wo Grenzen der Behandlung akzeptiert werden müssen. Auch das zentrale Thema der Suizidalität, die Klärung dieser schwierigen Frage und der Umgang mit suizidalen depressiven Menschen wird darin beschrieben.

Das letzte Kapitel beschreibt die allgemeinen *Wirkfaktoren und den Forschungsstand* bezüglich Forschung in der Analytischen Psychologie

Wir haben uns um eine einfache Sprache bemüht und bauen auf bereits bekanntem Grundlagenwissen auf. Das Buch ist in diesem Sinne kein theoretisches Buch, das Grundbegriffe erläutert, die vielerorts bereits beschrieben wurden, sondern ein praxisbezogenes Buch, welches das weite Spektrum der Depression zum Inhalt hat, der wir in unserer

Praxis als jungianischer Psychiater bzw. jungianische Psychologin begegnet sind. Da wir keine scharfen Grenzen zwischen Psychiatrie und Psychologie, zwischen Analyse und Therapie ziehen wollen oder können, verwenden wir die Begriffe Klient/in und Patient/in als gleichwertig, ebenso die Begriffe Therapeut/in und Analytiker/in. Es sind vieldiskutierte Themenkreise, worin sich Klient/in und Patient/in genau unterscheiden, wo Therapie aufhört und Analyse beginnt, die den Rahmen des vorliegenden Werkes sprengen würden.

## **2      Therapiemodell**

### **2.1    Erwartung und Motivation der Patient/innen**

Depressive Patienten und Patientinnen kommen mit Erwartungen in die Psychotherapie, sie ahnen nicht selten gleichzeitig, dass es ihre eigene Problematik ist, die ihnen im Wege steht. Sie wollen ihr entkommen und wieder Lebensmut und Lebensfreude entwickeln. Sie geben als Behandlungsziel an, sie möchten eine befriedigende Beziehung, eine sinnvolle Arbeit, mehr Sinn im Leben, mehr innere Gelassenheit, einen besseren Selbstwert und weniger Verzweiflung und Ängste spüren. Manche verfügen bereits über ein eigenes Erklärungsmodell, wie es der Psychotherapieforscher Bruce E. Wampold und seine Mitautoren erwähnen (Wampold, Imel & Flückiger, 2018). Sie realisieren, dass sie reflexhaft immer wieder in die gleiche Falle treten, aber es erst im Nachhinein bemerken und wollen deshalb neue Einstellungen, neue Fähigkeiten und neue Sichtweisen in der Psychotherapie erwerben und sind motiviert, selber daran mitzuarbeiten.

Andere wiederum kommen und haben bereits einige Male versucht, in einer Psychotherapie ihr Leiden zu überwinden, aber nichts half. Sie sind eher demoralisiert, leiden immer wieder an Depressionen und verfügen über starke Bewältigungsmechanismen, die ihnen helfen, erneute Verletzungen zu ertragen, die sie aber auch daran hindern, ein gutes Arbeitsbündnis und eine gute Arbeitsbeziehung in der Therapie einzugehen. Solche Menschen wissen mehr oder weniger bewusst, dass sie zum Erfolg beitragen sollten, auch wenn sie sich dagegen stemmen. Ihre Haltung ist somit ambivalent; sie erwarten einerseits Heilung, weil sie nicht

mehr weiterwissen, aber andererseits ist Angst und ein Widerstreben vorhanden, sich ihren Themen zu nähern. Sie übergeben diesen Konflikt der Fachperson und schauen, wie diese damit umgeht. In solchen Fällen müssen wir die Ambivalenz aushalten bzw. verbalisieren und zunächst das Arbeitsbündnis stärken, wie wir weiter unten ausführen werden. Andere Patient/innen sehen ihre Depression als Defekt an, den sie loswerden wollen, sei es mit Medikamenten, sei es mit sozialen Interventionen bis hin zur Unterstützung für eine Invalidenrente. In diesen Fällen ist eine eigentliche Psychotherapie kaum durchführbar und es ist ein großer Erfolg, wenn solche Menschen, mit oder ohne Rente, zu einer befriedigenden Bewältigung des Alltags geführt werden können.

Laut Wampold et al. sind die Erwartungen der Patient/innen zentral für den Erfolg einer Psychotherapie. Werden die Erwartungen nicht erfüllt, thematisiert bzw. bearbeitet, leidet das Arbeitsbündnis, die Patient/innen brechen die Psychotherapie ab, verweigern sich oder ziehen sich innerlich zurück. Die Erwartungen sind neben der therapeutischen Beziehung und der Behandlung einer der drei fundamentalen Wirkfaktoren einer Therapie (Wampold, Imel & Flückiger, 2018). Die Klärung der Erwartungen der Patient/innen steht also am Beginn einer Therapie.

## 2.2 Behandlungshypothesen der Therapeut/innen

Allgemein gesprochen strebt der Analytiker oder die Analytikerin nach C. G. Jung eine Auseinandersetzung der depressiven Patient/innen mit ihrem Unbewussten an. Dafür verfügen wir bildlich gesprochen über eine innere Bibliothek an Wissen, was wir tun können, um ihnen zu helfen. Dazu gehört einerseits das psychotherapeutische Wissen von C. G. Jung zur Depressionsbehandlung, andererseits die psychiatrischen Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen, medizinischen Fachgesellschaften) zur »unipolaren Depression«, in denen allgemeine Behandlungsziele für Patient/innen mit depressiven Störungen definiert sind.

gen aufgelistet werden, wie die Symptome der depressiven Störung zu vermindern, die Mortalität, insbesondere durch Suizid zu verringern; die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederherzustellen; das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen sowie die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren (AWMF, 2017).

Die folgenden Hypothesen lassen sich aus dieser inneren Bibliothek zur Depressionsbehandlung ableiten. Es sind Behandlungshypothesen, was davon in der Psychotherapie realisiert wird, ist eine andere Sache und Thema der darauffolgenden Therapie.

### **Alltag wieder bewältigen können**

Depressionen führen zu Leere, Energielosigkeit, Abkapselung usw. Diese Symptome sind gleichsam ein Pfropf, der ein gestörtes, seelisches Gleichgewicht stabilisiert. Bei allen Interventionen müssen wir darauf achten, dass der depressive Mensch seinen Alltag weiterhin bewältigen kann, egal ob noch erwerbstätig, krankgeschrieben oder in stationärer Behandlung. Individuation macht beim psychisch Kranken Sinn, aber gerade bei ihm ist die Akzeptanz seiner individuellen Grenzen zentral – und in der Jung'schen Psychologie besteht die Gefahr, dass wir oder der depressive Mensch eine Individuation zu einem Idealwesen fantasieren, dass wir vergessen, dass Individuation meint, das zu werden, was individuell in jedem Menschen angelegt ist und dem auch Grenzen gesetzt sind.

### **Strukturelle Defizite verbessern**

Manche depressiven Menschen können sich oder andere schlecht einschätzen, Konflikte und Ambivalenzen können nicht gespürt werden, eine Ambiguitätstoleranz ist kaum vorhanden. Die Psychoanalytiker/innen sprechen in diesen Fällen von ich-strukturellen Defiziten und Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung), in Abgrenzung zu neurotischen Konflikten. Bei solchen Depressiven geht es zunächst darum, ihre strukturellen Fähigkeiten zu verbessern, das heißt, dass sie sich selbst sowie die anderen besser wahrnehmen, sich besser af-

fektiv steuern und bessere Bindungsfähigkeiten entwickeln können (Arbeitskreis, OPD, 2014; Müller & Müller, 2018).

### **Aufgeben kindlich-regressiver Einstellungen**

Jung argumentierte, dass der depressive Mensch einseitige Einstellungen entwickelt habe, mit der Folge, dass sich die psychische Energie ins Unbewusste zurückzieht, was eine Regression des Menschen zur Folge hat, die ihn depressiv werden lässt. Es handelt sich dabei um kindliche Fixierungen an Elternfiguren. Die Heilung schreite erst voran, so Jung, wenn der depressive Mensch ein Opfer bringt, nämlich Wünsche der »dämmern den Seligkeit« der Kindheit aufgibt, indem er Abschied nimmt von der kindlichen Träumerei, der Unbeherrschtheit, Triebhaftigkeit und Aggressionslust, aber auch Abschied nimmt von der mütterlichen Symbiose (Jung, 1912, § 571).

### **Negatives Selbstbild verbessern**

Der Jungianer Wolfgang Kleespies (Kleespies, 1998) erwähnt in diesem Zusammenhang das Selbstkonzept des Depressiven, das entwicklungspsychologisch blockiert wurde. Kämpferische Handlungsimpulse werden abgewehrt, der Depressive bleibt passiv, weil sich das Ich minderwertig etc. fühlt. Das Ich-Bewusstsein des depressiven Menschen sieht sich nicht in der Lage für sich etwas Adäquates zu fordern, obwohl entsprechende Wünsche und Bedürfnisse da wären. Die Wertvorstellungen über sich sind negativ, es fehlt ein »narzisstisches Grundgefühl« von Wärme und Geborgenheit mit dem Gefühl, wichtig zu sein.

### **Integration negativer Bindungserfahrungen**

Die Jungianerin Judith Hubback sieht die Depression als Reaktion auf schmerzhafte emotionale Erfahrungen von Trauer, Trennung und Einsamkeit aufgrund von entwicklungspsychologischen Ursachen (depressive Mutter, Krankheit, Tod in früher Kindheit etc.). Es entstehen daraus starke Projektionen und ein Schatten, der ebenfalls in die Übertragung der Analyse einfließen kann. Die Therapeutin kann zum »negativen Ob-