



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Erstprüfer: Prof. Dr. med. habil. Peter Schwab

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann

Bachelor- Studienarbeit

Soziale Arbeit in der Psychiatrie:  
Interventionsmöglichkeiten eines Sozialarbeiters  
bei depressiven Klienten

*von*

*Stephanie Münn*

*Danilo Langer*

*Juni 2010*

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0237-8

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Die Geschichte der Depression .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Die Depression .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Die verschiedenen Depressionsformen früher und heute .....</b>	<b>6</b>
<b>4. ICD 10 – Diagnose und Klassifikation von Depression .....</b>	<b>9</b>
<b>5. Symptomatik und Verlauf .....</b>	<b>11</b>
<b>6. Erklärungsmodell für Depression .....</b>	<b>12</b>
<b>7. Fallbeispiel Sabrina M.....</b>	<b>16</b>
<b>8. Die systemische Beratung bei Depression.....</b>	<b>17</b>
<b>9. Die Geschichte der systemischen Beratung .....</b>	<b>17</b>
<b>10. Begriffsbestimmungen .....</b>	<b>19</b>
10.1 Was ist ein System und was heißt systemisch? .....	19
10.2 Die Kybernetik erster und zweiter Ordnung .....	19
10.3 Das Konzept der Autopoiese .....	20
10.4 Die Realität ist eine Gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit .....	20
10.5 Die Kausalität.....	21
<b>11. Wie konstruieren sich Probleme aus systemischer Sicht?.....</b>	<b>22</b>
<b>12. Das systemische Krankheitsverständnis.....</b>	<b>23</b>
<b>13. Techniken der systemischen Beratung.....</b>	<b>23</b>
13.1 Möglichkeitsspielraum vergrößern .....	23
13.2 Hypothesenbildung .....	24
13.3 Systemische Fragen .....	24
13.4 Zirkuläre Fragen.....	25
13.5 Spezielle Formen der zirkulären Fragen.....	25
13.5.1 Die Klassifikationsfragen.....	25
13.5.2 Die Prozentfragen .....	25
13.5.3 Die Übereinstimmungsfragen.....	26
13.5.4 Die triadischen Fragen .....	26
13.5.5 Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion .....	26
13.5.6 Fragen zur Möglichkeitskonstruktion.....	27

<b>14. Die Familienskulptur und andere metaphorische Techniken .....</b>	<b>27</b>
14.1 Die Familienskulptur .....	27
14.2 Das Familienbrett.....	28
14.3 Die Videokonsultation .....	28
<b>15. Die Externalisierung des Problems .....</b>	<b>28</b>
<b>16. Die positive Konnotation .....</b>	<b>29</b>
<b>17. Das Reframing .....</b>	<b>29</b>
<b>18. Typische Grundprinzipien des systemischen Handelns .....</b>	<b>29</b>
<b>19. Wichtige Grundhaltungen in der systemischen Beratung .....</b>	<b>30</b>
<b>20. Typisches Vorgehen der systemischen Beratung am Fallbeispiel Sabrina</b>	<b>31</b>
<b>21. Die interpersonelle Psychotherapie .....</b>	<b>37</b>
21.1 Geschichtlicher Hintergrund.....	37
21.2 Allgemein .....	38
<b>22. Ziele der interpersonellen Psychotherapie .....</b>	<b>38</b>
<b>23. Durchführung der interpersonellen Psychotherapie .....</b>	<b>38</b>
<b>24. Die Anwendung der interpersonellen Psychotherapie .....</b>	<b>43</b>
<b>25. Zentrale thematische Ansatzpunkte .....</b>	<b>46</b>
<b>26. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Interventionsformen .....</b>	<b>48</b>
<b>27. Möglichkeiten und Grenzen der beiden Interventionsformen .....</b>	<b>50</b>
<b>28. Erkenntnisse für den Sozialarbeiter .....</b>	<b>53</b>
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>55</b>

### Autoren

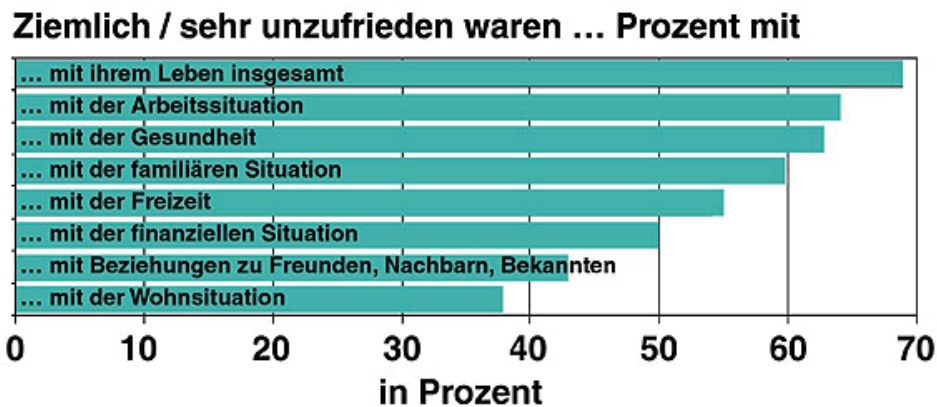
Stephanie Münn: Einleitung; 3; 5; 7; 8; 9; 10; 10.1; 10.2; 10.3; 10.4; 10.5; 11; 12; 13; 13.1; 13.2; 13.3; 13.4; 13.5; 13.5.1; 13.5.2; 13.5.3; 13.5.4; 13.5.5; 13.5.6; 14; 14.1; 14.2; 14.3; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 26; 28; Quellenverzeichnis

Danilo Langer: Kapitel 1; 2; 4; 6; 7; 21; 21.1; 21.2; 22; 23; 24; 25; 27; 28; Quellenverzeichnis

## **Einleitung**

In der heutigen schnelllebigen Zeit, wo nur die Starken den Leistungsanforderungen gewachsen sind, bleiben die Schwachen immer öfter auf der Strecke. Immer mehr Menschen müssen aufgrund der unsicheren Arbeitsmarktsituation um ihre Existenz fürchten. Geldnöte und Verschuldung führen nicht selten zu dem Gefühl, dass alles ausweglos erscheint. Daraus ergibt sich Resignation und Frust. Diese Probleme können sich auch auf die gesamte Familiensituation auswirken und in Scheidungen enden. Die allgemeine Unzufriedenheit mit sich und mit dem Leben führt dazu, dass sich Menschen aufgeben und ihnen alles gleichgültig wird und genau diese Lebensbedingungen können das Entstehen einer Depression begünstigen. Das Thema gewinnt immer mehr an Bedeutung und in den Medien sind zahlreiche Beiträge zu dieser Krankheit zu finden, sicherlich auch, weil sich ein berühmter Fußballspieler aufgrund dieser Krankheit das Leben nahm. Doch gerade dieser Fall macht deutlich, dass wirklich jeder an einer Depression erkranken kann.

Aufgrund der Bedeutsamkeit des Themas befasst sich die Arbeit zuerst mit diesem Krankheitsbild und danach mit zwei ausgewählten Interventionsmöglichkeiten. Um erfolgreich intervenieren zu können, muss der Sozialarbeiter ein gewisses Grundverständnis über Depression besitzen. Der Hauptteil dieser Arbeit beschäftigt sich mit den Interventionsmöglichkeiten der Sozialarbeiter. Hier stellen die systemische Beratung und die interpersonelle Psychotherapie gute Methoden dar. Anhand des Fallbeispiels soll das Vorgehen der Interventionen erläutert werden. Zum Schluss soll noch auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Interventionsformen eingegangen werden. Auch die Möglichkeiten und Grenzen dieser Ansätze sollen verdeutlicht und berücksichtigt werden.



**Abb. 1:** Unzufriedenheit der Patienten in verschiedenen Lebensbereichen (Kohorten 1998 -2003)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> vgl. URL<sub>8</sub>

## **1. Die Geschichte der Depression**

Das heutige Verständnis psychischer Erkrankungen hat im Laufe der Geschichte einen dynamischen Wandel erfahren und um die Entwicklung der Definition des Begriffs Depression zu verstehen, bedarf es eines geschichtlichen Rückblicks. In diesem Abschnitt soll es dabei allerdings nur um einen groben historischen Abriss gehen, bei dem prägnante Entwicklungen fokussiert werden sollen. Erkenntnisse über die Depression reichen in der Geschichte zurück bis in die griechische Antike zu Hippokrates. Es bestand die Auffassung nach der Humoralpathologie, dass der menschliche Körper unter anderem von vier Säften beeinflusst wird, bei denen das mengenmäßige Verhältnis der Säfte zueinander ein wichtiger Faktor ist. Dies hat einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit des Menschen. Die Säfte wurden nicht für sich alleinstehend betrachtet, sondern in ihrer Wirkweise mit den Jahreszeiten, der Temperatur und dem Lebensalter in Zusammenhang gebracht. So tritt die Depression bzw. Melancholie nach Hippokrates im Frühjahr und Herbst am häufigsten auf.

Wenn ein Saft in einer unverhältnismäßigen Menge auftritt, gerät ein Körper, der dies nicht durch Ausscheidungen ausgleichen kann, in ein Ungleichgewicht. Dies zeigt sich in Krankheitssymptomen, wie zum Beispiel Fieber, bei dem die Intensität der Auswirkungen von dem Saft abhängt und variiert. So haben die Galle und der Schleim, bzw. deren Kombination die intensivsten Auswirkungen. Die Melancholie ist nach Hippokrates eine Krankheit, die der Epilepsie sehr ähnlich ist. Der Unterschied liegt bei beiden Krankheiten darin, dass es sich bei der Melancholie um eine psychische und bei der Epilepsie um eine somatische Erkrankung handelt (vgl. Golder, 2007, S.124ff.). Die Galle und ihre Verfärbung spielten eine wesentliche Rolle. Durch sie wurde ein bipolarer Verlauf der Depression beschrieben „Teilnahmslosigkeit, andererseits mit hitziger Erregung und Ekstase“ (URL3).

Auch die Philosophie hat sich mit der Thematik der Körpersäfte und der Melancholie befasst, denn schon Aristoteles sah in der Beschaffenheit der schwarzen Galle die Ursache für die Schlaflosigkeit von Melancholikern. Ihre niedrige Temperatur hat einen Ausfall von feuchten – warmen Ausdünstungen zur Folge, die eine Schläfrigkeit bewirken (Althoff, 1992, S. 135ff.). Allerdings schrieb man nicht wie Hippokrates der Melancholie etwas rein Pathologisches zu. Die Anhänger Aristoteles sahen eine gewisse schöpferische Kraft in der Melancholie, beziehungsweise in der schwarzen Galle. Nur wenn diese einen gewissen Intensitätsgrad überschreitet, würde sie einen pathologischen Charakter annehmen. Somit war man der Ansicht, dass es einen Grenzbereich gibt, in dem die Melancholie als positiv charakterisiert werden konnte.

Dieser Grenzbereich wurde durch die Temperatur der schwarzen Galle bestimmt. Eine zu niedrige Temperatur führte zur depressiven Phase, eine zu hohe zur manischen. Die Behandlungsmöglichkeiten zielten vor allen Dingen auf die Körperlichkeit ab. Dazu zählte zum Beispiel der Aderlass, die Diät oder das Dampfbad. Im zweiten Jahrhundert nach Christus gab es eine weitere Strömung, die versuchte, die Ursachen für Melancholie zu erklären. Aretaeus erkannte zwei Aspekte der Melancholie, die später, wie in der Zeit des Mittelalters, nicht weiter beachtet wurden. Er sah die Ursachen nicht allein im Individuum, sondern eingebettet in dessen Beziehungszusammenhang zu seiner Umwelt, konkret in den sozialen Beziehungen. (vgl. Bemporad, 1983, S.28) Dies illustriert er an dem Beispiel eines Jünglings, der sich zunächst ohne Erfolg verliebt und aufgrund der Nichterwiderung seiner Liebe depressiv wird (ebd.) Aurelian ordnete im zweiten Jahrhundert nach Christus die Melancholie in den Bereich des Wahnsinns ein, wobei die „...Melancholia hypochondrica als [besondere Art,] als selbstständige Krankheit getrennt wird“ (Schramm, 1864, S34-35). Constantinus knüpfte an den Erklärungsansatz der Melancholie von Hippokrates an und sah diese als eine psychische Disposition des Erkrankten. Er ging davon aus, dass die physische Veranlagung und der Lebensstil einen entscheidenden Einfluss auf eine mögliche melancholische Erkrankung haben. Weiterhin ist er der Auffassung gewesen, dass der Saft der schwarzen Galle unterschiedliche Auswirkungen auf das Herz und das Gehirn hat. Constantinus hat zwischen zwei Formen der Melancholie unterschieden, der hypochondrischen Melancholie und der Kephalose. Die Symptome der Melancholie sind zum Teil ambivalent „Niedergeschlagenheit im Wechsel mit Leichtfertigkeit“ und reichen von Niedergeschlagenheit bis zur Todessehnsucht bei gleichzeitigem Lebenswunsch (vgl. Stange, 2009, S.59ff). Hildegard von Bingen führte den Gedanken der Viersaftlehre fort, so auch den der schwarzen Galle als Ursache für Melancholie. Allerdings sah sie die Ursache dieser in der Sünde des Menschen. Demnach implantierte sie den christlich religiösen Gedanken in das Erklärungsmodell der Melancholie. Sie war der Auffassung, dass „Since paradise in the Garden of Eden, humans have lost their ability to enjoy, untroubled, the beautiful and the good. At the moment of their fall into sin, evil stole into their body and caused the original shining, crystal – clear gallstone of the knowledge of God to become liquid. Since this time their gall bladder overflows and poisons their blood, so that they fall into sickness – making passions such as sadness, anger, rage, frustration [...]. In the same moment when Adam violated God’s commandment, the bile collect in his blood. (vgl. Hertzka 1988, S.75) Somit änderte sich auch die Perspektive auf Melancholiker.

Wurde in der griechischen Antike noch teilweise etwas Positives in Erkrankungen gesehen, so haftete der Melancholie nun, unter dem Einfluss des christlichen Glaubens, etwas Negatives an. Die Ursache für die Erkrankung sah man nun in dem sündigen Menschen selbst und seinem Verhältnis zu Gott, beziehungsweise dem Verhalten gegenüber dem göttlichen Willen. Ficino sah in der Renaissance Ursachen für Melancholie in einer ambivalenten Haltung des Menschen zu sich selbst. Dieser steht zwischen dem Gefühl des göttlichen und dem Bewusstsein der eigenen Vergänglichkeit. Diese Ambivalenz kann nicht durch äußere Faktoren, wie Vergnügungen, aufgelöst werden. Sie täuschen nur für einen gewissen Zeitraum darüber hinweg, sodass sich die melancholischen Gefühle nach einer gewissen Zeit wieder einstellen. So können sich die Gefühle des Glücks in Trauer umschwenken (Rütten, 1992, S.109ff.). Heinroth verstand 1818 den Menschen in Wechselwirkung mit der Gesellschaft. Sein Erklärungsmodell für die Ursachen einer Depression ist vor allen Dingen christlich – religiöser Natur. Er sah insbesondere in der Sünde des Menschen eine Kausalerklärung zu der Entstehung der Depression. Wenn der Mensch sich nicht von den gesellschaftlichen Leidenschaften verführen lasse, könne dieser von seiner Erkrankung geheilt werden (vgl. Kaiser, 2007, S.126ff.).

In dem Zeitraum von 1911 bis 1924 veröffentlichte Abraham insgesamt drei psychoanalytische Schriften, wobei er „wohl [die] erste psychoanalytische Studie über die Depression veröffentlichte“ (Bemporad, 1983, S.34). Seine Arbeiten weisen einen starken Bezug zu der Theorie Freuds auf. Er vergleicht unter anderem die Zwangneurose mit der Depression. Dabei stellt Abraham gewisse Gemeinsamkeiten bei der Störungen fest, wie widersprüchliche, tiefsitzende Gefühle gegenüber Mitmenschen. Allerdings besteht der Unterschied im Ausdruck „[...]der unterdrückten Libido[...]“. Die Ursachen für die Melancholie sieht er vor allen Dingen in der Unterdrückung der Libido. In den manischen Phasen zeigten sich, durch Regress, dann bei den von ihm untersuchten Patienten die Gefühle, die in der Kindheit noch nicht abgespalten oder unterdrückt wurden (vgl. Bemporad, 1983, S.34ff.). Die Betrachtung der Depression im Kindes- und Jugendalter begann sehr spät. Bis Mitte des 20. Jahrhunderts wurde vermehrt davon ausgegangen, dass es keine Depression in dieser Lebensphase gäbe (vgl. Mehler – Wex, 2008, S.2ff.). So untersuchte Spitz 1946 die Reaktion von Kindern auf eine Trennung von ihren Müttern, die sich in depressiven Symptomen äußerte. Allerdings beeinflusste die Theorie Freuds stark die Sicht auf die Depression im Kindes – und Jugendalter. So ging man auch noch in den 60igern davon aus, dass sich aufgrund des noch nicht entwickelten Über – Ich in der Kindheit und Jugend, eine Depression nicht in dieser Lebensphase manifestieren kann.

Die depressiven Symptome wurden als alterstypisch und temporär eingestuft. Ab den 70iger Jahren wurde das Wissen über die Depression im Erwachsenenalter auf das Kinder – und Jugendalter adaptiert. Erst später spezifizierte sich die Sicht auf die Entwicklung in der Kindheit und Jugend dahingehend, dass erkannt wurde, dass sich die Symptome der Depression von denen im Erwachsenenalter unterscheiden und sich zum Beispiel nicht in Niedergeschlagenheit sondern aggressivem Verhalten oder erneutem Einkoten zeigen (vgl. Groen, 2002, S.15ff.). Auch ging man nun davon aus, dass die Dauer der Depression bei Kindern und Jugendlichen kürzer ist als bei Erwachsenen, aber das Selbstgefährdungsrisiko höher ist.

## **2. Die Depression**

Das Wort Depression ist im statistischen Sinne normal und wird häufig im Alltag verwendet. Allerdings, so wendet Ehrenberg ein, wird die tatsächliche Bedeutung der Depression durch den alltäglichen Gebrauch verfälscht (vgl. Ehrenberg, 2004, S.123). Ein weiterer, wesentlicher Faktor, der das Verständnis für die Bedeutung der Depression als Erkrankung erschwert, ist das Vorfinden dieses Begriffes in verschiedensten Bereichen und dessen Einbindung im wirtschaftlichen Sektor oder im musisch – kulturellen Bereich (vgl. Hegerl, 2006, S.9ff.). Darüber hinaus gibt es keine einheitliche Definition für Depression. In der Literatur lassen sich unterschiedlichste Versuche, Depression zu definieren, finden. Auffällig ist, dass viele Autoren eine Begriffsbestimmung anhand der Symptomatik vornehmen, so auch Heinrichs in dem wissenschaftlichen Aufsatz Sport und Depression – Sporttherapie als Baustein eines Behandlungskonzeptes für Depression. Ausschlaggebend ist für ihn zunächst die Abgrenzung eines Gefühlstiefs, der Niedergeschlagenheit und ähnliches von dem Krankheitsbild der Depression. Diese Emotionszustände unterscheiden sich von einer Depression in ihrer Intensität und besitzen dabei keinen chronischen Charakter (vgl. Heinrichs, 2004, S. 3ff.)

Lindner sieht die Depression als etwas gänzlich anderes als Trauer „Eine Depression ist weder eine starke Trauer, noch ist sie eine abgeschwächte Form von Depression. Vielmehr stehen Trauer und Depression in einer paradoxen Beziehung zueinander [...] (Lindner, 2009, S.40). Sie beschreibt unter Anderem eine Wechselbeziehung von Trauer und Depression. Trauer bedeutet, Gefühle erleben zu können, worunter nicht nur negative zählen. Jemand der trauert kann sich auch an anderen Dingen erfreuen. Das innere Erleben eines Depressiven wird hingegen als leer beschrieben, eine Leere die das Erleben von Emotionen nicht zulässt. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal findet sich in der Wirkung auf das soziale Umfeld.



Dabei wird ersichtlich, dass die emotionale Kälte nicht nur von dem Depressiven selbst, sondern auch von dem sozialen Umfeld erlebt wird. Darüber hinaus nimmt Lindner eine Unterscheidung zwischen einer Depression und Krise vor. Unterscheidungsmerkmale sind hierbei unter Anderem das unterschiedliche Erleben von Emotionen. Während dies in einer Krise sehr lebhaft erfolgt, spricht sie bei einem Depressiven eher von einer Gefühlskälte (vgl. Lindner, 2009, S. 40ff).

### **3. Die verschiedenen Depressionsformen früher und heute**

Eine Krankheit kann durch die verschiedensten Faktoren ausgelöst werden und sie kann sich auch in den unterschiedlichsten Formen bemerkbar machen. Deshalb gibt es viele unterschiedliche Arten einer Depression, wodurch es wichtig ist, hier ein wenig Ordnung in die verschiedenen Formen dieser Krankheit zu bringen. In der Psychiatrie wird die Depression den affektiven Störungen zugeordnet. Affekt heißt, dass die Stimmung stark beeinträchtigt ist. Es gibt zahlreiche Depressionsformen, wobei hier nur auf einige wichtige eingegangen werden kann. In den letzten zehn Jahren haben sich die diagnostischen Kriterien und damit die Klassifikation seelischer Störungen erheblich verändert. Früher ging man bei den Depressionen von drei ätiologischen (Ätiologie = Lehre von den Krankheitsursachen) Gesichtspunkten aus, die sich überwiegend nach alltagsbezogenen, praxisrelevanten Aspekten richteten. So unterschied man psychogene, endogene und somatogene Depressionen.<sup>2</sup> Die am häufigsten auftretende Depressionsform bezeichnete man als psychogene Depression. Psychogen bedeutet, dass die Krankheit seelische, lebensgeschichtliche oder erlebnisbedingte Ursachen haben kann. Diese Krankheitsform konnte man wiederum in drei Gruppen unterscheiden. Die reaktive, die neurotische Depression und die Erschöpfungsdepression. Allen Krankheitsbildern wurden unterschiedliche Entstehungsfaktoren zugeschrieben. Die reaktive Depression war als eine Reaktion auf ein tragisches Ereignis zu verstehen. Zum Beispiel löst der Tod und damit der Verlust eines geliebten Menschen Trauer bei den Angehörigen aus. Das Gefühl von Hilflosigkeit, tiefer Trauer und dem Ausgeliefert sein sind nur allzu verständliche Reaktionen und nicht gleich als Depression zu bezeichnen. Von einer reaktiven Depression sprach man erst, wenn Trauer, Verzweiflung und Lähmung übermächtig wurden und eine Problembewältigung unmöglich machten.<sup>3</sup>

Eine neurotische Depression kann sich aufgrund wichtiger Erfahrungen in der gesamten Lebensgeschichte entwickeln. Hier unterschied man zwischen der depressiven Neurose und der narzißtisch-depressiven Neurose.

---

<sup>2</sup> vgl. URL<sub>6</sub>

<sup>3</sup> vgl. Kaufmann-Mall/Mall 1996, S. 10

Schlechte lebensgeschichtliche Erfahrungen, wie zum Beispiel Mangel an Zuwendung oder Misshandlungen, wurden als Auslöser einer depressiven Neurose angesehen. Den Betroffenen fällt es schwer Erfolgserlebnisse für sich zuzulassen und sie zu genießen. Die früheren Erfahrungen haben unbewusst für die Zukunft geprägt, daher erwarten sie von jeder Situation erst mal das Schlimmste.<sup>4</sup> Die Entstehungsbedingungen einer narzißtisch-depressiven Neurose sind zwiespältige Erfahrungen. In ihrer Lebensgeschichte erfahren sie abwechselnd, dass sie der/die Größten sind und dann werden sie mal behandelt wie Dreck. Daraus resultieren überzogene Erwartungen an sich, wenn sie diese nicht schaffen, führt das zum Gefühl des totalen Versagens.<sup>5</sup> Die Erschöpfungsdepression kann durch Druck und einer gefühlsmäßigen Dauerbelastung ohne Aussicht auf Entlastung entstehen. Dazu gehören unter anderem langjährige zermürende Ehekonflikte oder andauernde berufliche Überforderung. Diese Krankheitsform zeigt sich unter anderem durch Resignation, Ohnmacht, sowie vegetativen Symptomen.<sup>6</sup>

Eine weitere Depressionsform wurde als endogene Depression bezeichnet. Endogen bedeutet, dass die Krankheit aus dem inneren des Organismus entstehen kann. Es wurde vermutet, dass Stoffwechselstörungen im Gehirn, hormonelle Veränderungen oder ähnliche Prozesse hinter dieser Form der Depression stecken.<sup>7</sup> Endogene Depressionen werden unterteilt in unipolare und bipolare Depressionen. Bei der unipolaren Form treten lediglich Depressionen auf. Die bipolare Depression ist eine psychische Erkrankungsform, bei denen sich depressive Phasen mit manischen Phasen abwechseln. Dieses Krankheitsbild wird auch als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet.

Eine weitere Depressionsform, die relativ häufig verbreitet ist, ist die somatogene Depression. Die Krankheitsform kann infolge einer körperlichen Erkrankung auftreten. Auch hier kann in drei Gruppen unterteilt werden. Man unterscheidet die symptomatische, die pharmakologische und die organische Depression. Die symptomatische Depression zeigt sich als Symptom einer Krankheit. Das können z.B. Herzkreislauferkrankungen, Lebererkrankungen oder Bauchspeicheldrüsenkrebs sein. Die pharmakologische Depression kann durch eingenommene Medikamente, wie zum Beispiel Mittel gegen Bluthochdruck, Schlafmittel oder chronischer Alkoholabusus ausgelöst werden. Von organischen Depressionen spricht man, wenn eine Erkrankung des Gehirns die Ursache der Depression ist. Hirntumore, Epilepsie und Migräne können zum Beispiel eine solche Erkrankung auslösen.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> vgl. Kaufmann-Mall/Mall 1996, S. 11

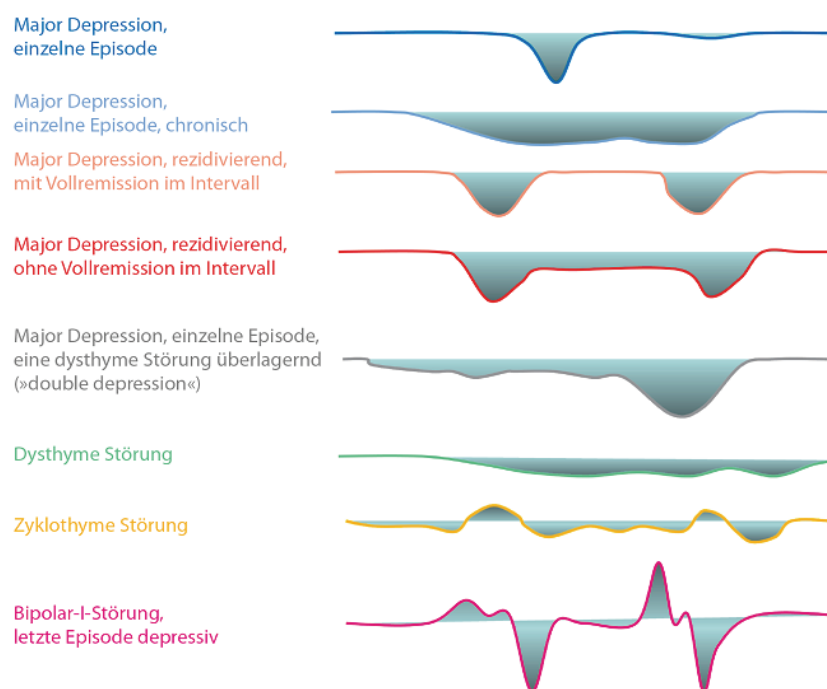
<sup>5</sup> vgl. Kaufmann-Mall/Mall 1996, S. 12

<sup>6</sup> vgl. URL<sub>5</sub>

<sup>7</sup> vgl. Kaufmann-Mall/Mall 1996, S. 109

<sup>8</sup> vgl. URL<sub>1</sub>

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde immer deutlicher, dass diese drei Depressionsformen letztlich bei fast allen Verlaufsformen irgendwie eine Rolle spielen, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Mit der Einführung des neuen Diagnose- und Klassifikationssystems ICD-10 wurde die klassische Unterteilung aufgehoben. An dieser Stelle wurden rein beschreibende Begriffe, wie depressive Episode (Major Depression), rezidivierende depressive Störung, dysthyme Störung, manisch-depressive Störung und Zykllothymie eingeführt. Die Grundlage für die heutige Einteilung affektiver Störungen ist die Erkenntnis, dass die Ursachen multifaktoriell sind, sich gegenseitig beeinflussen und summieren.<sup>9</sup>



**Abb. 2:** Verlauf einer Depression.<sup>10</sup>

Die Abbildung 2 verdeutlicht, welchen Verlauf eine Depression nehmen kann. Die vielen unterschiedlichen Kurven zeigen verschiedene Depressionsformen. Die oberen vier Grafiken zeigen typische Bilder einer Major Depression. Während die erste nur eine einzelne Erkrankungsepisode zeigt, zeigt die zweite einen chronischen Verlauf, die dritte zwei Depressionsepisoden mit Gesundheit zwischendurch und die vierte zwei Depressionsepisoden ohne Heilung zwischendurch. Die sechste Kurve zeigt eine double Depression, wobei auffällt, dass der Betroffene vorher schon an depressiven Verstimmungen litt und zudem die Major Depression auftritt. Die Dysthyme Störung ist eine chronisch depressive Verstimmung. Die Abbildung dazu zeigt einen längeren chronischen Verlauf.

<sup>9</sup> vgl. URL<sub>7</sub>

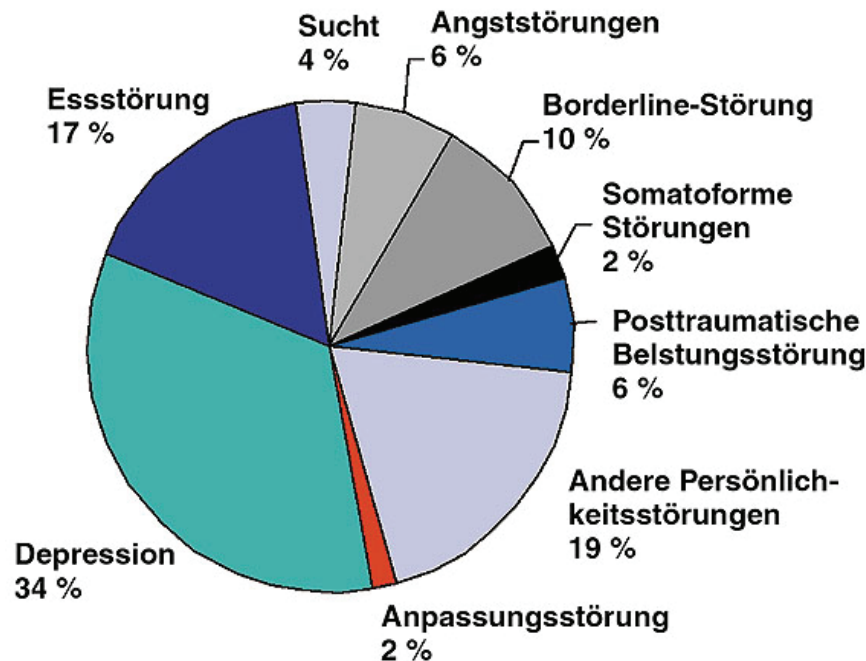
<sup>10</sup> vgl. URL<sub>9</sub>

Die Zykllothymen Störungen werden auch als Stimmungsschwankungen angesehen, jedoch mit der Besonderheit, dass sie ohne jeglichen Anlass bestehen können. Die letzte Kurve zeigt eine bipolare Störung. Kennzeichnend für dieses Krankheitsbild sind die Höhen und Tiefen. Also die manischen und depressiven Phasen.

#### **4. ICD 10 – Diagnose und Klassifikation von Depression**

Emotionen und Gefühle, wie zum Beispiel Trauer, Verstimmtheit und Niedergeschlagenheit sind grundsätzlich normal. Allerdings bestimmt der Grad ihrer Intensität ihren pathologischen Charakter. Das Gleiche gilt für Veränderungen der Gefühle, konkret der Wechsel von einer traurigen Stimmung zu einer heiteren. „Der Kriterienkatalog des ICD versucht [das] Maß zu definieren, [das über das normale hinausgeht]“ (Bosshard, 1999, S.191). Die Depression zählt zu den affektiven Störungen in der ICD 10. Dabei wird die Depression hinsichtlich ihrer Verlaufsform, Symptomatik und teilweise bezüglich der Genesung unterschieden.

So handelt es sich bei den Depressionsarten, die nach ihrer Verlaufsform definiert werden zum Beispiel bei der F31 um eine bipolare – affektive Störung, bei der F32 und F33 um monopolare Verläufe der Depression (vgl. Schöpf, 2003, S.139ff.) Nähere Ausführungen sind unter dem Punkt Verlauf zu finden. Die Symptomatik einer Depression ist sehr vielfältig. Sie reicht von psychischen Faktoren, wie Rückzugsverhalten, Selbstentfremdung und anderen, bis zu somatischen Erscheinungen wie Kopf – oder Rückenschmerzen. Bei den Depressionsarten, die nach ihrer Symptomatik unterschieden werden, gibt es unter anderem die psychotische Depression. Besonderes Kennzeichen dieser Art ist der Wahn. Allerdings wird bei der Diagnose gemäß der ICD 10 nicht unterschieden, ob es sich um eine endogene oder neurotische Depression handelt (vgl. Köpf, 2006, S.155ff.). Über die Symptomatik bestimmt sich der Intensitätsgrad der Depression, sodass eine Einteilung von der leichten Depression F32 bis hin zur schweren Depression mit psychotischen Erscheinungen F32.3 vorgenommen wird. Dabei ist die Anzahl der auftretenden Symptome von Bedeutung. Je mehr Symptome bei dem Erkrankten auftreten, desto höher wird die Intensität der Depression eingestuft. Bei der leichten Depression heißt es in der Klassifikation beispielsweise „Two or three of the symptoms ... are usually present“ (WHO, 1994, 131ff.). Insgesamt werden in der ICD 10 „[...] je nach Auslöser, Schweregrad und Symptomatik über 30 Variationen voneinander unterschieden“ (Lindner, 2009, S.51). Auffällig bei der Gesamtbetrachtung ist, dass es zum einen keine Ursachenbeschreibungen gibt, sondern die Klassifikation rein symptomatisch erfolgt und dass die Symptome nicht altersspezifisch eingeordnet werden.



**Abb. 3:** Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnosen (Kohorten 1993 – 2003)<sup>11</sup>

In der vorliegenden Grafik ist zu erkennen, dass es sich bei der Depression um eine vergleichsweise sehr häufige Erkrankung handelt. Problematisch sind häufige Fehldiagnosen, was bedeutet, dass Depression bei vielen Menschen nicht erkannt wird. Hier besteht „[...] ein großer Bedarf an Erkennen und Behandeln depressiver Störungen [...]“ (Wolfersdorf, 2001, S.114). Demzufolge ist die Statistik kritisch zu betrachten und zu vermuten, dass weitaus mehr Menschen an einer Depression erkranken. Die Ursachen für die Epidemiologie sind vielfältig. Die Erklärungen in der einschlägigen Literatur unterscheiden sich zum Teil sehr stark voneinander. So sieht Schramm die Häufigkeit der Depression im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Entwicklung und die Auswirkungen auf den interpersonellen Bereich als Risikofaktoren für die Psyche (vgl. Schramm, 1996, S. 11ff.). Wesentlich ist auch, dass häufig davon ausgegangen wird, dass Frauen wesentlich häufiger an einer Depression erkranken als Männer, was sich bereits in der Adoleszenz zeigt.

<sup>11</sup> vgl. URL<sub>10</sub>

## **5. Symptomatik und Verlauf**

So vielfältig wie die Entstehungsbedingungen für Depressionen sind, auf so unterschiedliche Art und Weise kann sich diese Krankheit auch bemerkbar machen. Bei dieser Erkrankung ist die Gefühlsseite des Seelenlebens betroffen, doch kommen auch immer mehrere Krankheitsmerkmale zusammen. Jeder Mensch, der an einer Depression erkrankt, zeigt andere Kombinationen an Symptomen. Zum typischen Erscheinungsbild der Krankheit gehört neben der Niedergeschlagenheit die Antriebslosigkeit, die oft mit unerträglicher innerer Unruhe verbunden ist. Betroffene können sich über nichts mehr freuen, sie haben in jeglicher Weise das Interesse an allem verloren. Selbst für ihre früheren Hobbies wollen sie sich nicht mehr aufraffen. Meist fühlen sie sich auch minderwertig, meinen von sich, dass sie nichts wert sind. Sie schämen sich für ihre Krankheit und versuchen sie auch manchmal zu vertuschen. Deshalb ziehen sich die erkrankten Personen aus ihrem sozialen Umfeld zurück und meiden soziale Aktivitäten. Bei manchen Betroffenen kommt die Depression in Haltung, Bewegung und Aussehen zum Ausdruck. Die Haltung und die Bewegung kann antriebslos wirken, der Gesichtsausdruck ist ernst und die Stimme leise und eintönig. Ein weiteres Symptom ist die Konzentrationsschwäche und die Leistungsunfähigkeit. Die Betroffenen denken, dass sie gar nichts können und dass sie versagen würden. Deshalb fühlen sie sich nicht lebenswert und machen sich Selbstvorwürfe. Manche Depressionsformen können sich auch durch körperliche Beschwerden und Symptome bemerkbar machen. Sie klagen zum Beispiel über ein Brennen und Stechen in der Brust, als hätten sie Herzbeschwerden oder sie verspüren Enge im Brustkorb. Viele Betroffene klagen über Schlafstörungen, sie berichten, dass sie nachts wach liegen und ständig grübeln müssen. Am Morgen fühlen sie sich dann kraftlos und müde. Anhand der bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass die Erscheinungsbilder der Depression sehr vielseitig sein können. Was die unterschiedlichen Beschwerden gemeinsam haben, ist dass sich die Erkrankten in ihrem Leben stark eingeschränkt fühlen und kaum noch den alltäglichen Pflichten nachgehen können.<sup>12</sup> Der Verlauf einer Depression kann von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein. Das kann man nur im Einzelfall genauer sagen, da hier verschiedene Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Entscheidend sind die Anzahl der bisher erlebten depressiven Episoden, die Länge dieser Episoden und der Schweregrad der Depression. Der Schweregrad kann in leicht, mittelschwer und schwer eingeteilt werden. Diese Einteilung kann anhand der Anzahl der vorliegenden Symptome vorgenommen werden.

---

<sup>12</sup> vgl. URL<sub>2</sub>

## **6. Erklärungsmodell für Depressionen**

Die Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Depression sind sehr umfangreich. Die vorliegende Arbeit soll sich darauf beschränken, einige wesentliche Aspekte dieser herauszukristallisieren. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Psychoanalyse. Die Erklärung zur Entstehung einer Depression aus der psychoanalytischen Perspektive soll mit Alice Miller beginnen. Anschließend soll die Theorie von Erikson ihre Interpretation erfahren. Dabei wird der Hauptfokus auf der Adoleszenz liegen. Allerdings werden Aspekte weiterer Theorien mit einbezogen werden. Ziel dabei ist es, zu zeigen, dass die Ursachen einer Depression multifaktoriell bedingt sind und es mehrere Einflussfaktoren gibt, wie der Mutter – Kind – Beziehung, der Entwicklung in der Adoleszenz und Interaktion eines Menschen mit seinem sozialen Umfeld, um einige wichtige zu benennen.

### Die Psychoanalyse

Alice Miller sieht eine Depression zunächst als einen Teil der narzisstischen Störung, konkret als Gegenstück zur Grandiosität, die ihre Ursachen in der frühkindlichen Entwicklung findet. Sowohl die Grandiosität, als auch die Depression, beruhen auf einem falschen Selbst. Wenn eine Mutter selbst narzisstisch gestört ist, so besteht die Gefahr, dass sie ihr Kind narzisstisch besetzt, um mit ihm die eigenen narzisstischen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Kind lebt nicht die eigenen Gefühle aus, sondern passt sich an und spaltet zum Beispiel Wut oder Aggression ab, um so nicht die Liebe der Mutter zu verlieren. Somit kann es nicht die Mutter narzisstisch besetzen. An die Stelle eigener Bedürfnisse treten Ersatzbefriedigungen. Statt der Suche nach wahrer Achtung, die auch für die eigenen unliebsamen Seiten der Persönlichkeit gelten, wird in der Grandiosität versucht, durch eigene außergewöhnliche Leistungen zu glänzen. Der Narzisst sieht sich gezwungen, immer wieder besonderes zu leisten, um die Bewunderung und Ersatzliebe zu erhalten. Schafft er das nicht, so kann dies zu einer Depression führen, denn das Gefühl des Selbstwertes, das sich auf einem falschen Selbst begründet, hat so keinen Halt mehr. In ihrer Theorie bringt Miller einen weiteren, wesentlichen Punkt für die Entstehung einer Depression ein, der im Zusammenhang mit der Abspaltung eigener Bedürfnisse und der Anpassung an die der eigenen Mutter steht. Die Pluralität der Gesellschaft und die Anforderungen und Herausforderungen, die an den Einzelnen gestellt werden, machen es für jeden notwendig, eigene Wertemaßstäbe für sich zu entwickeln. Dies kann dann zu einer psychischen Belastung führen, wenn keine eigenen Werte und Normen entwickelt wurden, sondern auf denen der eigenen Mutter beruhen.

Insbesondere in der Adoleszenz kann dann eine Krise entstehen, wenn der Prozess des Auseinandersetzens mit sich und der Gesellschaft beginnt, beziehungsweise den Werten und Normen dieser (vgl. Miller, 1983, S.63ff.). Genau wie Miller macht Erikson deutlich, wie sehr die eigenen frühkindlichen Erfahrungen einer Mutter in der Erziehung ihrer Kinder einer Rolle spielen.

Erikson sieht die Entwicklung des Vertrauens in der ersten Phase des Lebens, der oralen Phase, in der der Mund zunächst das wichtigste Sinnesorgan für ein Kind darstellt. Mittels dessen tritt es in Interaktion mit der Mutter, konkret über das Saugen. Hier misst Erikson den Zähnen eine besondere Bedeutung bei, da sie einen entscheidenden Einfluss auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind hat. Mit ihnen hat das Kind ein Mittel, mit dem es unter Anderem seine Enttäuschung über nicht befriedigte Bedürfnisse zum Ausdruck bringen kann. So kann es passieren, dass es seiner Mutter aus Wut über das Nichtstillen in die Brust beißt, was zur Folge hat, dass die Mutter ihrem Kind die Brust entzieht. Mögliche Folgen können Angst vor dem Verlust der Liebe der Mutter sein und Schuldgefühle. Misstrauen, das sich gegenüber der Beziehung zur Mutter einstellt, prägt nicht nur weitere Entwicklungsstadien, sondern auch den Charakter der im Erwachsenenalter geführten Beziehungen (vgl. Conzen, 1996, S.118ff). Im Kleinkindalter spielt vor allen Dingen das Gefühl der Scham eine wichtige Rolle. Durch Erziehung und die Mittel zur Durchsetzung dieser, wie Lob oder Tadel, sieht das Kleinkind sich aus den Augen seiner Eltern bewertet. Es beginnt liebsame Seiten von unliebsamen zu selektieren und bestimmte zu verbergen.

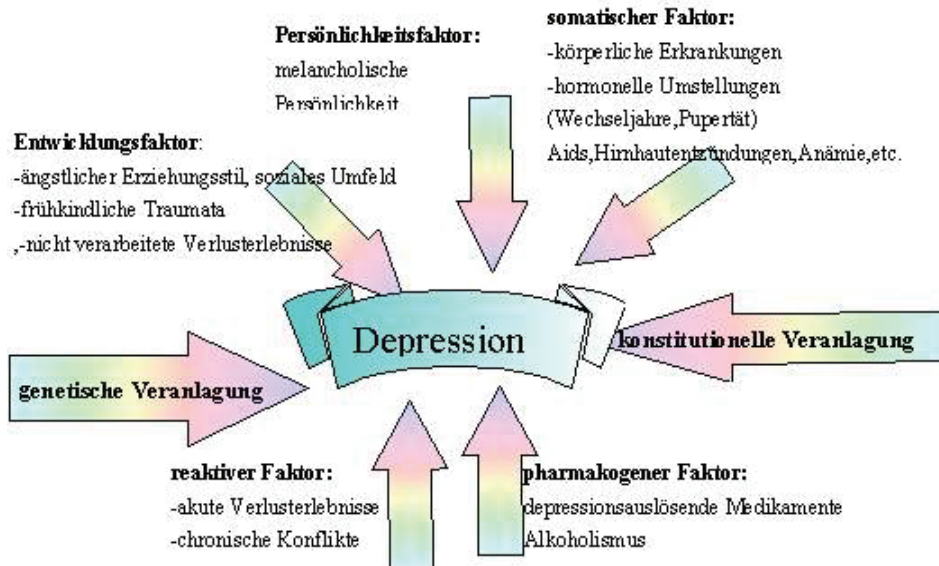
Das Selbstvertrauen, was sich in diesem Lebensabschnitt nach Erikson entwickelt oder nicht entwickelt, kann einen entscheidenden psychischen Dispositionsfaktor bei einer möglichen Entwicklung einer Depression darstellen (Conzen, 1996, S.127ff.). Die Adoleszenz stellt einen entscheidenden Entwicklungsabschnitt dar. In dieser Phase der Entwicklung sieht sich ein Jugendlicher in einer Identitätskrise. Es beginnt eine Suche nach einem Platz in der Gesellschaft. Die vorangegangenen Entwicklungsstadien sind nun mit entscheidend darüber, wie diese Krise und allgemein die Herausforderungen, die sich dem Jugendlichen in der Pubertät stellen, bewältigt werden können. Eine besondere Rolle spielt dabei das zuvor entwickelte Selbstwertgefühl. Die Bewältigung von Konflikten in der Peer Group, wie der Beschämung, bedarf so zum Beispiel einer gefestigten Identität. Werte und Normen, die vorher von den Eltern übernommen wurden, werden nun in Frage gestellt. Die Beziehung zu den Eltern hat darüber hinaus einen zweiten wesentlichen Aspekt. Der Jugendliche steht in der Ambivalenz zwischen Autonomie, was sich unter anderem in der Entwicklung einer eigenen Lebensperspektive zeigt.



Dazu zählen auch Entwicklungsaufgaben, wie die Suche nach einem geeigneten Lebensweg. Auf der anderen Seite wird ein emotionaler Rückhalt benötigt. Die Beziehung zu den Eltern wird auf ihre Tragfähigkeit und Bestand geprüft. Die bisher angenommene und akzeptierte geschlechtliche Rolle wird nun durch den biologischen Reifungsprozess erlebt. Innere Spannungen, die sich während der Adoleszenz aufbauen, werden mit Regress kompensiert, was sich in der oralen Befriedigung, wie maßlosen Essen spiegelt (vgl. Conzen, 1996, S.142ff.). Die Veränderungen des Körpers und die damit verbundenen hormonellen Umstellungen können zu einer Verunsicherung führen, die mit Scham und Schuldgefühlen verbunden sein kann. Jugendliche entwickeln neue Bedürfnisse, die auch rein triebhafter Natur sind. Ohne eine einfühlsame Aufklärung durch die Eltern über die Normalität der körperlichen Veränderung und der neuen Bedürfnisse können sich hier Störungen entwickeln. Die Sozialisation in Gruppe der Gleichaltrigen erfährt in dem rein biologischen Prozess erneut eine gewichtige Bedeutung. Ein Austausch über die eigene Entwicklung, die der Geschlechtsorgane und anderen wird hier häufig thematisiert (vgl. Wittchen, 1998, S.291ff.).

Die Gefahr einer Depression liegt unter anderem in der Einschätzung des Selbstwertes, welches stark von der körperlichen Entwicklung beeinträchtigt wird. Insbesondere Mädchen sehen sich selbst sehr kritisch, vor allen Dingen in einem anatomischen Vergleich zu anderen Mädchen (vgl. Flammer, 2002, S. 318). Arieti und Bemporad gehen davon aus, dass sich die Phase der Adoleszenz in ihrem Verlauf und das Erleben des Jugendlichen stark von vielen Faktoren, wie dem sozialen Umfeld beeinflusst wird, sodass nicht von einer einheitlichen Phase ausgegangen werden kann. So gibt es verschiedene Belastungs- und Entlastungsstrukturen. Die Adoleszenz muss so nicht unmittelbar zu Krisen führen (vgl. Bemporad, 1983, S.152ff.). Was sich in der Phase zu einer Depression verdichten kann, ist unter anderem die Angst vor der Zukunft. In dem Übergang von der Kinderzeit zum Erwachsenenalter beschäftigen sich Jugendliche vermehrt mit ihrer Zukunft. Dabei handelt es sich nicht nur um die Angst vor dem Ungewissen, sondern der Hilflosigkeit gegenüber dem Ungewissen und die dramatischen Konsequenzen. Sie wissen nicht was sie erwarten wird, ob sie die Anforderungen, die sich ihnen stellen werden, meistern oder ob sich ein Versagen einstellen wird. Darüber hinaus spielen die Normen und Werte, derer sich ein Jugendlicher annimmt, bei der Verwirklichung eigener Lebenspläne eine wesentliche Rolle. Versuchen Jugendliche die Träume der Eltern zu verwirklichen, ohne dabei auf die eigenen Bedürfnisse zu achten, kann sich unbewusst Unzufriedenheit einstellen.

Doch wird weiter versucht den elterlichen Wünschen nachzukommen, was letztendlich in einer Depression enden kann (vgl. Bemporad, 1983, S. 272ff.)



**Abb. 4:** Entstehungsmodell Depression <sup>13</sup>

Die hier gezeigte Grafik soll bildlich veranschaulichen, dass es keine einzelne, kausale Ursache für die Entstehung einer Depression gibt. Die Ursachen sind multifaktoriell zu betrachten. Wesentlich ist, dass zwei Perspektiven zu betrachten sind. Zum einen steht das Individuum selbst im Fokus, auf der anderen Seite das Beziehungsgefüge und soziale Umfeld, mit dem das Individuum in Wechselwirkung steht. Auffällig ist die besondere Rolle der Entwicklung des Menschen, sowohl in biologischer, als auch in sozialer Perspektive. Zu der biologischen Entwicklung zählen unter anderem die Adoleszenz und die Wechseljahre, aber auch die Veränderungen durch Umstellung des Hormonhaushaltes, wie beispielsweise in den Wechseljahren. Zu beachten ist, dass sich die unterschiedlichen Faktoren differenziert auf einen Menschen auswirken. Dabei ist entscheidend, welche Entlastungsstrukturen bei der Bewältigung individueller und gesellschaftlicher Anforderungen vorhanden sind.

<sup>13</sup> vgl. URL<sub>11</sub>

## **7. Fallbeispiel Sabrina M.**

In dem folgenden Fall handelt es sich um eine 15 jährige Schülerin aus G. Zunächst soll dabei kurz ihr familiärer Hintergrund erläutert werden, woraufhin eine allgemeine Darstellung in einer knappen Form erfolgt. Sabrina und ihr 9 Jahre alter Bruder Tom, wurden weitestgehend von ihrer 49 jährigen Mutter Hannelore allein aufgezogen. Als Sabrina sieben Jahre alt war, starb ihr Vater Thomas mit 45 Jahren an einer Leberzirrhose in Folge seines jahrelangen, übermäßigen Alkoholkonsums. In seinen Rauschzuständen, so die Aussage der Mutter, wurde der Vater handgreiflich. Allerdings hatte sie es nie in Betracht gezogen, sich Hilfe außerhalb der eigenen Häuslichkeit zu suchen, da es ihr wichtig gewesen ist, selbst zu kämpfen. Dies hätte sie auch nachdem der Vater von Sabrina und Tom verstorben ist getan. Es ist für sie nicht einfach gewesen Sabrina und Tom allein aufzuziehen. Für Gefühle gab es keinen Platz. So hatte es ihre Mutter stets vermieden, über den Tod von Sabrinas und Toms Vater zu sprechen. Gemeinsame Aktivitäten standen eher im Hintergrund. Bereits nach der Geburt von Sabrina konnte ihre Mutter sich nicht lange um sie kümmern, weil sie sehr früh wieder arbeiten musste. Da der Vater alkoholabhängig gewesen ist, sah sich die Mutter allein verantwortlich für die materielle Existenzsicherung der Familie. Für Sabrinas Mutter ist es immer nur wichtig gewesen, das aus Sabrina und Tom etwas wird. Dadurch standen für sie die schulischen Leistungen immer im Vordergrund. Sabrina muss oft auf ihren jüngeren Bruder aufpassen. Seit einem halben Jahr ist die Mutter in einer neuen Partnerschaft. Ihr Partner, Helmut B., 52 Jahre alt wohnt seit mehreren Wochen in der gemeinsamen Wohnung von Sabrina, Tom und ihrer Mutter. Seit mehreren Wochen verweigert es die Jugendliche Sabrina zur Schule zu gehen. Morgens schafft sie es nicht aufzustehen. Sie leidet unter Schlafstörungen und geht meist erst nachts um 03:00 Uhr ins Bett. Am Tage ist sie sehr antriebslos. Ihre schulischen Leistungen haben sich sehr verschlechtert, sodass Sabrina wahrscheinlich nicht in die nächste Klassenstufe versetzt wird. Zu den anderen Mitschülern hat sie keinen weiteren Kontakt. Generell lebt Sabrina sehr zurückgezogen. Bis vor einigen Wochen hätte Sabrina noch eine Schulfreundin gehabt, die sich von ihr allerdings abgewendet hätte, weil Sabrina so komisch geworden ist. Die Mutter äußert, dass es viele Konflikte mit ihrer Tochter gibt. Sie macht sich große Sorgen und versteht nicht, was mit Sabrina los ist. Ihre Tochter isst nichts mehr und betrinkt sich neuerdings. Deshalb gibt es auch häufig Streit. Ein weiteres Problem besteht mit dem neuen Lebensgefährten Helmut. Dieser findet keinen Draht zu Sabrina. Seitdem er zu der Familie gezogen ist, gäbe es nur noch Streit.

Wenn es zu viel wird, so die Mutter, vergleicht sie Sabrina mit ihrem verstorbenen Vater, was ihr danach immer sehr leid tut. Als Sabrina einen Suizidversuch unternommen hatte, konsultierte die Mutter einen Arzt. Dieser diagnostizierte eine Depression. Sabrina hat sich gegen eine medikamentöse Behandlung ausgesprochen, denn sie möchte keine Chemie einnehmen.

### **8. Die systemische Beratung bei Depressionen**

Obwohl die Einnahme von Medikamenten verweigert wird, bestehen Möglichkeiten alternativer Behandlungen. Darüber, wie eine Depression entstehen kann, gehen die Meinungen weitestgehend auseinander. Jede Ursachenerklärung beinhaltet auch individuelle Lösungsansätze, um diese Krankheit effektiv behandeln zu können. In dieser Arbeit soll es aber nicht darum gehen die wahre Interventionsmöglichkeit zu finden. Es soll vielmehr um mögliche Methoden gehen, die ein Sozialarbeiter einsetzen kann, um Klienten mit Depressionen zu helfen. Deshalb befasst sich diese Arbeit zunächst mit der systemischen Beratung im Allgemeinen, um so die Entstehung, Denkweise und Techniken zu erläutern. Danach soll die systemische Beratung als eine Interventionsmöglichkeit anhand des Fallbeispiels Sabrina M. dargestellt werden. Diese Interventionsform kann im Wesentlichen zur Entlastung der Familienbeziehungen beitragen, weil es nicht mehr um Eigenschaften oder Störungen einzelner Personen geht. Ganz im Gegenteil, diese Störungen werden als interaktionelle Probleme angesehen. Daraus ergibt sich eventuell die Möglichkeit, dass der Stress in den Hintergrund tritt. Weil eingefahrene oder symptom erzeugende Kommunikations- und Interaktionsmuster des Familiensystems aufgebrochen oder angestoßen werden, so dass sich Sabrinas symptomatische Verhalten womöglich erübrigt, entweder weil es für sie unter der neuen Perspektive auf die interaktionellen Zusammenhänge keinen Sinn mehr macht oder weil es seine Funktion im System verliert.<sup>14</sup>

### **9. Die Geschichte der systemischen Beratung**

Die systemische Beratung, wie sie heute existiert, ist eine relativ neue Methode und hat viele verschiedene Entwicklungen durchlebt. Die Entstehung der systemischen Beratung soll hier kurz vom strukturorientierten Ansatz, zum systemisch zirkulären Konzept des Mailänder Modells, bis hin zu systemischen konstruktivistischen Modellen erläutert werden.

---

<sup>14</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 163

Beim strukturorientierten familientherapeutischen Ansatz ging man noch davon aus, dass der Berater objektiv auf das Problem sehen kann. Er könne erkennen, was nicht funktioniert und dementsprechend in die dysfunktionalen Familienstrukturen eingreifen und sie verändern.<sup>15</sup> Die Denkrichtung der Mailänder Schule geht nicht mehr davon aus, dass Systeme von außen beeinflussbar wären. Zwar orientiert sich das Modell noch nicht an dem Autopoiese Gedanken, aber man geht schon davon aus, dass ein System nur zur Veränderung angestoßen werden kann. Hierfür kommen kommunikative Techniken, wie bestimmte Frageformen, Botschaften und Schlusskommentare zum Einsatz. Das was systemisch heute ist, wurde von diesem Ansatz grundgelegt. Es wird nicht mehr an lineare Beeinflussung gedacht, sondern man denkt konsequent zirkulär-systemisch.<sup>16</sup>

Auch ist man zu der Erkenntnis gekommen, dass ein Zusammenhang zwischen dem individuellen Verhalten und den familiären Beziehungen besteht. Vereinfacht gesprochen würde das bedeuten, dass Sabrinas Verhalten von der Mutter beeinflusst würde und anders rum gesehen, diese genauso auf Sabrina reagiert und dementsprechend handelt. Sie beeinflussen sich also wechselseitig. Der konstruktivistisch orientierte systemische Ansatz nimmt explizit Bezug auf die Systemtheorie und dem Autopoiese-Konzept. Das bedeutet, dass man noch immer davon ausgeht, dass ein System nicht gezielt beeinflusst werden kann. Zudem wird aber auch noch der Einfluss des Beobachters zum System berücksichtigt<sup>17</sup> Der Unterschied zu den älteren Denkansätzen ist das Autopoiese Konzept, was so viel bedeutet, dass sich lebende Systeme selbst organisieren und sich autonom verhalten. Also ist man zu der Erkenntnis gelangt, dass Beeinflussungen nur gemäß deren Eigenlogik und Eigendynamik aufgegriffen werden. In der Beratung bedeutet das, dass Belehrungen, Instruktionen, Veränderungsappelle und Interventionen nur den Einfluss haben können, der von dem jeweiligen Klientensystem gemäß ihrer Eigenlogik zugelassen wird. Was auch bedeutet, dass die Wirkungen einer Beratung nicht vorhersehbar sind.<sup>18</sup> Auch in diesem Denkansatz geht man davon aus, dass es nur möglich ist neue, anregende, bzw. verstörende Informationen in das Klientensystem zu bringen. Die Hauptmethoden sind auch wie im Mailänder Modell, das Reframing (die Umdeutung) und die zirkulären Fragen. Aber man fand, dass machtvolle Interventionen, wie die vom ursprünglichen Mailänder Team praktiziert wurden, gar nicht nötig sind. Da man zu der Erkenntnis gelangt ist, dass allein schon die zirkulären Fragen, gegebenenfalls mit Kommentaren, die einen neuen Bezugsrahmen für die Beschreibung des Problemverhaltens einführen, eine stark verändernde Kraft haben.

---

<sup>15</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 162

<sup>16</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 163

<sup>17</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 164

<sup>18</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 161

Aber ganz besonders bei diesem Ansatz ist die Bezugnahme auf den erkenntnistheoretischen Ansatz des radikalen Konstruktivismus. Man hat erkannt, dass es sich bei unseren Beobachtungen und Wahrnehmungen um unsere subjektiven Konstruktionen der Welt handelt. Der Berater kann die Welt also nicht objektiv sehen. Demnach kann er auch nicht beurteilen, ob etwas wahr oder falsch ist. Er kann nur schauen inwieweit es passt oder nicht und ob der Klient damit erfolgreich handeln oder überleben kann. Also interessiert sich der Berater nicht für den Wahrheitsgehalt, sondern deren Nützlichkeit für die Lebensgestaltung der Beteiligten.<sup>19</sup>

## **10. Begriffsbestimmungen**

### **10.1 Was ist ein System und was heißt systemisch**

Als erstes gilt es zu klären, was ein System ist und was systemisch eigentlich bedeutet. Systeme sind Elemente, die zueinander in Beziehung stehen. Das heißt, dass jeder Mensch ein Mitglied in verschiedenen Gruppen ist, deren Verhalten sich wechselseitig beeinflusst. Jedes System ist wiederum ein Teilsystem eines übergeordneten Systems. Präzisiert könnte man ein System in Interaktionssysteme, Kommunikationssysteme und Informationssysteme einteilen.

Auf das Fallbeispiel Sabrina M. bezogen, besteht das System aus Sabrina, ihrer Mutter und deren neuen Freund. Doch wer oder was aber zu einem System oder etwa Problemsystem gehört steht von vornherein nicht fest. Das heißt es muss jedes Mal gesondert definiert werden. Denn keinesfalls stellt eine ganze Familie gleich ein problemrelevantes Interaktionssystem dar.<sup>20</sup>

### **10.2 Die Kybernetik erster und zweiter Ordnung**

In der Zeit von 1950 bis 1980 ist man davon ausgegangen, dass der Beobachter außerhalb dessen steht, was er beobachtet. Diese Annahme über die Stellung des Beobachters im Verhältnis zum System wird als Kybernetik erster Ordnung bezeichnet. Man ging davon aus, dass der Berater als außenstehende Person dysfunktionale Interaktionsmuster innerhalb einer Familie mehr oder weniger objektiv erkennen könnte. So ging man von der Annahme aus, dass der Berater dann dementsprechend eingreifen könnte. Ab 1980 wurde die Kybernetik erster Ordnung durch die Kybernetik zweiter Ordnung abgelöst. Einschlägig dafür war das Konzept der Autopoiese.

---

<sup>19</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 165

<sup>20</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 157

Man ist zu der Erkenntnis gekommen, dass der Beobachter nicht von außen stehend das Problem objektiv betrachten kann. Der Berater wird also von Anfang an zu einem Teil des Problemsystems, sobald das Klientensystem mit ihm über ihre Probleme zu kommunizieren beginnt. Auch kann er nicht objektiv betrachten und beurteilen, sondern es handelt sich immer nur um seine eigenen Konstruktionen der Wirklichkeit. Jeder Berater wird wiederum ganz andere Beobachtungen machen.<sup>21</sup>

### 10.3 Das Konzept der Autopoiese

Das Konzept der Autopoiese (autos = selbst, poiein = machen) entstand 1971 und geht auf den Biologen Humberto Maturana zurück.<sup>22</sup> Wie bereits erwähnt, wurde durch das Autopoiese Konzept das Modell der Kybernetik erster Ordnung hinterfragt und grundlegend verändert. Man ist zu der Erkenntnis gekommen, dass Klientensysteme nicht gezielt von außen beeinflussbar sind. Sie werden als lebende Systeme angesehen, die sich selbst regulieren und erhalten. Sie verhalten sich auf ihre Weise autonom und können nicht durch eine äußere Kraft zielgerichtet beeinflusst werden. Die Überlegungen zur Unmöglichkeit instruktiver Interaktionen hatten in der systemischen Beratung weit reichende Folgen. Man ging nun von kämpferischen Metaphern zu eher kooperativen über. Man hat die Veränderungsbemühungen aufgegeben und ist zum Verstehen gelangt.<sup>23</sup>

### 10.4 Die Realität ist eine gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit

Für die systemische Beratung ist es wichtig ein Grundverständnis dafür zu entwickeln, was wirklich ist. Ein System ist nicht etwas, das dem Beobachter präsentiert wird, sondern es ist etwas, was von ihm erkannt wird. Der Berater kann die Wirklichkeit nie losgelöst sehen. Er konstruiert seine soziale Wirklichkeit durch gemeinsame Aktionen und Diskurse.

Die Wirklichkeit, die er also sieht, sind seine eigenen subjektiven Konstruktionen, die durch Gespräche entstehen.<sup>24</sup> Also ist die Wirklichkeit des Beraters nichts weiter als seine Erfindung. Es ist halt nur seine Sichtweise und nicht die Realität an sich.

---

<sup>21</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 160

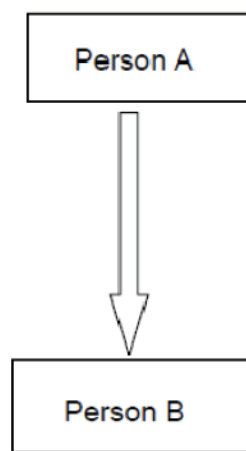
<sup>22</sup> vgl. Ludewig 1996, S. 381

<sup>23</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 69

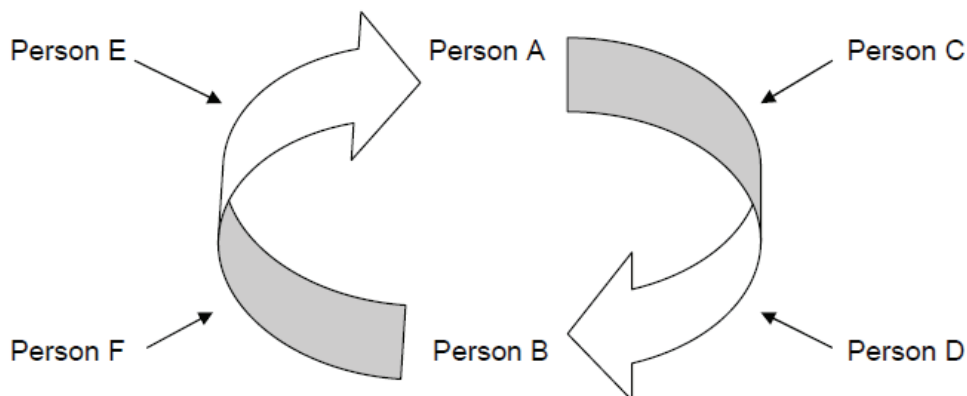
<sup>24</sup> vgl. Deissler 1996, S. 395

### 10.5 Die Kausalität

In der systemischen Beratung geht man nicht mehr davon aus, dass eine Ursache genau eine Wirkung erzielt. Man geht also nicht mehr von linearen Kausalzusammenhängen aus. Systemiker betrachten stattdessen die zirkulären Kreislaufprozesse des Systems. Das Augenmerk richtet sich nun mehr auf die Muster von Beziehungen und Wechselwirkungen. Jede Handlung hat also Rückwirkungen auf die handelnde Person selbst. Dieser Aspekt wird auch Selbstreferenz oder Selbstrückbezüglichkeit genannt.<sup>25</sup>



Frühere Denkweise: Lineare Ursache – Wirkungs – Zusammenhänge.



Systemische Denkweise: Zirkuläre Wechselbeziehungen, das heißt die Personen in einem System beeinflussen sich wechselseitig.

**Abb.5:** Lineare Kausalbeziehung / zirkuläre Wechselbeziehung (Beispiel)

<sup>25</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 90



## **11. Wie konstruieren sich Probleme aus systemischer Sicht?**

Systemiker gehen nicht davon aus, dass zum Beispiel das System Familie ein Problem für sich als Merkmal hätte. Störungen gelten vielmehr als interaktionelle Probleme, statt als Zustände einer einzelnen Person. Das Konzept der problemdeterminierten Systeme nach Anderson, Goolishian und Windermann befasst sich mit diesem Thema. Demnach ist man zu der Erkenntnis gelangt, dass Probleme nichts anderes sind, als charakteristische Kommunikationen über irritierende oder als Störung empfundene Sachverhalte und Verhaltensweisen. Ein Problem entsteht also, wenn jemand diesen Zustand als störend, unerwünscht und veränderungsbedürftig erlebt. Das Problem wird durch die Kommunikation darüber entdeckt. So organisiert sich ein System um das Problem herum, das System ist problemdeterminiert.<sup>26</sup> Dieses Problemsystem löst sich wieder auf, wenn das Verhalten in der Zukunft nicht mehr als störend empfunden wird. Das Problem kann sich aber auch in eine andere Richtung entwickeln, es kann sich verfestigen. Wenn der Berater nur linear auf das Problem schaut und versucht die Ursachen für ein Problem zu finden. Er sucht den Grund eventuell in der früheren Vergangenheit und reißt somit das Verhalten aus seinem interaktiven Zusammenhang. Das wird auch als de-Kontextualisierung bezeichnet.

Die systemische Beratung bietet dem Klientensystem die Möglichkeit eine Problemkonstruktion aufzulösen.<sup>27</sup> Dafür kann der Berater bestimmte Krankheitseinsichten oder Problemdeutungen infrage stellen. Indem er zum Beispiel danach fragt, wer wann angefangen hat, zu glauben, dass man auf die Probleme keinen Einfluss nehmen kann. Der Berater kann zudem bei der Verflüssigung von Eigenschaften zu Verhaltensweisen helfen. Es würde dann nicht mehr um Probleme gehen, die jemanden als Eigenschaften zugeschrieben werden. Bei der Rekontextualisierung versucht der Berater das Problemverhalten in einer sinnstiftenden Art und Weise mit der interaktionellen Lebenssituation des Betroffenen zu verknüpfen. Durch zirkuläre Fragetechniken zeigt er Interaktionskreise auf, die das problematische Verhalten aufrecht erhalten können.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 167

<sup>27</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 167

<sup>28</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 168

## **12. Das systemische Krankheitsverständnis**

Am Anfang dieser Arbeit wurden nur die Krankheiten, deren Formen und ihr Verlauf in den Blick genommen. Da ging es hauptsächlich um den depressiven Menschen, der von einer Krankheit befallen ist. Das systemische Krankheitsverständnis sieht die Krankheit nicht mehr als ein persönliches Merkmal an, das ein einzelner Mensch für sich hat. Systemisch spricht man eher von Mustern, nicht von Krankheiten. Diese Denkweise macht deutlich, dass es hier nicht darum geht in krank oder gesund zu unterscheiden.

Eine Krankheit wird eher als eine störend oder gestört erlebte Interaktion angesehen, an der einer oder mehrere so sehr leiden, dass ihnen Krankheitswert zugeschrieben wird.<sup>29</sup> Also geht es hier nicht mehr um die Eigenschaften einer Person, sondern es werden ganze Interaktion- bzw. Kommunikationssysteme in den Blick genommen. Im Mittelpunkt stehen die Beschreibungen von Verhaltensweisen. Genauso gehen die Systemiker nicht davon aus, dass eine Krankheit ihren Verlauf nimmt. Den Verlauf einer Depression bestimmen Menschen selbst. Der Berater sieht den Betroffenen auch nicht als den, der von einer Krankheit befallen ist, sondern als einen Experten, der neben seinen Beschwerden und Lebensproblemen auch über vielfältige Ressourcen verfügt. Mit Hilfe der systemischen Beratung kann der Betroffene seine Probleme bewältigen.<sup>30</sup>

## **13. Techniken der systemischen Beratung**

### **13.1 Möglichkeitsspielraum vergrößern**

Der Grundgedanke hierbei ist es, dass die systemische Beratung die Denk- und Verhaltensmöglichkeiten der Klienten vergrößern helfen soll. Es geht also um das gemeinsame Aushandeln von Wirklichkeitsdefinitionen, die die Bedeutungsgebung erweitern helfen können.

Die Beratung soll zudem dabei helfen, die Denk- und Handlungsspielräume zu erweitern. So dass die Klientensysteme dazu angeregt werden, mal an das bislang ungedachte zu denken und neues auszuprobieren. Durch Methoden, wie der Verstärkung oder Provokation, soll dies erreicht werden.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> vgl. Schweizer/Schlippe 2006, S. 15

<sup>30</sup> vgl. Ludewig 1996, S. 53

<sup>31</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 173

### 13.2 Hypothesenbildung

In der systemischen Beratung stellt die Hypothesenbildung eine wichtige Methode dar. Der Berater nutzt die Hypothesen, um interaktionelle Zusammenhänge in Bezug auf die Problembeschreibungen zu verdeutlichen. Ihm geht es dabei nicht darum, ob diese oder jene Hypothesen, die er aufstellt, richtig oder falsch sind. Es ist viel wichtiger danach zu schauen, ob sie nützlich sind. Die Nützlichkeit derer bemisst sich an ihrer Ordnungs- und Anregungsfunktion. Der Ordnungsfunktion dienen sie deshalb, weil sie die vielen verschiedenen Informationen im Gespräch sammeln und bedeutsames von irrelevanten trennen können. Zudem können die Hypothesen zu ganz neuen Sichtweisen anregen, sodass sich daraus eventuell neue Möglichkeiten ergeben.

Eine Hypothese ist umso passender, je mehr Mitglieder eines Problemsystems sie umfasst und je mehr sie in der Lage ist, die Handlungen der verschiedenen Akteure in wertschätzender Art und Weise zu verbinden.<sup>32</sup> Eine große Rolle bei der Hypothesenbildung spielt auch der Aspekt der Zirkularität. Systemische Hypothesen sollen zirkuläre Kreislaufprozesse betonen und die Wahrnehmung auf interaktionelle Zusammenhänge richten. Das Problem soll sinnstiftend in einen Kontext eingebettet werden, denn es gibt keine vom Kontext losgelösten Eigenschaften einer Person. Zuletzt können die Hypothesen auch dem Problemverhalten eine positive Funktion zuschreiben, indem man ihm eine ganz andere, eventuell neue Funktion zuschreibt. Hypothesen sind besonders wirksam, wenn sie diese deutlich von denen der Klienten unterscheiden, aber durchaus plausibel sein könnten.<sup>33</sup>

### 13.3 Systemische Fragen

Die systemischen Fragen sind eine der wichtigsten Methoden in der Beratung. Wie bei jeden Fragen, erhält der Berater so genügend Informationen und gibt auch neue Informationen in das Klientensystem. Mit den systemischen Fragen kann der Berater auch Dinge, wie sie die Familie sieht, verstören. Denn in jeder Frage versteckt sich auch eine implizite Aussage. Bei systemischen Fragen handelt es sich um eine Form der Intervention, die nicht unterschätzt werden sollte. Diese Denkweise untermauert das kommunikationstheoretische Axiom nach Watzlawick, das man nicht nicht kommunizieren kann.

---

<sup>32</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 117

<sup>33</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 175

Es wird deutlich, dass es unmöglich ist Fragen zu stellen, ohne damit zugleich bei den Befragten und anderen anwesenden Personen eigene Ideen anzustoßen.<sup>34</sup>

### 13.4 Zirkuläre Fragen

Mithilfe der zirkulären Fragen hat der Berater die Möglichkeit, neue anregende bzw. verstörende Informationen in das Problemsystem zu geben. Die Idee bei dieser Methode ist, dass in einem sozialen System jedes gezeigte Verhalten immer auch als kommunikatives Angebot verstanden werden kann. Das bedeutet, dass Verhaltensweisen, Symptome, aber auch die unterschiedlichen Formen von Gefühlsausdruck nicht nur als im Menschen ablaufende Ereignisse zu sehen sind, sondern sie haben auch immer eine Funktion in den wechselseitigen Beziehungsdefinitionen. Zudem fragen die zirkulären Fragen nicht nach Dingen oder Zuständen, sondern nach interaktionellen Mustern. Ein Symptom, ein Problem, eine Krankheit sind keine Dinge, sondern Prozesse, gebildet durch Handlungen und Kommunikationen verschiedener Personen.<sup>35</sup>

### 13.5 Spezielle Formen der zirkulären Fragen

#### 13.5.1 Die Klassifikationsfragen

Es gibt viele unterschiedliche Formen der zirkulären Fragen, zu denen zum einen die Klassifikationsfragen zählen. Der Berater hat die Möglichkeit diese Frageform zu verwenden wenn er Unterschiede in den Sichtweisen und Beziehungen herauszuarbeiten möchte. Zum Beispiel: Wer ist heute mit dem meisten Optimismus hergekommen, wer am skeptischsten?<sup>36</sup>

#### 13.5.2 Die Prozentfragen

Eine weitere Form der zirkulären Fragen sind die Prozentfragen. Mithilfe dieser Fragen kann das Klientensystem dazu eingeladen werden, Ideen, Überzeugungen, Stimmungen, Krankheitskonzepte oder Meinungen übereinander zu differenzieren. Der Berater kann mithilfe dieser Fragen Ambivalenzen, widersprüchliche Strebungen in einzelnen und in sozialen Systemen zunächst verdeutlichen und im weiteren Verlauf verflüssigen.

---

<sup>34</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 137

<sup>35</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 138

<sup>36</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 143

Ein Beispiel für eine solche Frage wäre: Zu wie viel Prozent halten sie ihr Verhalten für den Ausdruck einer Stoffwechselerkrankung, zu wie viel Prozent für den Ausdruck ihres Lebensstils? Wenn sie es noch stärker als eine Stoffwechselerkrankung betrachten würden, würde ihr Leben dadurch leichter oder komplizierter, angenehmer oder trostloser?<sup>37</sup>

### 13.5.3 Die Übereinstimmungsfragen

Bei den Übereinstimmungsfragen hat der Berater die Möglichkeit herauszufinden, wer welche Sichtweise vertritt und inwieweit die Sichtweisen der Einzelnen übereinstimmen. Er kann also danach fragen, ob jemand das genauso sieht wie der andere oder ob er ganz anderer Meinung ist.<sup>38</sup>

### 13.5.4 Die triadischen Fragen

Diese Frageform zählt zu den Hauptformen der zirkulären Fragen. Hier kann der Berater jeden bitten, die Beziehung zwischen zwei anderen anwesenden Personen auf eine bestimmte Frage darzustellen. So wäre zum Beispiel eine triadische Frage, wenn der Berater den Sohn befragt, der die Beziehungen der Eltern beobachten konnte. Was er denkt, was in seinem Vater abläuft, wenn dieser die Mutter sieht, wie sie Probleme mit der kleinen Schwester hat.<sup>39</sup>

### 13.5.5 Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion

Wenn der Berater Beziehungsmuster verdeutlichen will, dann kann er auf die Wirklichkeitskonstruktion oder Gegenwartsfragen zurückgreifen. Diese Frageform befasst sich mit zwei großen Bereichen. Zum einen mit dem Kontext des Auftrags und zum anderen mit dem Kontext des präsentierten Problems, sowie den vielen verschiedenen Perspektiven, die zusammen kommen. Der Berater kann hierbei den Auftragskontext erfragen, wer zum Beispiel die Idee zu diesem Kontakt hatte. Auch hat er die Möglichkeit Fragen zum Problemkontext zu stellen, aus welchen Verhaltensweisen das Problem denn bestehen würde.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 144

<sup>38</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 176

<sup>39</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 177

<sup>40</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 145

### 13.5.6 Fragen zur Möglichkeitskonstruktion

Bei dieser Frageform geht es dem Berater darum, neue Möglichkeiten in den Blick zu rücken. Hierfür kann er viele verschiedene Fragetechniken verwenden. Sie ermöglichen es, zirkulär kreative neue Möglichkeiten einzuführen. Da man ein System nicht zu neuen Lösungen zwingen kann, ist diese Form der Fragen auch ein Mittel, um spielerische neue Wege anzubieten.<sup>41</sup> Zum einen kann er mit den Verbesserungsfragen nach Ausnahmen von dem Problem fragen. Auch kann er das Klientensystem fragen, wie sie ihre Ressourcen einschätzen. Was sie jetzt zum Beispiel schon gut und gerne machen würden. Das Gegenteil zu erfragen wäre aber genauso eine Möglichkeit, das heißt, wenn der Berater die Verschlimmerungsfragen benutzen würde. Da könnte er danach fragen, was jemand dafür tun muss, um das Problem beizubehalten, zu verewigen oder zu verschlimmern. Eine Kombination dieser beiden Fragetechniken wäre eine gute Alternative, um herauszufinden, welchen Nutzen das Problem erfüllen könnte, wenn man es vorläufig noch behalten würde. So zum Beispiel, wofür wäre es gut, das Problem noch eine Weile zu behalten oder es gelegentlich noch einmal einzuladen?<sup>42</sup> Es gibt noch viele weitere Fragetechniken für die systemische Beratung, auf die hier jetzt aber nicht mehr weiter eingegangen werden soll.

## **14. Die Familienskulptur und andere metaphorische Techniken**

### 14.1 Die Familienskulptur

Diese Technik ist unabhängig von der jeweiligen Altersstufe und der jeweiligen Problematik anwendbar. Sie wurde von der Familientherapie entwickelt. Anhand der Familienskulptur wird es dem Berater möglich, einen ganzheitlichen Zugang zu dem komplexen System Familie auf die unterschiedlichsten Ebenen zu bekommen. Diese Technik gehört zu den interessantesten erlebnisintensivierenden Methoden. Die Familienmitglieder sollen hier ihre Bilder der Familienbeziehungen aufbauen. Sie sollen darstellen, wie es im Moment ist und wie sie sich das wünschen. Mit Hilfe dieser Technik kommt der Berater schneller zu den wesentlichen Themen der Familie. Ein Familienmitglied, das nicht im Zentrum der Konflikte steht, ist am Anfang der Bildhauer. Es kann ganz ohne Worte die ganze Familie im Raum positionieren, so dass es für ihn stimmig ist. Er ist wie ein Bildhauer der Skulpturen erstellt. Das macht deutlich, wie dieses Mitglied die Familie in diesem Moment sieht.

<sup>41</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 155

<sup>42</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 147

Die anderen Mitglieder, die die Skulpturen darstellen, werden aufgefordert in dieser Position zu verharren. Sie sollen dabei auf ihre Empfindungen und Gefühle achten. Auch sie können bei Unstimmigkeiten das gestellte Bild wieder verändern. Diese Technik ist eine gelungene Art und Weise eine systemische Beratung auch mal spielerisch zu gestalten.<sup>43</sup>

#### 14.2 Das Familienbrett

Wenn der Berater nicht mit den Familienskulpturen arbeiten möchte, bietet sich das Familienbrett als eine bewährte Alternative an. Hierfür können Holztafeln und Spielfiguren verwendet werden. Die Familienmitglieder erhalten hier die Möglichkeit, die Figuren so zu stellen, dass sie symbolisch die Nähe und Distanz widerspiegeln. Für diese Technik kann der Berater viele verschiedene Mittel verwenden. Zum Beispiel kann die Familie unter die Figuren kleine Klötzchen legen. Damit können die Hierarchiebeziehungen dargestellt werden.<sup>44</sup>

#### 14.3 Die Videokonsultation

Bei der Videokonsultation handelt es sich um eine Technik, in der der Berater in die Familie geht und verschiedenste Alltagssituationen filmt. Die aussagekräftigsten Filmausschnitte werden dann mit der Familie angeschaut und ressourcenorientiert reflektiert. Diese Methode hat den Vorteil, dass das Alltagsgeschehen in der Familie in Sprache gefasst wird und so die Interaktionssequenzen, die normalerweise verborgen sind, bewusst gemacht werden können.<sup>45</sup>

### **15. Die Externalisierung des Problems**

Mit dem Konzept der Externalisierung des Problems von Michael White, kann der Berater versuchen die Probleme und die persönliche Identität eines Klienten zu unterscheiden. Daraus ergibt sich, dass die Muster der Beschreibungen verstört werden können, die das Problem sonst aufrechterhalten würden. Mit dieser Denkweise ist also die Idee verbunden, dass nicht eine einzelne Person als das Problem zu sehen ist.

---

<sup>43</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 166

<sup>44</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 168

<sup>45</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 169

In der systemischen Beratung eignet sich diese Methode sehr gut, um mit Kindern zusammen zu arbeiten. Diese würden nun nicht als böse, problematisch oder ungezogen bezeichnet.<sup>46</sup>

### **16. Die positive Konnotation**

Die Technik der positiven Konnotation wurde im Mailänder Modell entwickelt. Es geht darum, alle Verhaltensweisen innerhalb der Familie wertschätzend zu kommentieren und positiv zu bewerten. Der Berater muss auch hier daran denken, dass jede Verhaltensweise ein konstruktiver Beitrag zur Erhaltung der Einheit der Familie darstellt, die er wertschätzen kann.<sup>47</sup>

### **17. Das Reframing**

Die Umdeutung ist vielleicht die wichtigste Methode in der Systemischen Beratung. Reframing bedeutet, dass der Berater versucht, etwas Geschehenem einen ganz anderen Rahmen zu geben. Dadurch verändert sich die Bedeutung des Geschehens. Die Bedeutung einer Information ist abhängig von den Kontextmarkierungen. Das sind sozusagen die Kennzeichen, wie eine Aussage zu verstehen ist. Zum Beispiel wäre der Satz: Ich mache dich fertig, ganz anders zu verstehen, wenn man sich in einem Schachspiel befindet, als wenn man das in einer Kneipe hören würde. Der soziale Sinn ist der Rahmen, der bestimmt, wie eine Sache zu verstehen ist. So wird deutlich dass sich die komplette Bedeutung verändert, sobald sich der Rahmen verändert, auch wenn sich am Inhalt selbst nichts ändert.<sup>48</sup>

### **18. Typische Grundprinzipien des systemischen Handelns**

Systemiker gehen nicht von der Annahme aus, dass genau eine Ursache eine Wirkung erzielt. Ganz im Gegenteil, ein Grundprinzip der systemischen Beratung sind die zirkulären Beschreibungen von Kreislaufprozessen. Das heißt also, dass jedes Mitglied eines Systems sich wechselseitig beeinflusst.<sup>49</sup> Vereinfacht gesprochen würde das heißen, dass jedes Mitglied in einer Gruppe auf etwas reagiert, was der andere sagt oder tut. Mit seinem zum Kontext passenden Verhalten reagiert und beeinflusst das Systemmitglied dann wiederum die Verhaltensweisen der anderen. Die systemische Beratung sieht das System als ein lebendes System.

---

<sup>46</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 170

<sup>47</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 178

<sup>48</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 177

<sup>49</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 158



Das bedeutet, dass sich Berater bewusst sein müssen, dass Klientensysteme nicht von außen gezielt beeinflussbar sind. Diese Systeme organisieren sich gemäß ihrer Eigengesetzlichkeit und verhalten sich autonom. Der Berater hat lediglich die Möglichkeit durch bestimmte Fragetechniken, wie den zirkulären Fragen neue Informationen in das System zu geben und somit alte Denkmuster zu verstören und neue anzuregen.<sup>50</sup>

Eine weitere wichtige Methode in der systemischen Beratung ist die Hypothesenbildung. Systemiker stellen so interaktionelle Zusammenhänge in Bezug auf die Problembeschreibungen dar.<sup>51</sup> Ein wichtiger Grundsatz in der systemischen Beratung ist die Ressourcen- und Lösungsorientierung. In vielen anderen Therapien, wie zum Beispiel der kognitiven Therapie, geht man davon aus, dass das depressive Verhalten erlernt wurde und dass man mittels verschiedener Techniken und Trainings ein neues Verhalten oder ein neues Denken erlernen kann. Also wird schnell deutlich, dass hier von Defiziten des Betroffenen ausgegangen wird. Systemiker sehen das wiederum ganz anders. Es gibt nichts, was die Klienten lernen müssten und nichts, was ihnen fehlen würde. Jeder besitzt Selbstheilungs- und Selbsthilfekräfte.<sup>52</sup>

### **19. Wichtige Grundhaltungen in der systemischen Beratung**

Die Freiwilligkeit der Klienten ist als wichtigste Voraussetzung für den Therapieerfolg anzusehen. Genauso bedeutsam ist es eine Gute, kooperierende Beziehung zum Klientensystem aufzubauen. Das bietet eine Art Grundlage, um Hilfen überhaupt erst anbieten zu können. Daher sollte der Berater stets offen, freundlich und respektvoll mit den Klienten umgehen. Eine wertvolle systemische Grundhaltung ist die Neutralität. Diese Neutralität kann auf drei Ebenen erfolgen. Erstens die Neutralität gegenüber Personen, das bedeutet, dass man nicht für bestimmte Personen Partei ergreifen oder sich auf eine Seite stellen sollte. Als Zweites die Neutralität gegenüber den Ideen, also das nicht zu erkennen geben, welche der geäußerten Problemerkklärungen, Wertvorstellungen und Lösungsideen bevorzugt werden. Als letztes die Neutralität gegenüber den Symptomen, was bedeutet, sich nicht auf die Seite der Symptombeseitigung und Veränderung zu stellen.<sup>53</sup> Ganz im Gegenteil, man orientiert sich an den Ressourcen die alle Klienten besitzen. Jeder verfügt über Selbstheilungs- und Selbsthilfekräfte, auch wenn sie derzeit nicht genutzt werden.

---

<sup>50</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 161

<sup>51</sup> vgl. Haselmann 2007, S.158

<sup>52</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 173

<sup>53</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 172

Die Aufgabe des Beraters besteht darin, diese Ressourcen zu entdecken und zu nutzen.<sup>54</sup> Die systemische Beratung stellt ein Angebot dar, was sich nach den Wünschen der Klienten richten muss. Hierfür ist am Anfang der Beratung die Klärung der Auftragslage von großer Bedeutung.

## **20. Typisches Vorgehen der systemischen Beratung am Fallbeispiel Sabrina**

Für den Berater ist es sehr wichtig, bei einer Neuanmeldung der Familie M. ausreichend Informationen über sie zu sammeln. Daher ist es bedeutend schon vorab zu erfahren, wer alles zur Familie gehört, wer zusammen in einem Haushalt lebt und wie der oder die Anmeldende das Problem darstellt. Bei einem Telefonat kann er versuchen ein bisschen mehr über die Familie in Erfahrung zu bringen. Dazu hat der Berater aber auch die Möglichkeit der Familie M. einen Fragebogen zuzusenden. Mit diesem kann er schon vor dem ersten Beratungsgespräch ein Genogramm erstellen. Der Berater muss aber aufpassen, sich nicht zu sehr an sein Genogramm zu klammern, denn daraus könnten Fehler resultieren. So könnte der Berater ein Familiensystem vorschnell zu einem Problemsystem erklären.<sup>55</sup> Wie in den vorangegangenen Punkten bereits erläutert wurde, stellt eine ganze Familie nicht zwangsläufig ein Problemsystem dar. Es muss jeweils gesondert definiert werden, wer dazu gehört und wer nicht. Zudem muss sich auch der Berater immer selbst als ein Teil des problemrelevanten Interaktionssystems definieren.<sup>56</sup> Er steht nicht außerhalb dessen, was er beobachtet, wie man noch in der Kybernetik erster Ordnung annahm.

Was der Berater in einem Genogramm sieht, welche Hypothesen er aufstellt und welche Beobachtungen er daraus herleitet, sind nie objektiv und beobachterunabhängig. Es sind immer seine individuellen Sichtweisen des Problems, das bedeutet, dass diese immer nur seine subjektiven Konstruktionen darstellen. Ein anderer Berater würde ganz andere Beobachtungen machen.<sup>57</sup> Alles in allem aber dienen Genogramme dazu, eine übersichtliche Darstellung von komplexen Familiensystemen zu erhalten. Im Folgenden ist das Genogramm der Familie M. zu sehen. Aus diesem gehen erste Informationen hervor, sodass der Berater sich gut auf das Erstgespräch der systemischen Beratung vorbereiten kann.

---

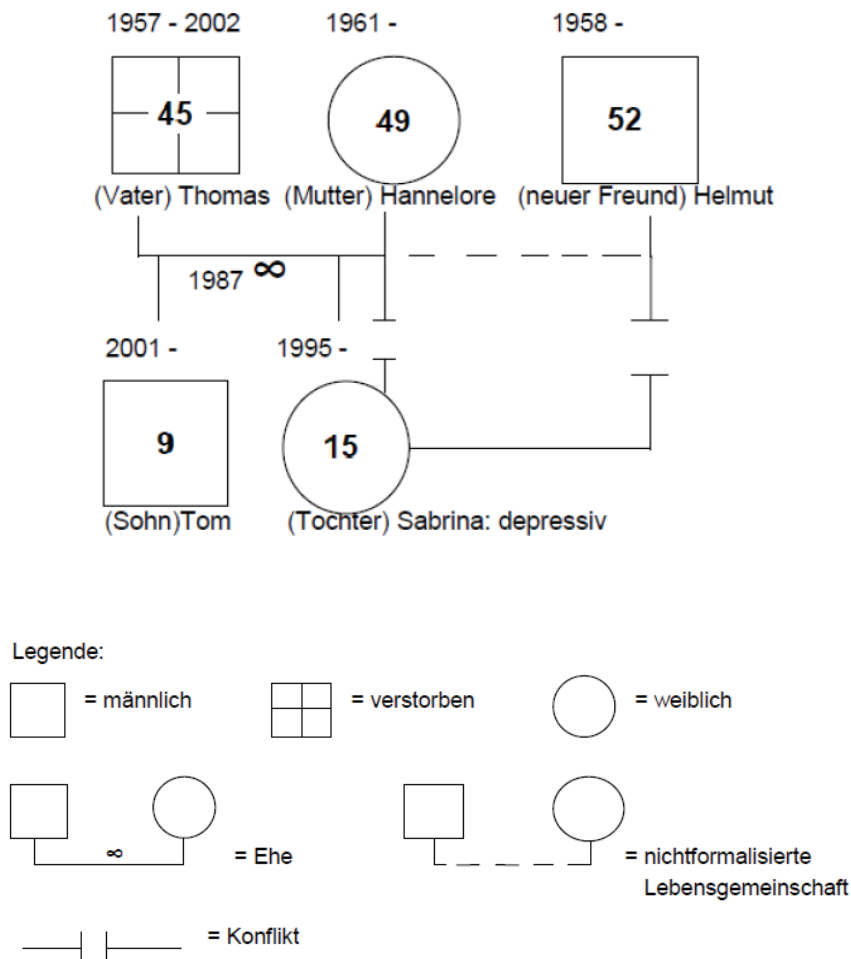
<sup>54</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 169

<sup>55</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 128

<sup>56</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 158

<sup>57</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 160

Das Genogramm der Familie M.:



**Abb. 6:** Genogramm zum Fallbeispiel Sabrina M.

Wie schon Anderson, Goolishian & Windermann in ihren Konzepten der problemdefinierten Systeme beschrieben haben, beginnt ein Problem immer damit, dass jemand einen Zustand als unerwünscht und veränderungsbedürftig erlebt.<sup>58</sup> So geht aus dem Genogramm hervor, dass Sabrina als das Problemkind angesehen wird. Sie muss nach der Meinung der Mutter und ihren neuen Friends an ihrem Verhalten etwas verändern. Die Mutter meint, dass es so einfach nicht weiter gehen kann. Sabrina verbaut sich ihre ganze Zukunft. Auch der neue Freund der Mutter gerät immer wieder mit Sabrina aneinander, was die familiäre Situation sehr belastet. Die systemische Beratung eignet sich sehr gut, um diesem Klientensystem kompetent zur Seite zu stehen. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass der Berater nicht mehr die Eigenschaften isolierter Personen sieht, sondern dass sich der Blick auf ganze Interaktions- und Kommunikationssysteme richtet.<sup>59</sup>

<sup>58</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 167

<sup>59</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 157

Das bedeutet, dass Sabrina nicht als isoliert anzusehen ist, sondern ihr Verhalten wird von anderen Personen in ihrem System wechselseitig beeinflusst. Also richtet sich die Aufmerksamkeit des Beraters nicht auf die Zustände oder Eigenarten eines Klienten. Denn aus der Sicht der systemischen Perspektive geht es um interaktionale Probleme oder um unglückliche Kommunikationen.<sup>60</sup> Anhand des Fallbeispiels könnte man auch sagen, dass Sabrinas Verhalten eine Reaktion auf das Verhalten der Mutter, des Freundes und andere darstellt. Mit ihrem zum Kontext passenden Verhalten beeinflusst sie dann wiederum das der Mutter und des Freundes. Diese reagieren entsprechend darauf und so weiter. In der systemischen Beratung ist man sich sicher, dass jedes Verhalten einen Sinn macht, wenn man den Kontext kennt. Es gibt also keine vom Kontext losgelösten Eigenschaften einer Person. Das bedeutet, dass jedes Verhalten eine sinnvolle Bedeutung für die Kohärenz des Gesamtsystems hat.<sup>61</sup>

Am Anfang der systemischen Beratung hat der Berater die Möglichkeit mit einer positiven Konnotation zu arbeiten. Er kann das Kommen und das damit verbundene Engagement aller Erschienenen wertschätzen. Das würde die neue und noch unbekannte Situation erst mal auflockern. Dieses Vorgehen hilft auch bei der Herstellung einer kooperierenden Beziehung. Für die systemische Beratung kann es von Vorteil sein, dass die ganze Familie anwesend ist. So kann sich der Berater eine umfassende Sichtweise verschaffen, weil er alles aus vielen unterschiedlichen Perspektiven betrachten kann. Zu Beginn der Beratung steht die Klärung des Überweisungskontextes und der Auftragslage im Vordergrund. Wurde Sabrina eventuell von ihrem Arzt zu einer systemischen Beratung überwiesen? Wenn ja, was wären seine Erklärungen für Sabrinas Verhalten? Was hatte er für Lösungsansätze und was für Erwartungen stellt er an diese Beratung? Oder hat eventuell die Mutter diese Beratung eingefädelt, weil Sabrina keine Medikamente einnehmen möchte? Welche Bedeutung hat diese Beratung für alle Beteiligten? Was wären ihre Erwartungen an die systemische Beratung? Ist Sabrina freiwillig gekommen? Das ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen einer Beratung. Aber genauso bedeutsam ist es, dass sich der Berater daran orientiert, was Sabrina möchte? Der Berater muss auch darauf achten, welche Problemdefinitionen alle Beteiligten vertreten? Und welche Unterschiede sich dabei feststellen lassen? Diese Vorgehensweise ist ein wichtiger Schritt, um die Interessen der Beteiligten zu sammeln, diese können sich auch widersprüchlich gestalten.<sup>62</sup> Der Berater erhält die Möglichkeit, so genügend Informationen für die systemische Beratung zu sammeln.

---

<sup>60</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 158

<sup>61</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 178

<sup>62</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 174

Wie vorher schon erwähnt wurde, orientiert sich die systemische Beratung an einer konstruktivistischen Position und dem Autopoiese – Gedanken. Das bedeutet, dass eine zielgerichtete Beeinflussung von außen nicht möglich ist, sondern nur lediglich alternative Wirklichkeitssichten oder Anregungen übermittelt, bzw. Verstörungen von Problemkreisläufen versucht werden können.<sup>63</sup> Das bedeutet, dass der Berater nur versuchen kann neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Als nächstes kann der Berater die Mutter, deren Freund und Tom befragen, wie sich Sabrina denn verhält, wenn sie sich auffällig verhält. Die Mutter meint, dass sie sehr faul wäre, denn sie geht nicht in die Schule und zieht sich überwiegend in ihr Zimmer zurück. Sie hat langsam die Nase gestrichen voll. Sie meint Sabrina wäre wie ihr Vater, der war auch immer so. Der Freund der Mutter erläuterte, wie aggressiv Sabrina ihm gegenüber werden kann. Tom findet es schade seine Schwester so zu sehen, er hat sie doch sehr lieb. Er will nicht, dass sich alle streiten.

Dem Berater wird anhand dieser Aussagen schnell deutlich, dass die Mutter und deren Freund in Sabrina das Problem sehen. Sie schreiben ihr eine Störung in der Persönlichkeit zu. An dieser Stelle eignet sich die Methode der Externalisierung des Problems. Der Berater hat dadurch die Gelegenheit, das Problem und die persönliche Identität von Sabrina zu trennen, was zur Entlastung der Familienbeziehung beitragen könnte. Die Muster der Beschreibungen können auf diese Weise verstört werden, über die das Problem aufrechterhalten und stabilisiert wird. Sabrina hat somit keine Störung in ihrer Person.<sup>64</sup> Diese Vorgehensweise kann sich sehr entspannend auf Sabrinas Situation auswirken. Als junges Mädchen, möchte man ja nicht, das alle auf einem rumhacken, wie schlecht man doch sei. Das kann dazu führen, dass sie sich viel eher auf die Beratung einlässt und mit dem Berater zu kooperieren beginnt. Für die systemische Beratung an sich ist es sehr wichtig, eine gute kooperierende Beziehung zum Klientensystem zu haben. Das ist eine Art Voraussetzung, um Hilfen überhaupt erst anbieten zu können. Der Berater muss dem Klientensystem in Beratungssituationen stets freundlich, offen, interessiert und respektvoll gegenüberreten. Genogramme können sich sehr gut dazu eignen Hypothesen zu bilden. Das heißt, der Berater kann unter Beachtung der Zirkularität der Systemmitglieder geeignete Hypothesen aufstellen. Dabei geht es aber auf keinen Fall darum, ob sie richtig oder falsch sind, sondern nur inwieweit sie passen oder nützen. Hypothesen erfüllen zwei wesentliche Funktionen. Zum einen haben sie eine Ordnungsfunktion und zum anderen eine Anregungsfunktion. Durch die Hypothesen bietet der Berater dem System ganz neue Sichtweisen an.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 171

<sup>64</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 170

<sup>65</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 175

Die sie vorher gar nicht so gesehen oder ganz anders wahrgenommen haben. So liegt die Hypothese nahe, dass Sabrina den Tod des Vaters nicht verarbeiten konnte und in dem Freund der Mutter einen Rivalen sieht, der sich als der neue Vater aufspielen will. Gerade als junges Mädchen, steht Sabrina zwischen der Mutter und ihrem neuen Freund und ist dieser Situation völlig ausgeliefert. So ist es möglich, dass Sabrina ihre Ängste, Ohnmachtsgefühle, Trauer, Verzweiflung oder Wut mit in die Schule nimmt. Aus systemischer Sicht muss der Berater den Blick neben der Familie auch auf die Schule richten. Vielleicht gerät sie in interaktionelle Probleme oder zieht sich zurück, weil sie neben der Familie, auch von ihren Mitschülern nicht genug Anerkennung erfährt und einsam ist. Schwänzt Sabrina eventuell um ihre Klassenkameraden nicht sehen zu müssen? Der Berater argumentiert, dass ihre Einsamkeit, besonders deutlich in der Schule zum Vorschein kommen könnte, was sie so verdrängen möchte. Trinkt sie Alkohol um ihre Probleme zu vergessen oder weil der Vater auch immer zur Flasche griff, wenn er Probleme hatte? Somit kann auch Sabrinas Verhalten ein Schrei nach Liebe sein. Es liegt nahe, dass ihr Bedürfnis nach Liebe nicht befriedigt und ihr Wunsch, Zuneigung zeigen zu dürfen, nicht erfüllt wurde. Als eine nächste sinnvolle Methode bieten sich die systemischen Fragetechniken an, so kann der Berater nicht nur mehr Informationen gewinnen, sondern auch neue Informationen in das Klientensystem geben. Er erhält so die Möglichkeit festgefahrene Sichtweisen infrage zu stellen. So sind die von einer Familie vorgebrachten Symptome eines Kindes als Beziehungsphänomene oder als interaktionelle Probleme zu verstehen. Der Berater geht nicht mehr davon aus, dass es sich um Sabrinas individuelle Probleme handelt.<sup>66</sup>

Für die systemische Beratung gibt es dafür zahlreiche Frageformen. So kann der Berater zum Beispiel danach fragen, wie sich Sabrina verhält und was sie tut, wenn die Mutter sie für depressiv hält? Dazu eignen sich die Fragen, die Eigenschaften zu Verhalten verflüssigen.<sup>67</sup> In einem nächsten Schritt, kann der Berater dann bei der Rekontextualisierung das Problemverhalten in einer sinnstiftenden Art und Weise mit der interaktionellen Lebenssituation verknüpfen. Dazu stellt er Fragen, die das Mit-Beteiligt sein aller betreffen. Durch zirkuläre Fragen kann er hier interaktionelle Zusammenhänge, bzw. Interaktionskreisläufe aufzeigen. Sabrinas Mutter und deren Freund würden sehen, dass sie dazu beitragen das Problemverhalten wie es ist aufrechtzuerhalten.<sup>68</sup> Auch ist es sinnvoll, die Methode der positiven Umdeutung anzuwenden, so kann der Berater dem Verhalten von Sabrina einen Sinn geben. Er verdeutlicht, dass dies Sabrinas Problemlösungsversuche darstellen könnten.

---

<sup>66</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 175

<sup>67</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 176

<sup>68</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 168

Das Problem wird auf diese Weise sinnstiftend in einen Kontext einbettet und dem Verhalten wird eine positive Funktion zugeschrieben.<sup>69</sup> Die Mutter und deren Freund haben so die Möglichkeit alles aus einer ganz anderen Perspektive wahrzunehmen. Vielleicht ist Sabrinas sozialer Rückzug und die Trauer, ihre Weise mit dem Tod des leiblichen Vaters umzugehen. Die Mutter entgegnete darauf, dass da wirklich etwas dran sein könnte und begann zu verstehen. Doch war sie der Meinung das Sabrina lernen müsste richtig mit dieser Situation umzugehen, schließlich ist es ja für alle nicht einfach. Der Berater, der dies wiederum aus der systemischen Perspektive betrachten konnte, meinte, dass dies nicht ganz richtig wäre. Denn er geht davon aus, dass sie über genügend Selbstheilungs- und Selbsthilfekräfte verfügt. Es gibt nichts, was ihr fehlen würde und was sie noch zu lernen hätte. Diese Sichtweise zeigt, dass der Berater in dieser systemischen Beratung ressourcenorientiert vorgeht.<sup>70</sup> Diese Handlungsweise bietet die Chance, dass sich Sabrina gestärkt und unterstützt fühlt, denn viele sind bisher nur von Sabrinas Defiziten ausgegangen. Der Fall nennt etliche Beispiele, wo dies deutlich wird. Sabrina schwänzt die Schule und ihre Noten werden zunehmend schlechter oder die Mutter macht ihr Vorwürfe, dass sie wie ihr verstorbener Vater sei. Und der Arzt diagnostiziert sie als ein depressives Mädchen. In der systemischen Beratung orientiert sich der Berater nicht daran, was Sabrina nicht kann oder nicht macht. Ganz im Gegenteil, es wird danach geschaut, was Sabrina für Ressourcen mit sich bringt und was ihr jetzt schon gut gelingt. Er geht somit lösungsorientiert vor. Sabrina ist sehr zuverlässig, wenn es darum geht, dass sie auf ihren jüngeren Bruder aufpassen soll. Sie hat ihren Bruder sicherlich sehr gerne.

Eine weitere wichtige Grundhaltung ist die Kundenorientierung. Es ist sehr wichtig danach zu schauen, was Sabrina will und nicht was die anderen meinen, was gut für sie ist. Der Berater bittet Sabrina ihre Wünsche und Ziele zu äußern. Denn Sabrina ist hier die Expertein, für das was sie will und was nicht. Für das Gelingen der Intervention schien es von großer Bedeutung, dass der Berater Sabrina nicht zu etwas zwingt, was sie nach der Meinung der Mutter braucht, sondern das man sich daran orientieren muss, was sie selber will.<sup>71</sup> Zum verwundern der Mutter, konnte Sabrina ihre Ziele ganz konkret benennen. Sie will wieder in die Schule gehen und sie will auch bessere Noten schreiben. Sie möchte, dass die Mutter stolz auf sie sein kann. Der Berater zeigte aufmerksames Interesse und so hatte Sabrina auch das Gefühl, dass ihre Aussagen nicht bewertet würden.

---

<sup>69</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 175

<sup>70</sup> vgl. Schlippe/Schweizer 1998, S. 124

<sup>71</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 173

Die Neutralität gegenüber den Ideen von Sabrina ist ein wichtiges Grundprinzip in der systemischen Beratung.<sup>72</sup> Es sollte nicht erkennbar sein, welche Lösungsideen der Berater bevorzugt und welche nicht. Sabrina hatte durch die Beratung neuen Mut gewonnen, sie will vieles anders machen als zuvor. Die ganze Familie hat durch viele neue Informationen eine ganz andere Sichtweise auf Sabrina erhalten können. Der Berater schlug vor, dass sich alle noch ein zweites Mal treffen könnten. Bis dahin kann der Berater ihnen eine Verhaltensaufgabe aufgeben. Die Mutter, Helmut und Sabrina sollten mal versuchen bis zur nächsten Sitzung einmal ein überraschend anderes Verhalten zu zeigen als gewohnt.<sup>73</sup>

## **21. Die interpersonelle Psychotherapie**

Zunächst soll die interpersonelle Psychotherapie ganz allgemein erläutert werden. Danach wird diese Interventionsform auf das Fallbeispiel Sabrina M. bezogen.

### **21.1 Geschichtlicher Hintergrund**

Die interpersonelle Psychotherapie wurde aus einer Untersuchung über die Wirkung von Antidepressiva als Akutbehandlung in den Kliniken und als Prophylaxe in der Psychotherapie in den USA entwickelt. Dabei wurden Erkenntnisse aus verschiedenen Therapieschulen mit einbezogen, wie der Psychotherapie. Bis heute fand die praktische Anwendung kaum Beachtung, obwohl in einer Evaluation der interpersonellen Psychotherapie die erfolgreiche Wirkweise festgestellt wurde. Durch die guten Erfolgschancen wurden Modifikationen entwickelt, um die interpersonelle Psychotherapie auch auf andere Störungen anwenden zu können. Gegenüber einer medikamentösen Behandlung hielt man sich in der interpersonellen Psychotherapie offen. Die Integration der interpersonellen Psychotherapie in den Kliniken gelang noch nicht (vgl. Schramm, 1996, S. 5ff.). „Die praktische Anwendung scheint derzeit jedoch auf die jeweiligen universitären Forschungszentren [...] beschränkt zu sein (Schramm, 1996, S.8) In einer ähnlichen Weise entstand die interpersonelle Psychotherapie in Deutschland, allerdings unterscheidet sich ihre Entwicklung von der in den USA. In Deutschland fand diese Therapieform einen großen Anklang und es gelang eine umfassende Integration in der Praxis. So interessierten sich viele Psychologen und Therapeuten für eine Weiterbildung, um die interpersonelle Psychotherapie in ihrer beruflichen Ausübung anwenden zu können.

---

<sup>72</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 172

<sup>73</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 180



## 21.2 Allgemein

Bei der interpersonellen Psychotherapie handelt es sich um eine Kurztherapie. In den Ansatz der interpersonellen Psychotherapie werden Aspekte verschiedenster Therapieschulen, wie der systemischen und tiefenpsychologischen Therapie verknüpft. Sie ist vor allen Dingen zur Behandlung der Major Depression ausgerichtet. Die Erkenntnisse über die Risikofaktoren, welche zur Entstehung einer Depression beitragen, fließen mit in die Therapie ein. Zu den Risikofaktoren zählen beispielsweise das Geschlecht im Zusammenhang zu den biologischen und psychosozialen Faktoren. Aber auch Lebenskrisen, die es im Laufe der Lebensgeschichte zu bewältigen gilt und fehlende Entlastungsstrukturen, wie dem sozialen Umfeld, werden zu den Risikofaktoren einer Depression gezählt (vgl. Schramm, 1996, S.6ff.). Die Diagnostik und Klassifikation richten sich stark nach der ICD 10 und DSM – IV. Die Beschreibung der Symptomatik erfolgt multifaktoriell und auf verschiedenen Ebenen. Zum letzteren gehören die affektive Ebene, die Verhaltensebene, die kognitive Ebene, die physiologische Ebene und die interpersonelle Ebene. Auf der affektiven Ebene werden unterschiedlichste Gefühle auf einer unterschiedlichen Art und Weise erlebt. Scham und Schuld sind zwei charakteristisch unterschiedliche Emotionen. Sie werden vom Individuum unterschiedlich erlebt. Ausgelöst werden sie unter anderem dadurch, dass man die Erwartungen von seinen Mitmenschen nicht erfüllen kann. Antriebslosigkeit und Suizidgedanken spielen sich hingegen auf der Verhaltensebene ab (vgl. Schramm, 1996, S. 16ff.).

## **22. Ziele der interpersonellen Psychotherapie**

Die Ziele der interpersonellen Psychotherapie sind phasenspezifisch, sodass die Bearbeitung derer schrittweise erfolgt. Ganz allgemein stehen die Symptomatik der Depression und Konflikte, die in zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten, sowie Schwierigkeiten und Krisen, die bei Rollenwechsel auftreten, im Fokus der Aufmerksamkeit (vgl. Schramm, 1996, S.127ff.).

## **23. Durchführung der interpersonellen Psychotherapie**

In der interpersonellen Psychotherapie lassen sich drei Phasen in der Durchführung erkennen. Dabei beginnt diese mit einer Anfangs- oder Initialphase. Fortgeführt wird diese mit mittleren Sitzungen und endet schließlich mit den Sitzungen der Endphase.

Die Aufgaben des Therapeuten, sowie die dabei angewendeten Strategien zur Zielverwirklichung, unterscheiden sich dabei in jeder Phase. In der ersten Phase definiert Schramm sechs Ziele des Therapeuten. Zu Beginn der Therapie geht es zunächst um eine Informationssammlung, wobei der Fokus erst einmal auf der Symptomatik und Vorgeschichte des Patienten liegt. Mit der Anamnese werden drei Ziele verfolgt. Zum einen kann der Therapeut überprüfen, ob es sich tatsächlich um eine Depression bei dem Patienten handelt. Zum zweiten bekommt der Patient selbst das Gefühl sich, beziehungsweise die Symptomatik seiner Erkrankung verstehen zu können, sowie die Vorstellung darüber, dass seine Depression nicht unheilbar ist. Drittens wird hierdurch der Grundstein für den weiteren Verlauf der Therapie gelegt, sodass bereits in der Anfangsphase entschieden wird, wo der Hauptfokus liegen wird.

Bei den Symptomen spielen sowohl die somatischen, als auch die psychosozialen Auswirkungen eine wesentliche Rolle. So erfragt der Therapeut, ob Patienten beispielsweise unter Schlafstörungen, Angst und inneren Unruhe leiden. Auch der Zeitpunkt der Symptome ist von Bedeutung, so wie bei der Tagesform. So ist es von Bedeutung zu wissen, zu welcher Tageszeit sich die Depression am stärksten auswirkt, wann sich der Patient am wohlsten fühlt und wann am schlechtesten. Daneben klärt der Therapeut ab, ob der Klient suizidale Gedanken hat und wie intensiv diese sind. Auch sollte der Patient hinsichtlich seiner Selbsteinschätzung befragt werden. Das heißt konkret, ob dieser sich selbst als krank einschätzt. Die Symptome werden in den Beziehungskontext gebracht, wofür der Therapeut den Patienten nach vergangenen und aktuellen Beziehungen befragt. Das Interesse besteht hierbei, wie sich die Beziehungen auf die Symptome ausgewirkt haben oder auswirken. Dabei sind wechselseitige Erwartungen und entscheidende Lebensereignisse von Bedeutung. Wenn die Informationssammlung über die Symptome abgeschlossen ist, so erklärt der Therapeut dem Klienten, dass die Beschwerden wie häufige Kopfschmerzen oder Schlafstörungen keine organische Ursache haben, sondern im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Depression stehen. Im Anschluss dessen wird dem Patienten erklärt was eine Depression eigentlich ist und das eine Therapie ihm helfen kann.

Darüber hinaus sollte ihm erklärt werden, dass es auch Rückschläge und Schwierigkeiten während der Therapie gibt, was aber nicht bedeutet, dass der Patient die Hoffnung aufgeben soll. Bevor der Therapievertrag zwischen dem Therapeuten und dem Klienten abgeschlossen wird, muss abgeklärt werden, ob eine zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva notwendig ist.

Ebenso ist es notwendig, dem Klienten seine Rolle in der Therapie deutlich zu machen. Das bedeutet, dass dieser aktiv am Prozess mitwirken muss. Dazu zählt auch, dass der Patient während der Therapiesitzungen über das sprechen soll, was ihn beschäftigt. Da es sich bei der interpersonellen Psychotherapie um eine Kurztherapie handelt, ist es nicht möglich alle Themen des Patienten zu behandeln. Deshalb muss der Hauptfokus der Therapie und was mit dieser erreicht werden soll festgelegt werden. Hierfür kann es hilfreich sein, dass der Klient eine Liste mit seinen Zielen erstellt, die er nach ihrer Wichtigkeit und Realisierbarkeit ordnet. Das hat einen positiven Nebeneffekt. Während der Sitzungen kann er bereits kleine Erfolge sehen. Im Therapievertrag wird somit eine gemeinsam erarbeitete Perspektive des Therapeuten und des Klienten festgehalten. Darüber hinaus wird sich darüber geeinigt, wie viele Sitzungen durchgeführt werden. Ebenso erfolgt eine Absprache für den Fall, dass der Klient nicht zu einer Sitzung erscheint.

Nach Abschluss des Therapievertrages beginnt die mittlere Phase. Hier hat der Therapeut zunächst drei wesentliche Aufgaben. Dazu zählt die Motivation des Klienten über Themen zu sprechen, die ihn beschäftigen. Daraus ergibt sich eine weitere Aufgabe, die der Beziehungsgestaltung im Kontext der Therapie. Zu Beginn der Sitzungen soll der Klient von sich aus sprechen. Dafür besteht die Möglichkeit ihm einen Impuls zu geben. Falls dieser über, für das Therapieziel scheinbar irrelevante Dinge sprechen möchte, so muss man ihn zunächst fortführen lassen, da sich hier für die Therapie wichtige Informationen ergeben können (vgl. Schramm, 1996, S.145ff.). Da es sich um eine Therapie mit einem begrenzten Zeitrahmen handelt, ist das Ende fest. Der Endphase wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Zum einen kann es Schwierigkeiten aufgrund der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten geben. Entwicklungsschritte, wie neu erlernte Handlungsalternativen, können als Erfolg des Therapeuten und nicht als den eigenen gewertet werden. Angst kann sich für die Zeit nach der Therapie einstellen. Diese Angst bezieht sich auf Anforderungen, die der Patient nun ohne die Hilfe des Therapeuten lösen soll. Daher ist es notwendig das Ende der Therapie innerhalb der letzten Sitzungen vorzubereiten. Der Patient soll dabei in seinem Selbstvertrauen und Selbstwert bestärkt werden. Das geschieht, indem ihm aufgezeigt wird, dass die Fortschritte während der Therapie Ergebnis seines eigenen Handelns sind.

Gemeinsam kann in der letzten Sitzung der gesamte Verlauf der Therapie besprochen werden. Das beinhaltet auch die Fortschritte selbst, derer sich der Patient bewusst werden soll. Kompetenzen und Strategien im Umgang mit Stresssituationen, die der Patient erlernt hat, können ihm mittels Rollenspiele aufgezeigt werden.

Ebenso soll ihm deutlich gemacht werden, welche Entlastungsstrukturen sich in seinem sozialen Umfeld finden lassen. Das heißt, der Patient soll sehen, welche Ressourcen sich in seinen sozialen Beziehungen finden lassen und dass diese ihm bei eventuell auftretenden Schwierigkeiten helfen können. Dafür ist es notwendig, dass der Patient ein gewisses Verständnis für die Entstehung seiner Erkrankung bekommt, vor allen Dingen für das frühzeitige Erkennen der Symptome. Dadurch besteht die Möglichkeit für ihn, sich Hilfe zu suchen, bevor sich die Symptome manifestieren. Eine Nachsorge in Form einer Suchtberatung kann bei einer bestehenden Alkohol- oder Drogenabhängigkeit in Betracht gezogen werden. Da der Erfolg der interpersonellen Psychotherapie nicht garantiert ist, besteht die Möglichkeit, dass es für einen Patienten nach der Therapie notwendig wird, eine Langzeittherapie zu machen (vgl. Schramm, 1996, S.186ff.).

Im Fokus der Therapie steht der Depressive selbst. Allerdings besteht trotz der Ausrichtung der interpersonellen Psychotherapie auf das Individuum auch die Möglichkeit, eine weitere Person aus dem sozialen Umfeld mit einzubeziehen, zu der der Patient einen starken Bezug hat. Das kann ein Partner sein oder auch jemand aus der Familie des Depressiven. Der Einbezug kann laut Schramm in drei Punkten der Therapie erfolgen: erstens in der Anfangsphase, zweitens in der Phase der Auseinandersetzung mit interpersonellen Konflikten und drittens in Krisensituationen. In der Anfangsphase besteht das Ziel darin, den Angehörigen und Bezugspersonen Depressiver ein besseres Verständnis für die Erkrankung des Patienten zu ermöglichen. Häufig ergeben sich aus dem Unverständnis für die Depression und ihrer Symptomatik Gefühle der Überforderung und Hilflosigkeit. Diese können sich krankheitsverstärkend auswirken. Auch versuchen Angehörige dem Depressiven zu helfen. Wenn diese Hilfeversuche scheitern, reagieren sie mit Enttäuschung und Ärger, was sich ebenfalls verstärkend auf die Depression auswirkt. Wenn sich die Depression des Erkrankten weiter verstärkt, kann es passieren, dass dieser sich weiter zurück zieht, was dazu führt, dass sich der Angehörige weiterhin hilflos und enttäuscht über ausbleibende positive Wirkung seiner Hilfe fühlt. Letztendlich entsteht ein Teufelskreislauf der mittels der interpersonellen Psychotherapie durchbrochen werden soll. Eine Handlungsempfehlung besteht für die Angehörigen Depressiver darin, dass sie versuchen sollen, zunächst einfach ein Verständnis für den Erkrankten zu entwickeln. Dazu zählt auch, dass sie bestimmte Ist – Zustände akzeptieren und das auch so dem Depressiven rückmelden. Patienten, die bestimmte Rollenerwartungen nicht mehr erfüllen können, entwickeln Schuldgefühle.

Wenn ihre Angehörigen ihnen das Gefühl geben, dass es ok ist, dass sie diese Erwartungen zeitweise nicht erfüllen können und zusammen mit dem Depressiven Möglichkeiten suchen, mittels derer sie am besten mit der aktuellen Situation umgehen können, kann einem konflikthaften Beziehungsmuster die Schärfe genommen werden (vgl. Schramm, 1996, S. 266). Bei der Klärung interpersoneller Konflikte wird geschaut, wie der Depressive und die jeweilige Bezugsperson zueinander stehen und miteinander in Interaktion treten. Dazu zählen wechselseitige Erwartungen und die Art und Weise, wie zum Beispiel Konflikte miteinander kommuniziert werden. Dabei soll es nicht darum gehen, einen Schuldigen zu finden, sondern aufzuzeigen, dass es Mechanismen in zwischenmenschlichen Beziehungen gibt, die sich ungünstig auswirken. Hier kann der Therapeut mit einem Rollenspiel arbeiten. Eine Möglichkeit besteht darin, Aussagen des Patienten aufzunehmen, die Idee dieser herausfiltern und umformulieren.

In Sabrinas Fall könnte dies folgendermaßen geschehen. Sie äußert dass ihre Mutter nur noch mit ihrem Freund unterwegs oder arbeitet ständig. Hieraus könnte die Information gezogen werden, dass sich Sabrina wünscht, ihre Mutter würde sich mehr Zeit für ihre Tochter nehmen und mehr um sie kümmern. Wichtig ist, dass es nicht nur um die Gefühle des Depressiven geht sondern auch die des Angehörigen. Es ist wichtig dass darauf geachtet wird das Gefühle in einer konstruktiven Art von den Gesprächsteilnehmern geäußert und kommuniziert werden und niemand beginnt zu schreien, was sich kontraproduktiv auf den therapeutischen Prozess auswirken würde. Sollte es zu solchen Situationen kommen, so besteht die Möglichkeit für den Therapeuten hier einzugreifen und dies mit den Gesprächsteilnehmern zu besprechen. Dabei soll allerdings nicht angeklagt werden, sondern vermittelt werden, dass Emotionen wie die Wut oder Enttäuschung verständlich sind, aber es hilfreicher ist darüber zu sprechen, was diese Gefühle ausgelöst hat (vgl. Schramm, 1996, S.269ff.).

Während der Therapie können auch nachdem sich die Symptomatik gebessert hat, Krisen auftreten und der Patient einen Rückfall erleiden. Eine sehr starke Eigengefährdung kann so stark sein, dass eine Einweisung in die Klinik von Nöten wird, was nicht nur mit dem Patienten selbst sondern auch mit den Angehörigen abgesprochen werden sollte. Auch kann mit den Angehörigen besprochen werden, ob es Belastungsstrukturen gab, die den Rückfall begünstigt haben. Hier würde sich der Ansatz finden, gemeinsam nach Entlastungsstrukturen zu suchen, die einen erneuten Rückfall verhindern (vgl. Schramm, 1996, S.272ff.).

## **24. Die Anwendung der interpersonellen Psychotherapie**

Die Durchführung der interpersonellen Psychotherapie erfordert spezielle Techniken und Strategien, die in der Therapie angewendet werden müssen. Obwohl die Techniken nicht im Hauptfokus der interpersonellen Psychotherapie liegen, sind sie zur Erreichung des Therapiezieles notwendig. Die Anwendungen der Techniken haben keinen generalisierten Charakter, sondern richten sich nach den jeweilig zu behandelnden Patienten. Deshalb soll die Veranschaulichung dieser Techniken beispielhaft an dem Fall Sabrina M. erfolgen. Der Gesprächsverlauf mit Sabrina wird vor allen Dingen von der Art und Weise der Gesprächsführung beeinflusst.

Ebenso spielen dabei die Beziehung zwischen Therapeut und Sabrina eine wichtige Rolle. Gesprächsbasis bildet zunächst die Anamnese. Um an Informationen von Sabrina zu gelangen ist es notwendig, bestimmte Fragetechniken anzuwenden. Hier wird zwischen der nondirektiven und der direktiven Technik unterschieden. Dabei handelt es sich zum ersten um offene Fragen. Der Therapeut könnte sich in dem Erstgespräch mit Sabrina fragen, warum sie die Therapie aufgesucht hat. Wenn Sabrina beginnt zu sprechen, ist es wichtig, dass der Therapeut eine wertschätzende Haltung ihr gegenüber einnimmt. Dazu zählen auch paraverbale Signale wie „mmhm“. Hierdurch kann ihr signalisiert werden, dass man ihr zuhört und sich für das, was sie erzählt, interessiert. Eine präsent und der Patientin zugewandte, offene Haltung können ihr das Gefühl geben, verstanden zu werden. Es kann darüber hinaus hilfreich und auch notwendig sein, bestimmte Aussagen, vor allen Dingen emotionsgeladene Begriffe, zu wiederholen. Wenn Sabrina zum Beispiel über ihre hysterische Mutter spricht, deren dummes Gelaber sie nicht ertragen kann, so könnten die Formulierungen hysterisch und dummes Gelaber aufgegriffen werden. Offene Fragen können bei bestimmten Patienten zu Überforderungsgefühlen führen. Wenn sich Sabrina sehr verschlossen zeigt oder es bei bestimmten Themen für sie sehr schwierig ist, darüber zu sprechen, wäre es vorteilhafter zunächst spezielle Fragen zu stellen. Ein Beispiel dafür ist das Thema des verstorbenen Vaters von Sabrina. Wenn sie bei diesem aufhören würde zu sprechen und beginnen würde auf den Boden zu starren, könnte sie gefragt werden, ob es ihr immer noch schwer fällt, über das Thema zu sprechen. Diese Frage, die auch dazu führt, dass Sabrina über ihre Gefühle sprechen würde, leitet zu der zweiten Technik der interpersonellen Psychotherapie. Hierbei soll ein Patient ermuntert werden, seine Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Dabei steht das Erlernen des Umganges mit Gefühlen im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen. Denn die Gestaltung dieser wird entscheidend von dem Umgang mit Emotionen beeinflusst.

In dem Fall Sabrina würde beispielsweise der Fokus auf der aktuellen Beziehung zu ihrer Mutter und auf der vergangenen Beziehung zu ihrem Vater liegen. Dabei kann es zunächst darum gehen, dass sich Sabrina bestimmte Gefühle, die ihr nicht lieb sind, eingesteht und sich derer bewusst wird. Dabei soll sie nicht versuchen diese zu ändern. Ziel hierbei ist, dass Sabrina bisher abgespaltene Gefühle zulässt. Der Verlust ihres Vaters kann sie zutiefst wütend gemacht haben, da sie sich von ihm im Stich gelassen fühlt. Allerdings empfand sie Scham- und Schuldgefühle, sodass sie begann die Wut abzuspalten.

In der Therapie wäre es aber nicht sinnvoll und unter Umständen nicht produktiv, wenn Sabrina die Gefühle wieder erlebt. Ziel wäre hier, dass die Patienten ein Verständnis für sich und ihre Emotionen bekommt. Darüber hinaus macht sie die Beziehung, die ihre Mutter vor einigen Monaten eingegangen ist, wütend. Sie ist eifersüchtig und hat Angst, nun von der Mutter im Stich gelassen zu werden. Allerdings lässt sie diese Gefühle nicht zu, da sie Angst hat, die Liebe ihrer Mutter gänzlich zu gefährden. Bei dem zuletzt genannten Punkt bestehen mehrere Möglichkeiten für Sabrina damit besser umzugehen. Zum einen könnte sie mit ihrer Mutter darüber sprechen und so versuchen, Lösungsstrategien zu entwickeln. Ihre Mutter könnte sich beispielsweise so mit ihrem Partner arrangieren, dass sie sich für bestimmte Tageszeiten nur für Sabrina Zeit nimmt. In der therapeutischen Arbeit ist es hier besonders wichtig, gegenüber der Patientin eine verstehende und akzeptierende Haltung einzunehmen, um Schwierigkeiten zu überwinden, die sich bei dem Zugang zu den Gefühlen ergeben. Eine weitere Technik besteht in der Klärung. Hierbei soll der Fokus darauf liegen, was konkret in der Therapie kommuniziert wurde. In den Aussagen des Klienten können sich Widersprüche einstellen, die zunächst die Aufmerksamkeit des Therapeuten erfordern. Daneben kann es notwendig sein, diese zu besprechen. Die Widersprüche können sich auf verschiedenen Ebenen ergeben. So kann es sein, dass das, was Sabrina sagt, nicht mit dem übereinstimmt, wie sie es sagt. Wenn Sabrina über die Beziehung ihrer Mutter spricht, dabei sehr leise wird und nur zum Boden schaut, jedoch angibt, dass es ihrer Mutter gut tut einen Partner zu haben, kann es von Bedeutung sein, dies in Form einer Frage zu fokussieren. Weiterhin können sich inhaltliche Widersprüche ergeben. Sabrina äußert beispielsweise in den ersten Therapiesitzungen, dass es für sie in Ordnung ist keine Freundschaften zu Gleichaltrigen zu haben, da sie sowieso niemand versteht. In den späteren Sitzungen gibt sie an, wie schön es wäre doch zumindest eine beste Freundin zu haben. Generell gilt es, die emotionale Verfassung der Klientin bei dem bewusst machen dieser Widersprüche zu beachten. In zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen häufig Konflikte aufgrund nicht erfüllter Erwartungen.

Grundlage dieser Probleme kann die Art und Weise sein, wie miteinander kommuniziert wird. Diese Annahme führt zu einer weiteren Technik, der Kommunikationsanalyse. Die Kommunikation kann in vielfacher Weise gestört sein. Wenn Sabrina sich mit ihrer Mutter streitet, so zieht sie sich in ihr Zimmer zurück. Auf diese Weise versucht sie einem offenen Streit aus dem Weg zu gehen. Wenn Frau M. dann äußert, dass Sabrina mehr arbeiten muss, sodass später etwas aus ihr wird, so greift Sabrina dies als Angriff und Kritik auf, woraufhin sie sich ebenfalls in ihr Zimmer zurückzieht. Somit spricht Sabrina nicht über ihre Gefühle, Gedanken und Erwartungen, sondern versucht diese für sich allein zu verarbeiten, was viel seelische Energie kostet. Dies kann dazu führen, dass selbst kleine Anlässe zu einer Krise führen. Das Ziel besteht darin, dass sich Sabrina dessen bewusst wird. Dadurch besteht die Möglichkeit, die Beziehung zu ihrer Mutter anders zu gestalten.

Die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen bildet einen wesentlichen Schwerpunkt in der interpersonellen Psychoanalyse. Auf welche Weise ein Patient seine sozialen Kontakte gestaltet und wie er sich in der sozialen Interaktion verhält, kann mittels der Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten modellhaft ersichtlich werden. Während des Therapieprozesses können sich Gefühle, wie Ärger oder Wut bei den Patienten gegenüber dem Therapeuten einstellen und es kann zu Konflikten kommen. Hierbei ist es wichtig, dass der Klient seine Gefühle rückmeldet. Sabrina wurde während der Therapiesitzungen wütend auf den Therapeuten. Bei eingehender Analyse wurde der Grund dafür deutlich. Während über den Kommunikationsstil der Patientin gesprochen wurde bekam sie Angst. Sie befürchtete, dass ihre Mutter sie verstoßen würde, wenn sie damit beginnt, offener über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen.

Weiterhin werden in der interpersonellen Psychotherapie die Techniken zur Verhaltensänderung angewendet. Dazu zählen direktive Techniken, die Entscheidungsanalyse und das Rollenspiel. Zu der direktiven Technik zählt beispielsweise die Unterstützung bei der Lösung praktischer Probleme. Da Sabrina seit einer geraumen Zeit nicht die Schule besucht hatte und zuvor Schwierigkeiten hatte, dem Unterricht zu folgen, könnte eine Hilfe darin bestehen, gemeinsam mit der Patientin eine geeignete Nachhilfe zu suchen. Allerdings muss Sabrina hier deutlich gemacht werden, dass niemand außer ihr für die Inanspruchnahme selbst verantwortlich ist. Bei schulischen Problemen besteht auch die Möglichkeit, dass der Therapeut das eigene Verhalten zum Modell nimmt. Er könnte ihr zeigen, wie er in seiner Studienzeit mit der Angst vor dem Versagen umgegangen ist. Dadurch bekommt die Patientin das Gefühl mit ihren Problemen nicht allein zu sein. Dabei muss beachtet werden, dass keine Ratschläge erteilt werden.



Für viele Probleme ist es schwierig, geeignete Möglichkeiten zu finden, um diese zu lösen. Darüber hinaus sind die Konsequenzen, die sich aus der Handlung ergeben, für die man sich entschieden hat, nicht sofort ersichtlich. Somit erfordert die Auswahl einer Entscheidung ein gründliches Abwägen, bei denen die Konsequenzen zu beachten sind. An diesen zwei Punkten setzt die Entscheidungsanalyse an. Bei Sabrina könnte ihr Rückzugsverhalten unter diesem Gesichtspunkt besprochen werden. Sich während eines Streits mit der Mutter in das Zimmer zurückzuziehen erfüllt zunächst eine wichtige Funktion, allerdings auf Kosten einer guten Beziehung zu ihrer Mutter und der dadurch versagten Möglichkeit, Probleme in der Interaktion zu besprechen, was letztendlich mit zu der Erkrankung führt. Bei der Anwendung dieser Technik sind zwei wesentliche Aspekte zu beachten. Zum ersten ist hierfür die Beziehung zwischen Therapeut und Patientin entscheidend und zum zweiten, dass der Therapeut zwar eine aktive und begleitende Rolle einnimmt, aber keine eigenen Lösungsvorschläge macht. Sabrina sollte die Möglichkeit gegeben werden, selbst zu Lösungen zu kommen. Die dritte Möglichkeit der Technik zur Verhaltensänderung besteht in einem Rollenspiel. Der Therapeut kann die Rolle der Mutter von Sabrina spielen. Hierdurch besteht die Möglichkeit, zu sehen wie Sabrina ihre Beziehung zu Frau M. gestaltet. Der Therapeut kann sich in dem Rollenspiel so verhalten, wie es die Patientin beschrieben hat. Hier kann Sabrina dazu ermuntert werden, bestimmte Verhaltensweisen auszuprobieren. Somit bekommt sie die Möglichkeit, innerhalb eines geschützten Raumes zu sehen, wie es sich anfühlt, anders als bisher auf spezielle Situationen zu reagieren (vgl. Schramm, 1996, S.189ff).

## **25. Zentrale thematische Ansatzpunkte**

Die Depression ist weit verbreitet und es erkranken jährlich tausende daran. Was führt nun dazu? Welche Faktoren begünstigen das Erkranken an einer Depression? Diese Fragen sollen in diesem Punkt erörtert werden. Die folgenden Erkenntnisse stammen aus einem speziellen Therapieverfahren der Psychotherapie, der interpersonellen Psychotherapie. Ausgangspunkt der ersten Überlegung ist ein wesentlicher Verlust. Die Art und Weise, wie Menschen damit umgehen, hat entscheidenden Einfluss auf ihre Persönlichkeit, konkret wie getrauert wird. Schramm unterscheidet hier zunächst zwischen dem gesunden, „normalen“ Trauern und „abnormen“ Trauern. Letztere unterteilt sie in die verzögerte und verzerrte Trauer. Kernpunkt der These ist, dass die Trauer entweder nach einem Verlust dann einsetzt, wenn die Person an diesen durch einen anderen erinnert wird oder aber das statt einer normalen Trauerarbeit nichtaffektive Symptome auftreten.

Dies kann sowohl unmittelbar nach dem Verlust eintreten oder erst viel später. Gefühle wie Scham, Schuld, Aggression oder Angst sind sehr präsent bei einer abnormen Trauer. Diese Gefühle des trauernden richten sich dabei gegen sich selbst und den Verlust (vgl. Schramm, 1996, S.147ff.). In dem Fall von Sabrina M. könnte der Tod ihres Vaters einen entscheidenden Einfluss auf ihre psychische Entwicklung gehabt haben, woran die interpersonelle Psychotherapie ansetzen könnte. Hier besteht die Aufgabe, herauszufinden, ob Sabrina effektiv um ihren Vater trauern konnte. Anhaltspunkt für die Hypothese, es bestehe ein Zusammenhang zwischen dem Tod ihres Vaters und der sehr viel später eingesetzten Depression, ist die Beziehung zu ihrer Mutter. Das heißt konkret, dass Frau M. aufgrund der eigenen Unfähigkeit zu Trauern es nicht zugelassen hat, dass ihre Tochter trauert oder Sabrina keinen Rückhalt dabei erfahren hat. Ein weiterer Faktor sind „interpersonelle Konflikte und Auseinandersetzungen“ (Schramm, 1996, S. 154). Ein Beispiel dafür ist eine Beziehung. Jeder der Beziehungspartner stellt gewisse Anforderungen und Erwartungen an den jeweils anderen. Hieraus können sich Spannungen und Konflikte entwickeln. Wenn sich dabei eine negative Perspektive bezüglich der Lösung dieser entwickelt, die Differenzen zu groß sind, als das sie in der Partnerschaft gelöst werden könnten oder die Konflikte nicht, beziehungsweise auf eine Art und Weise kommuniziert werden, die sich negativ auswirkt, können sich diese Konflikte manifestieren (vgl. Schramm, 1996, S.154ff.).

Hier könnte die interpersonelle Psychotherapie an der Beziehung von Sabrina zu ihrer Mutter ansetzen. Im Fokus würden beziehungs-technische Wechselwirkungsmechanismen stehen. So kann Frau M. mit den entwicklungsbedingten Veränderungen ihrer Tochter überfordert sein. Das Streben von Sabrina nach Autonomie könnte Verlustängste in ihr auslösen und sie dazu veranlassen, den Versuch zu unternehmen, ihre Tochter stärker an sich zu binden. Oder die Ambivalenz in Sabrinas Haltung, in der sie zwischen dem Drang nach Ablösung auf der einen Seite und auf der anderen Seite die Bindung zu ihrer Mutter sucht, könnte eine Überforderung und Verunsicherung bei Frau M. hervorrufen. Das kann sich in ihrer Erziehung niederschlagen und genau das hervorrufen, was sie zu vermeiden versucht. Auch hier könnte sich der Tod auf die Beziehung von Sabrina und Frau M. entscheidend ausgewirkt haben. Nach dem Tod von ihrem Mann kann Frau M. bis einschließlich dem Ausbruch der Depression bei Sabrina versucht haben, ihre Tochter sehr stark an sich zu binden. So kann Sabrinas Mutter sehr wütend auf ihren verstorbenen Mann gewesen sein, da sie sich von ihm im Stich gelassen fühlte. Diese Gefühle kann sie unbewusst auf Sabrina übertragen haben und so die Forderung an sie gestellt haben, dass ihre Tochter sie nie im Stich lassen darf.

Aus der Perspektive der Patientin können sich Gefühle, wie Verunsicherung, Abneigung und Aggression, die zunächst gegen ihre Mutter gerichtet waren und nun auf sich selbst projiziert wurden, einstellen. Des Weiteren können sich Rollenwechsel und Rollenübergänge ungünstig auswirken. Zunächst sei gesagt, dass ein Rollenwechsel altersbedingt oder situativ erfolgen kann. An jeder Rolle, die ein Mensch einnimmt, werden verschiedenste Anforderungen gestellt, wofür eine gewisse Anpassungsleistung erforderlich ist. Die Übernahme einer neuen Rolle kann als Verlust erlebt werden. Dies wird dadurch begünstigt, wenn die neue Rolle als negativ empfunden wird. Jemand der berentet wird, kann sich aufgrund des Arbeitsplatzverlustes und die damit einhergehende Einschränkung des sozialen Umfeldes nutzlos fühlen. Hierdurch wird das Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt. Die gilt auch bei einer nicht gelungenen Übernahme der neuen Anforderungen, die an die neue Rolle gestellt werden. Versagen und die Angst davor können zu einer Fehlanpassung führen und ebenso das Selbstwert stark beeinträchtigen (vgl. Schramm, 1996, S.168ff.). Sabrina befindet sich in einem Entwicklungsstadium, das zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter steht, somit auch zwischen zwei Rollen. Durch die Ablösung von der Rolle als Kind und der Übernahme der Erwachsenenrolle stellen sich ganz neue Anforderungen, welche die Patientin zu lösen versucht. Dazu bedarf es einer Anpassungsleistung. Die Depression könnte als Ausdruck einer Fehlanpassung in der neuen Rolle aufgrund der Überforderung an die neuen Anforderungen gesehen werden. Damit können Regressionen verbunden sein, die sich in dem Gefühlsleben der Patientin in Form von Scham und Schuld zeigt. Hierbei ist möglicherweise der Versuch zum Erhalt der kindlichen Rolle ein wesentlicher Aspekt, der eine Beachtung finden sollte.

## **26. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Interventionsformen**

In diesem Punkt sollen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der systemischen Beratung und der interpersonellen Psychotherapie beleuchtet werden. Die interpersonelle Psychotherapie weist in vielen Punkten einige Unterschiede zur systemischen Beratung auf. So wird bei der initialen Phase der interpersonellen Psychotherapie davon ausgegangen, dass eine Depressionsbewältigung durch Psychoedukation erreicht werden kann.<sup>74</sup> Die Patienten sollen durch eine spezielle Schulung lernen die Depression zu verstehen. Der Therapeut erstellt zusammen mit dem Patienten bei der interpersonellen Psychotherapie eine Anamnese, um zu schauen, ob es sich wirklich um eine Depression handelt.

---

<sup>74</sup> vgl. URL<sub>4</sub>

Hierfür orientiert er sich an den Symptom Beschreibungen wie sie in der ICD 10 stehen. Wenn die beschriebenen Symptome nun auf eine Depression deuten, wird dem Patienten die Krankenrolle zugewiesen. So wird schnell deutlich, dass der Betroffene in der interpersonellen Psychotherapie der Patient ist und dagegen bei der systemischen Beratung der Klient. Für den Systemiker ist es nicht von Bedeutung eine ausführliche Anamnese zu erheben, denn er sieht depressives Verhalten eher als ein Lösungsversuch. Der Klient möchte sich eventuell eine Ruhepause nehmen, oder es ist sogar als eine Art Liebestest zu verstehen. So möchte der Klient eventuell schauen, wer ihn wirklich lieb hat.<sup>75</sup> Die systemische Beratung geht nicht erzieherisch, nicht pädagogisierend, nicht psychoedukativ und nicht diagnostizierend vor. Der Berater sieht seine Aufgabe lediglich darin, dass Klientensysteme nur dazu angeregt und provoziert werden können, ihre eigenen Problemlösungen zu entwickeln.<sup>76</sup> Für ihn ist es auch nicht wichtig in gesund oder krank zu unterscheiden. Denn in der systemischen Beratung hat man ein ganz anderes Krankheitsverständnis, man sieht die Krankheit nicht mehr als ein persönliches Merkmal an, das ein einzelner Mensch für sich hat. Systemisch spricht man eher von Mustern, nicht von Krankheiten. Eine Krankheit wird eher als eine störend oder gestört erlebte Interaktion angesehen, an der einer oder mehrere so sehr leiden, dass ihnen Krankheitswert zugeschrieben wird.<sup>77</sup>

Bei beiden Interventionsformen ist die Auftrags- und Kundenorientierung gleichermaßen von großer Bedeutung. Wobei es aus Zeitgründen bei der interpersonellen Psychotherapie zu Einschränkungen kommen kann. Der Berater als auch der Therapeut orientiert sich daran, was der Klient möchte. In der mittleren Phase der interpersonellen Psychotherapie erfolgt die Bearbeitung der aktuellen Problembereiche, die mit der Depression im Zusammenhang stehen. Die Denkweise der Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Beratung, ist der Entscheidende Unterschied. Hier kann der Berater nicht objektiv beurteilen und identifizieren was schief läuft. Genauso wenig kann er auf das Familiensystem einwirken, das sich dieses dann in die gewünschte therapeutische Richtung verändert.<sup>78</sup> Denn jeder Beeinflussungsversuch seitens des Therapeuten, wird vom jeweiligen problemrelevanten Klientensystem autonom und selbstorganisiert (gemäß deren Eigenlogik und Eigendynamik) aufgegriffen.<sup>79</sup> Die Rolle des Beraters in der systemischen Beratung unterscheidet sich ganz wesentlich von der Rolle des Therapeuten in der interpersonellen Psychotherapie.

---

<sup>75</sup> vgl. Schweizer/Schlippe 2006, S. 79

<sup>76</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 162

<sup>77</sup> vgl. Schweizer/Schlippe 2006, S. 15

<sup>78</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 159

<sup>79</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 161

Der Therapeut sieht sich als Anwalt des Patienten und ist nicht neutral, das heißt, dass er Partei für den Patienten ergreift. Der Berater in der systemischen Beratung ist stets neutral und stellt sich nicht auf die eine oder andere Seite. Der Therapeut versucht dem Patienten in der interpersonellen Therapie zu helfen, indem er zum Beispiel mit ihm nach anderen geeigneten Einrichtungen sucht, die so individuell sein können, wie die Bedürfnisse an sich.

Der systemische Berater macht das Helfen durch nicht helfen zu seinem Leitsatz. Das bedeutet, dass er versucht nur die Fähigkeiten der Klienten sich selbst zu helfen und es selbst zu machen, anzustoßen.<sup>80</sup> So kann man sich auch sicher sein, das was der Klient tut, das ist, was er selber auch wirklich will. Beide Interventionsformen benutzen bestimmte Techniken um dem Klienten oder Patienten zu helfen. Dabei unterscheiden sich die Methoden der interpersonellen Psychotherapie grundlegend von der systemischen Beratung. Bei der interpersonellen Psychotherapie ermutigt der Therapeut den Patienten zur Gefühlsäußerung. Er analysiert die Kommunikation und nutzt Rollenspiele zur Verhaltensänderung. Das Wort analysieren macht deutlich, dass er dadurch merken würde was schief läuft und was besser gemacht werden müsse. Die systemische Beratung dagegen nutzt lediglich Fragetechniken, positive Konnotationen und das Reframing um zu intervenieren. Das Ziel ist hierbei neue Informationen in das Klientensystem zu geben. Diese können festgefahrene Weltbilder infrage stellen.<sup>81</sup> Der Berater kann aber auch nicht objektiv beurteilen was schief läuft und dies dann direkt verändern. Die interpersonelle Therapie sowie die systemische Beratung gehen davon aus, dass der Patient oder Klient eigene Ressourcen besitzt, die man nutzen kann. So gehen beide Interventionsformen Ressourcenorientiert vor.

## **27. Möglichkeiten und Grenzen beider Interventionsformen**

Jede Therapieform hat seine Vor – und Nachteile, sie eröffnet Möglichkeiten und findet in bestimmten Feldern seine Grenzen. In diesem Punkt sollen die Möglichkeiten und Grenzen im Fokus stehen.

### Grenzen der interpersonellen Psychotherapie

Eine Grenze findet sich, wenn der Therapieerfolg ausbleibt. Das heißt konkret, dass sich die Symptomatik des Patienten nicht bessert oder verschlechtert. Hierfür kann es mehrere Ursachen geben. Zum einen kann sich die Therapie als ungeeignet erweisen.

---

<sup>80</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 166

<sup>81</sup> vgl. Haselmann 2007, S. 175

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der interpersonellen Psychotherapie um eine Therapieform, die auf die Major Depression ausgerichtet ist. Wenn sich diese zu eine „[...] Dysthymie aufpfropft [...] ist die Originalversion der interpersonellen Psychotherapie nicht die geeignetste Behandlungsform“ (Schramm, 1996, S.237). Suizidgedanken des Patienten können ein weiterer Faktor sein, der die interpersonelle Psychotherapie als zunächst ungeeignet erscheinen lassen.

Hier ist es möglicherweise notwendig, anderes zu intervenieren, um das akute Selbstgefährdungsrisiko abzuwenden (vgl. Schramm, 1996, S. 236ff.). Darüber hinaus kann es passieren, dass kein Therapievertrag zustande kommt. Das geschieht dann, wenn sich Therapeut und Patient nicht auf einen Behandlungsfokus und somit nicht auf eine gemeinsame Perspektive bezüglich der Zielsetzung einigen können. So kann es sein, dass Sabrina vehement an eine rein körperliche Ursache für ihre Schlafstörungen, Kopfschmerzen und anderen Symptomen glaubt. Wenn sie sich dann nicht eingestehen kann oder möchte, wird sie keinen eigenen Antrieb dazu verspüren, an den Sitzungen teilzunehmen. Eine weitere Grenze kann sich möglicherweise aus der Haltung des Therapeuten ergeben. Dieser ergreift in der Therapie Partei für den Depressiven. Das kann dazu führen, dass sich der Therapeut zum Mitspieler der Gefühle des Patienten macht. Daraus resultiert, dass keine objektive Sicht mehr möglich ist. Wenn Sabrina beispielsweise keine Fortschritte macht, sie es nicht schafft, die in der Therapie erlernten Verhaltensweisen in der Beziehung zu ihrer Mutter anzuwenden, besteht das Risiko, dass der Therapeut Gefühle des Ärgers verspürt. Wenn die Distanz ein Mindestmaß unterschritten hat, so kann dies zu einem Scheitern der Therapie führen.

#### Grenzen der systemischen Therapie

Wie in der interpersonellen Psychotherapie besteht in der systemischen Therapie der Grundsatz der Freiwilligkeit. Diese bezieht sich hier nicht nur auf den Depressiven selbst, sondern auf das gesamte System. In dem Fall Sabrina wären das neben ihrer Mutter auch der Lebensgefährte von Frau M. Eine Grenze der systemischen Therapie findet sich bei fehlender Freiwilligkeit. So kann einer der drei Personen, die eben genannt worden sind, von vornherein die Therapie ablehnen. Dadurch wäre eine Durchführung der systemischen Therapie nicht möglich. Aber auch während der Therapie kann die Haltung von Sabrina oder aber auch von Frau M., beziehungsweise ihres Partners dazu führen, dass die systemische Therapie ihre Grenze findet. Das passiert dann, wenn einer der Beteiligten oder auch alle drei nur auf die Probleme schauen und thematisch in der Vergangenheit verharren. In dem Fall Sabrina M. könnte das die Ehe von Frau M. und der Tod von Sabrinas Vater sein.

Hierdurch würde Sabrina in der Rolle der Depressiven gehalten werden, beziehungsweise sich selbst darin festhalten, wodurch andere Therapieformen möglicherweise geeigneter sein würden.

#### Chancen der interpersonellen Psychotherapie

Durch Verknüpfung verschiedenster Therapieansätze eröffnet die interpersonelle Psychotherapie vielerlei Möglichkeiten. Allerdings ist der Erfolg der interpersonellen Psychotherapie an bestimmte Voraussetzungen gebunden, wie zum Beispiel einer guten Therapeuten – Patienten – Beziehung oder auch die Mitwirkungsbereitschaft des Patienten. Mittels der eingesetzten Strategien ist es möglich, zunächst die Symptomatik der Depression abzuschwächen. Hierdurch wird die Grundlage für den weiteren Therapieverlauf geschaffen. Oftmals fühlen sich Patienten in ihrer Rolle als Kranke nicht wohl. Dieses Unbehagen wird in der interpersonellen Psychotherapie im Kontext zu den sozialen Beziehungen und Interaktionen gesehen. Verschiedenste Erwartungen werden an den Erkrankten gestellt. Deshalb wird ihm die Rolle des Patienten zugeteilt, wodurch sich die Möglichkeit bietet, sich für die Zeit der Therapie von diesen Erwartungen loszulösen und sich auf die Therapie zu konzentrieren. Dadurch wird der Druck gemindert und der Verlauf der Therapie günstig beeinflusst. Somit können die Ziele eher verwirklicht werden.

Aufgrund der relativ geringen Sitzungsfrequenz kann der Patient Verhaltensweisen, die er sich in dem geschützten Raum der Therapie angeeignet hat, in seinem gewohnten Umfeld innerhalb eines Zeitrahmens ausprobieren, der keinen Druck auf den Patienten ausübt. Die Probleme, die mit zu der Depression geführt haben, werden im sozialen Kontext gesehen. Durch das Erlernen neuer Verhaltensweisen und der niedrigen Sitzungsfrequenz kann der Therapieerfolg auch nach der Beendigung der Therapie anhalten. Auch wenn die Symptomatik nach Abschluss der interpersonellen Psychotherapie wiederkehrt und es notwendig wird, eine Langzeittherapie durchzuführen, so hat die interpersonelle Psychotherapie einen wesentlichen Grundstein gelegt.

#### Chancen der systemischen Beratung

Durch den Aktualitätsbezug, die Ressourcenorientierung und das Verständnis der Depression als eine unglückliche Kommunikation eröffnen sich viele Möglichkeiten. Der Aktualitätsbezug eröffnet den Weg aus der aktuellen Situation und lässt das System nicht in der problembehafteten verharren. Dadurch können sich Veränderungen einstellen, vor allen Dingen in der Kommunikation zwischen den Systemmitgliedern.

Die Ressourcenorientierung bietet die Möglichkeit, die Selbsthilfepotentiale des Klientensystems zu aktivieren. Die Hilfe zur Selbsthilfe wird gestärkt und die Autonomie des Klienten gewahrt. Dadurch wird eine Abhängigkeit zu dem Berater verhindert und der Erfolg kann sich auch für die Zeit nach der Beratung einstellen.

Ebenso ist die Perspektive, dass ein Patient nicht mit seiner Krankheit gleichzusetzen ist, als positiv zu bewerten. Nicht die Erkrankung oder Symptomatik steht im Vordergrund. Auch soll hier dem Patient das Gefühl vermittelt werden, dass er nicht schlecht ist. Dadurch kann sich der Depressive verstanden fühlen.

## **28. Erkenntnisse für die Soziale Arbeit**

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten wie die der Kurzzeittherapie oder der Beratung um depressiven Menschen zu helfen. Jede Intervention, jedes gesprochene Wort erzeugt eine gewisse Wirkung. Allerdings sollte beachtet werden, dass man nie genau die Wirkung erzielen kann, die man beabsichtigt hat. Daher ist auch der Erfolg einer Therapie oder Beratung nicht vorhersehbar. Die einzige Möglichkeit besteht darin, gewisse Bedingungen zu schaffen, die den Prozess der Beratung oder Intervention günstig für den Klienten oder Patienten beeinflussen. Dazu zählen neben dem Setting, der Haltung gegenüber dem Klienten auch Techniken der Gesprächsführung und andere. Der Klient muss immer selbst aktiv mitarbeiten. Dazu ist es notwendig, dass der Sozialarbeiter nicht die Verantwortung für den Klienten trägt sondern stattdessen stets dessen Autonomie wahrt. Das begünstigt auch einen nachhaltigen Erfolg, der sich erst nach Abschluss einer Beratung oder Therapie einstellen kann. Auch müssen sich der Therapeut in der interpersonellen Psychotherapie und der Berater in der systemischen Beratung immer bewusst sein, dass es sich bei seinen Beobachtungen, die er macht immer nur um seine subjektiven Konstruktionen der Wirklichkeit handelt. In diese Konstruktionen fließen immer eigene Normen, Werte und Wertvorstellungen mit ein. So löst ein Klient mit seinem Erscheinungsbild, seiner Sprechweise, Mimik und Gestik ganz automatisch bestimmte Regungen und Gefühle bei einem Berater aus. Hier muss der Berater oder Therapeut einen wesentlichen Unterschied zwischen den Gefühlen machen, die durch den Prozess der Übertragung in ihm ausgelöst wurden, die er spiegeln kann und denen, die sich im Laufe seiner eigenen biographischen Erfahrung entwickelt haben.

Der Respekt des Beraters gegenüber den Klienten bleibt dabei immer oberste Priorität. Das bezieht sich auch auf die bisher unternommenen Lösungsversuche des Klienten und schafft so eine wertschätzende Haltung. Diese bildet den Grundstein für jede Intervention.



Obwohl einzelne methodische Ansätze, Therapie- und Beratungsformen sehr hilfreich sind und mittels derer sich gute Erfolge erzielen lassen, passt nicht jeder theoretische Ansatz zu jedem Klienten. Daher ist es wichtig als Sozialarbeiter über ein breites Handlungsspektrum und methodisches Wissen zu verfügen und flexibel, dass heißt individuell an den Bedarf angepasst anzuwenden. Ebenfalls hat sich in der vorliegenden Arbeit gezeigt, dass sich das Wissen um Interventionsmöglichkeiten, hier speziell bei Depression, im Laufe der Zeit ändert. Daher ist es auch wichtig sich nach dem Studium als Sozialarbeiter, stets zu informieren und zu versuchen, mit seinem Handlungswissen aktuell zu bleiben. Allerdings könnten hier auch die engagiertesten Menschen an ihre Grenzen stoßen. Da die Bearbeitung von nur zwei Ansätzen hier bereits verdeutlicht hat, wie umfangreich die Theorie ist, sodass es kaum möglich ist, jeden Ansatz genau zu kennen und anwenden zu können. Dadurch stellt sich einem Sozialarbeiter die Aufgabe des Filterns und des Findens einer Methodik.

## Quellenverzeichnis

Alain, Ehrenberg: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/Main, 2004

Alice, Miller: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt am Main, 1983

Artist, von Schlippe / Jochen, Schweizer: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 5. Auflage. Göttingen, 1998

August, Flammer: Zentrale Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz. In: Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie. Psychotherapie im Dialog. 3 (2002), H. 4, S. 318 – 352

Carmen, Stange: Galle libes und leit. Aussatz und Melancholie bei Hartmann von Aue und Konrad von Würzburg. In: Andrea Sieber / Antje Wittstock (Hg.): Melancholie - zwischen Attitüde und Diskurs Konzepte in Mittelalter und Früher Neuzeit. Göttingen, 2009

Claudia, Mehler - Wex: Depressive Störungen. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg, 2008

Ebert, Bosshard / Lazarus: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Dortmund, 1999

Elisabeth, Schramm: Interpersonelle Psychotherapie. Bei Depressionen und anderen psychischen Störungen. Stuttgart, 1996

Elisabeth, Schramm: Die Seelenstörungen nach Caelius Aurelianus. In: Correspondenz – Blatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie. 11 (1864), H.3 u. 4, S. 34 - 35

Gerhard, Köpf: ICD 10 literarisch. Ein Lesebuch für die Psychiatrie. Wiesbaden, 2006

Gottfried, Hertzka / Wighard Strehlow: Hildegard of Bingens Medicine. USA, 1988

Gunter, Groen: Der Verlauf depressiver Störungen im Jugendalter. Göttingen, 2002

Hans - Ulrich, Wittchen: Handbuch psychische Störungen. Eine Einführung. 2. Auflage. Weinheim, 1998

- Jochen, Althoff: Warm, kalt, flüssig und fest bei Aristoteles. Die Elementarqualitäten der zoologischen Schriften. Stuttgart, 1992
- Jochen, Schweizer / Arist, von Schlippe: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen, 2006
- Joseph, Schöpf: Psychiatrie für die Praxis. 2. Auflage. Berlin, 2003
- Kathrin, Lindner: Krise als Chance. Depression als Weg. Krisenmanagement als Hilfeansatz der Sozialarbeit. Marburg, 2009
- Klaus, Kaufmann-Mall / Gudrun, Mall: Wege aus der Depression. Hilfe zur Selbsthilfe. Weinheim und Basel, 1996
- Kurt, Ludewig / Klaus G., Deissler: Systemische Praxis in der Psychiatrie. In: Thomas, Keller / Nils, Greve (Hg). Bonn, 1996
- Manfred, Wolfersdorf: Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. 3. Auflage. Bonn, 2001
- Mario, Heinrichs: Sport und Depression. Sporttherapie als Baustein eines Behandlungskonzeptes für Depression. Norderstedt, 2004
- Peter, Conzen: Erik H. Erikson: Leben und Werk. Stuttgart, 1996
- Peter, Kaiser: Religion in der Psychiatrie. Eine (un)bewusste Verdrängung? Göttingen, 2007
- Sigrid, Haselmann: Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In: Brigitta Michel-Schwartz (Hg): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. Wiesbaden, 2007
- Silvano, Arieti: Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik u. psychotherapeutische Behandlung. Stuttgart, 1983
- Thomas, Rütten, Demokrit: lachender Philosoph und sanguinischer Melancholiker. Eine pseudohippokratische Geschichte. Niederlande, 1992
- Ulrich, Hegerl / David Althaus / Holger Reiners: Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 2. Auflage. Nördlingen, 2006

Werner, Golder: Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Würzburg, 2007

World Health Organization (Hg): Pocket guide to the ICD 10 classification of mental and behavioural disorders. USA, 1994

### Internetquellen

- URL<sub>1</sub>: <http://www.angst-und-depri.info/depriarten.html>, Stand [12.04.2010]  
 URL<sub>2</sub>: <http://www.angst-und-depri.info/deprisympt.html>, Stand [12.04.2010]  
 URL<sub>3</sub>: <http://www.deutschland-im-mittelalter.de/hausarbeiten/melancholie.php>,  
 Stand [14.04.2010]  
 URL<sub>4</sub>: [http://www.hwstecker.de/praxis/Depression/Schramm\\_IPT.pdf](http://www.hwstecker.de/praxis/Depression/Schramm_IPT.pdf), Stand  
 [14.05.2010]  
 URL<sub>5</sub>: <http://www.medizinfo.de/kopfundseele/depression/deprursachen.htm>, Stand  
 [29.04.2010]  
 URL<sub>6</sub>: [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/depression\\_heute\\_faust.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/depression_heute_faust.pdf),  
 Stand [29.04.2010]  
 URL<sub>7</sub>: [http://www.psychotherapie-online.info/html/affektive\\_stoerungen.html](http://www.psychotherapie-online.info/html/affektive_stoerungen.html), Stand  
 [14.04.2010]

### Quellen Grafiken

URL<sub>8</sub> Abb. 1:

[http://images.google.de/imgres?imgurl=http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user\\_upload/Helios-Kliniken.de/Bad\\_Groenenbach/Bilddaten\\_QM/abb\\_01.jpg&imgrefurl=http://www.helios-kliniken.de/klinik/bad-groenenbach-psychosomatik/therapie/qualitaetsmanagement/lebenszufriedenheit.html&usq=\\_\\_cy5kuZ-FEkC0qU5AnUGz6QfkO0=&h=253&w=570&sz=58&hl=de&start=3&itbs=1&tbnid=QK80bwhud5wKMM:&tbnh=59&tbnw=134&prev=/images%3Fq%3Dunzufriedenheit%2Bder%2Bpatienten%26hl%3Dde%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1](http://images.google.de/imgres?imgurl=http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Kliniken.de/Bad_Groenenbach/Bilddaten_QM/abb_01.jpg&imgrefurl=http://www.helios-kliniken.de/klinik/bad-groenenbach-psychosomatik/therapie/qualitaetsmanagement/lebenszufriedenheit.html&usq=__cy5kuZ-FEkC0qU5AnUGz6QfkO0=&h=253&w=570&sz=58&hl=de&start=3&itbs=1&tbnid=QK80bwhud5wKMM:&tbnh=59&tbnw=134&prev=/images%3Fq%3Dunzufriedenheit%2Bder%2Bpatienten%26hl%3Dde%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1),  
 Stand [21.04.2010]

URL<sub>9</sub> Abb. 2:

<http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/studium/ws0607/ip-therapie-depression.pdf>, Stand [21.04.2010]

URL<sub>10</sub> Abb.3:

[http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user\\_upload/Helios-Klinken.de/Bad\\_Groenenbach/Bilddaten\\_QM/abb\\_03.jpg](http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Klinken.de/Bad_Groenenbach/Bilddaten_QM/abb_03.jpg), Stand [25.04.2010]

URL<sub>11</sub> Abb. 4:

<http://www.terrapie.de/assets/images/depressionsgrunde.jpg>, Stand [28.04.2010]