

Depression aus systemischer Sicht

Vortrag an der VHS Karlsruhe April 2001 (D. Salomon)

Liebe Frau Dr. Wenzel, meine Damen und Herren,

bevor wir anfangen, muss ich Ihnen ein Geständnis machen: Als ich in der Vorbereitung dieses Vortrages schon ziemlich weit fortgeschritten war, nahm ich das Programm der Volkshochschule zur Hand, um einfach noch mal nachzulesen, ob das, was ich vortragen möchte, auch wirklich das trifft, was in der Ausschreibung steht.

Es traf mich der Schlag. Es steht dort in der Überschrift: Depressionen bewältigen – aus familientherapeutischer Sicht.

Schon an meinem Schreibtisch sank ich in mich, es überfiel mich eine Depression. Ich soll allen Ernstes beschreiben, wie man bzw. frau Depressionen bewältigt. Wie soll ich diesem Anspruch gerecht werden? Was werden die Zuhörerinnen und Zuhörer von mir denken, wenn ich den Erwartungen nicht genüge?

Die Depression dauerte zweieinhalb Minuten, dann hatte ich sie bewältigt. Aber in dieser kurzen Zeit der Depression sah ich keine gute Zukunft, alles schien düster und hoffnungslos, das Leben hatte keinen Sinn mehr, ich dachte daran, mich vom Schreibtisch zu stürzen.

Aber dann wurde doch alles gut. Nachdem ich die Depression bewältigt hatte, fasste ich neuen Mut, und sofort fand ich einen neuen Einstieg. Ich hatte nun am eigenen Leibe die Erfahrung gemacht, dass man Depressionen bewältigen kann, und ich nahm mir vor, Ihnen einfach davon zu berichten. Dann wissen Sie auch, wie man das macht, und wenn Sie selber mal in der Situation oder therapeutisch tätig sind und nicht mehr so recht weiter wissen, wie man bzw. frau Depressionen bewältigt, dann denken Sie einfach an das, was ich Ihnen heute hier mitgegeben habe.

Wie das Leben so spielt, manchmal sitzt einem die Faust im Nacken: Kaum hatte ich die Krise überwunden und den Text bis hier her noch mal durchgelesen, da kam schon der nächste Zweifel: „Das klingt doch alles sehr holprig, was ich da geschrieben habe, weil es mir irgendwie nicht gelingt, die Darstellung der weiblichen oder männlichen Form einigermaßen elegant rüberzubringen. Wie soll das bloß werden? Soll man sich für die weibliche oder männliche Darstellung entscheiden. Modern ist, dass man beide Darstellungen zusammenfasst: das klingt dann ungefähr so: der Zuhörer bzw. die Zuhölerin oder ZuhörerInnen (das I muss man lauter sprechen, weil es groß geschrieben wird) oder Zuhörerinnen/Zuhörer, und/oder/bzw. usw. Das alles führt rasch dazu, dass die Zuhörerinnen bzw. Zuhörer damit beschäftigt sind, männlich und weiblich bzw. weiblich und männlich zu sortieren. Dabei leidet die Konzentration auf das, was eigentlich vermittelt werden soll.

Meine Damen und Herren, Sie werden es kaum glauben: Auch dieses dicke Problem bekam ich in den Griff. Beflügelt durch die Bewältigung meiner ersten Depression machte ich mich tatkräftig und strategisch an die Arbeit.

Und, was sage ich: Das Problem wurde gelöst, das erneute Aufflackern der depressiven Krise wurde vermieden.

Wie ich die erste depressive Krise bewältigt habe, das soll im Laufe des Vortragens hier langsam durchsickern, ich will ja nicht gleich zu Beginn das ganze Pulver verschießen. Aber die Bewältigung der aufkommenden zweiten Krise, die will ich Ihnen nun gleich verraten: Ich löse das Problem, indem ich meinen biologischen Zufallsgenerator aktiviere und eine der beiden Formen (männlich/weiblich) jeweils willkürlich wähle, mitgemeint ist immer auch die

jeweils andere. Mit eingebaut in diese Lösung ist ein kleines Spiel: Falls Ihnen das, was ich hier vortrage, langweilig erscheint, zählen Sie einfach mit, ob ich am Ende mehr die weibliche oder mehr die männliche Form gewählt habe. Es lässt sich daran auch vielleicht meine unbewusste Präferenz für mehr weiblich oder mehr männlich ablesen, und das wäre auch für mich ganz interessant zu wissen, was dabei herauskommt.

Spaß beiseite, machen wir uns ernsthaft an die Frage: Wie lassen sich aus systemischer Sicht Depressionen bewältigen?

Obwohl ich in Anbetracht unserer knappen Zeit versucht bin, mich sofort auf das Thema „Depression“ zu stürzen, sollten wir uns ein paar Minuten Zeit nehmen für die Beschreibung der systemischen Therapie und überhaupt der systemischen Denkweise. Und ein paar ganz kleine Ausflüge in andere psychologische Denkwelten werden wir auch unternehmen, damit wir die Unterschiede zwischen der traditionellen und der systemischen Psychotherapie machen können. Etwas später werden wir ein ausführliches Beispiel der depressiven Symptomatik besprechen.

Die Meinung ist weit verbreitet, die systemische Familientherapie könne Störungen und Probleme in relativ kurzer Zeit zum Verschwinden bringen. In meiner Arbeit als systemischer Therapeut bekomme ich oft die Antwort, wenn ich nachfrage: „Warum gerade systemische Therapie?“. „Weil das flott geht“.

Die systemische Therapie ist von diesem Vorurteil nicht allein betroffen. Vor wenigen Jahren galt das NLP als das psychologische Wundermittel gegen psychische Probleme und Störungen, inzwischen ist die Euphorie erheblich abgeklungen. Ungefähr im gleichen Zeitraum tauchte im Zusammenhang mit der Verhaltenstherapie das Zauberwort „Selbstmanagementtherapie“ auf. Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Projektarbeit am psychologischen Institut in Heidelberg hatte ich vor ungefähr 10 Jahren die Gelegenheit, den Begründer der Selbstmanagementtherapie, Fred Kanfer, persönlich kennen zu lernen. Die therapeutische Arbeit Kanfers hat mich damals sehr beeindruckt, und auch heute noch greife ich immer gerne wieder nach dem Buch, in dem die Selbstmanagementtherapie beschrieben wird.

Die Vertreter der therapeutischen Schulen, denen zeitweise wundersame Heilungskräfte nachgesagt werden, sind nicht selten selber davon überzeugt, dass genau ihre Methode die einzig hilfreiche ist. Darin unterscheiden sie sich oft nicht von Vertretern anderer psychotherapeutischen Richtungen: Fast alle glauben, nur sie wären im Besitz der Wahrheit.

Die moderne systemische Therapie ist von dem Dilemma des Schulensstreites glücklicherweise nicht betroffen. Das hat einen ganz banalen Grund: Sie ist eigentlich gar keine Therapie im klassischen Sinne. Weil sie also gar nicht in die Kategorie „Therapie“ passt, lässt sie sich damit auch nicht vergleichen, so wenig, wie sich Äpfel mit Birnen vergleichen lassen. Der Begriff „Therapie“ wird dennoch auch im systemischen Kontext genutzt, weil er sich so eingebürgert hat, und weil es gar nicht leicht ist, ein Ersatzwort für das zu finden, was da gemacht wird.

Systemiker, so nennt man die Leute, die systemisch denken, forschen und arbeiten, haben eine andere Philosophie als traditionelle Therapeutinnen. Das heißt nicht, dass sie eine bessere Philosophie hätten, sondern lediglich, dass sie eine andere haben, und zwar eine, wie wir später sehen werden, die mit den traditionellen Therapien nicht kompatibel ist.

Wenn wir von systemischer Therapie sprechen, stellen wir normalerweise sofort eine Verbindung zur Familientherapie her. Das liegt an der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie. Die ersten Therapeuten, die den Begriff „systemisch“ im Zusammenhang mit „Therapie“ erwähnten, waren Familientherapeuten. Systemische

Familietherapeutinnen interessierten sich nicht in erster Linie für die Probleme und Störungen einzelner Menschen, sondern dafür, welche Bedeutung die Störung im Familiensystem hat. Man glaubte, dass, wenn zum Beispiel eine Jugendliche magersüchtig ist, sie mit ihrem Symptom einen Familienkonflikt zum Ausdruck bringt. Nicht sie, so glaubte man, ist gestört oder krank, sondern die ganze Familie ist irgendwie aus dem Gleichgewicht geraten, und die Magersüchtige trägt das Symptom der Familie sozusagen als Banner vor sich her und macht damit auf die Störung der Familie aufmerksam.

Inzwischen reicht die systemisch-therapeutische Welt weit über die Arbeit mit Familien hinaus, man kann sogar sagen, dass die systemische Therapie gar nicht mehr in erster Linie Familien im Blick hat, sondern mit gleicher Intensität Einzelpersonen, Paare, Teams, Organisationen usw.

Wenn wir von systemischer Beratung sprechen, ist immer auch die Abgrenzung zur Aufstellungstherapie nach Bert Hellinger ganz wichtig, weil Hellingers Arbeit und die systemische Therapie oft miteinander verwechselt werden. Das haben wir nicht Bert Hellinger zuzuschreiben, sondern einem seiner bedeutendsten Vertreter im deutschsprachigen Raum, der die Bezeichnung "Systemische Familientherapie nach Bert Hellinger" verbreitet hat.

Im Unterschied zur uns gewohnten Denkweise werden in der systemischen Welt Symptome wie „Depression“ in einem sehr großen Zusammenhang gesehen. Normalerweise gehen wir ja davon aus, dass Menschen von Depressionen befallen werden, und dass man dann versucht, die Störung zu beseitigen bzw. die Menschen, die von der Depression befallen sind, zu heilen. Systemisch sprechen wir nun nicht von Störungen oder Krankheiten, sondern von Mustern. Wenn man von Störung oder Krankheit spricht, ist man ja normalerweise sofort darum bemüht, die Ursachen für die Krankheit herauszufinden, weil man glaubt, dass die Krankheit erst dann richtig verstanden werden kann, wenn man die Ursachen kennt.

Und da gibt es eine große Zahl von Erklärungsmodellen. Für die Psychoanalyse zum Beispiel ist die Depression eine Folge unbewusst nach innen gewendeten Zorns. Ich habe schon Psychoanalytiker sagen hören, die Depression sei das Gegenteil der Aggression, und weil die Betroffenen es sich nicht gestatten dürfen, ihrem Ärger Luft zu machen, wenden sie die Aggression sozusagen nach innen. Folglich hilft der psychoanalytisch orientierte Therapeut der Klientin, Einsicht in den verdrängten Konflikt zu gewinnen.

In der früheren Verhaltenstherapie und auch noch in den moderneren kognitiven Therapien 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.

Natürlich beschränkt sich die therapeutische Welt nicht auf Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, die Zahl der Erklärungsansätze ist riesig.

Während sich die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen untereinander nicht selten verbittert streiten, wer von ihnen nun wirklich recht habe, würden moderne Systemiker niemals auf die Idee kommen, die eine oder die andere Schule als Irrweg anzusehen oder gar die systemische Idee als die einzig wahre zu beschreiben.

Damit sind wir eigentlich schon genau an dem Punkt, an dem sich systemische Denkweise erkennen lässt: Sie bewertet nicht nach den Kriterien gut oder schlecht, krank oder gesund, wahr oder unwahr. Weder im Hinblick auf therapeutische Schulen, noch im Hinblick auf psychische Phänomene oder andere Denkweisen. In der systemisch orientierten Psychotherapie fragen wir eher: was ist hilfreich, was ist nicht hilfreich? Bzw.: Was ist nützlich, was ist nicht nützlich? Das heißt: Wir versuchen, so weit das geht, uns neutral zu

verhalten. Auch hier gibt es natürlich Grenzen und Ausnahmen, aber in der Regel sind „Neutralität“ oder „Allparteilichkeit“, wie wir das auch nennen, Grundpfeiler systemischer Denk- und Arbeitswelten.

Besonders im Hinblick auf den Umgang mit psychischen Symptomen ist diese Herangehensweise zunächst ungewöhnlich und fremd. Wenn man als systemische Therapeutin mit Menschen arbeitet, die unter schweren Symptomen leiden, sind Vorsicht und Erfahrung von großem Wert, und sehr zu empfehlen ist die genaue Kenntnis der psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Welt, damit man Unterschiede machen kann.

Machen wir nun das Arbeiten mit systemischem Hintergrund an einem Beispiel deutlich: Eine 50-jährige Frau kommt in die Beratung. Seit Jahren gilt sie als mittelgradig depressiv. Die Symptome, die sie schildert, passen genau in das Bild einer Depression:

- Sie kann sich häufig nicht konzentrieren
- Ihre Aufmerksamkeit ist vermindert.
- Die Zukunft sieht düster aus.
- Möglicherweise wird sie bald völlig arm und mittellos sein.
- Manchmal denkt sie daran, nicht mehr leben zu wollen.
- Das Leben erscheint ihr sinnlos und leer.
- Aktivitäten, die ihr früher Freude bereiteten, machen ihr keinen Spaß mehr.
- Schlafstörungen machen ihr zu schaffen.

Die geschilderten Symptome würden sich durchaus eignen, die Frau als psychisch gestört oder krank anzusehen. Sie selber hat diese Vorstellung inzwischen verinnerlicht. Eine Bewertung, die sie von ihrem Hausarzt übernommen hat, lautet: „Chronisch depressiv“.

Normalerweise wird die Depression als etwas beschrieben, was man hat. Oder sie wird als eine Bezeichnung für das genommen, wie man ist. Die Frau hat eine Depression oder sie ist depressiv. Es erscheint logisch, dass man nun fragt: Woher hat sie die Depression bekommen? Oder: Wie oder auf welche Weise ist die Frau depressiv geworden? Die Depression wird als etwas angesehen, was so überflüssig ist wie ein Kropf oder als etwas, was sie wieder loswerden muss und natürlich auch loswerden will. Dass man das am besten erreicht, wenn man die Ursache der Depression kennt, scheint mehr als logisch zu sein. Also beginnt man mit der Suche nach der Ursache.

Nehmen wir mal an, unsere depressive Klientin hat bereits Therapeuten verschiedener Schulen aufgesucht. Und weil sie nicht einfach alles glauben will, was die verschiedenen Therapeutinnen ihr erzählen, setzt sie sich in einer Phase, in der die Depression gerade abwesend ist, mit den verschiedenen Theorien auseinander. Zu ihrem Erstaunen findet sie völlig verschiedene Aussagen. Einige meinen, die Ursache für die Depression liege in einem unbewussten Geburtstrauma und empfehlen ein Wiedererleben der Geburt in Hypnose. Andere sind davon überzeugt, die Ursache in einem verdrängten Konflikt in der Kinderzeit zu finden und empfehlen eine mehrjährige Analyse. In einem weiteren Beispiel findet die Klientin die Meinung, die Depression beruhe auf Denkfehler und es müsse nun eine sogenannte kognitive Umstrukturierung stattfinden. Gemeinsam haben all diese Ansätze, dass davon ausgegangen wird, die Ursache der Depression sei psychischer Natur. Daneben gibt es noch Vertreter, die davon ausgehen, die Ursache sei in körperlichen Dysfunktionen zu suchen und empfehlen eine medizinisch orientierte Therapie. Beinahe alle Ansätze verstehen sich selber als wissenschaftlich fundiert und nicht wenige betonen, dass all die anderen Erklärungsmodelle falsch seien.

Damit ich nicht in Gefahr gerate, nun die systemische Denkweise als das einzig wahre Modell zu beschreiben, will ich allen psychologischen Denkwelten eine Zuschreibung machen:

Sie alle haben recht.

Sie alle haben deshalb recht, weil sie aus ihrer inneren Perspektive heraus die Welt beobachten. Das Problem, das unsere Klientin mit den verschiedenen, sich zum Teil erheblich widersprechenden Ansätzen, hat, liegt darin, dass sie nach der wirklichen Wahrheit sucht. Die erste Einsicht, die sie vielleicht nach all ihren Studien gewinnt, ist, dass es die allumfassende Wahrheit gar nicht gibt. Systemisch gesprochen: Sie erkennt, dass es keine wirkliche Wirklichkeit gibt, sondern dass die Wirklichkeit immer abhängig ist von dem, wie sie wahrgenommen oder beobachtet wird. Was für einen Menschen wahr ist, kann für einen anderen völlig falsch sein. Das ist leider das große Dilemma, in dem sich die therapeutische Welt befindet: Je mehr eine Schule versucht, die jeweils andere von ihrer Falschheit zu überzeugen, umso mehr trägt sie dazu bei, dass die vermeintlich falsche von ihrer Richtigkeit überzeugt ist.

Nachdem unsere depressive Klientin das erkannt hat, gehen ihr plötzlich einige Lichter auf. Was für Psychotherapeuten gilt, das gilt auch für andere Menschen. Und was für andere Menschen gilt, das gilt selbstverständlich auch für sie selber. Ihre depressive Welt ist keine depressive Welt an sich, sondern eine Welt, die sie auf eine bestimmte Art und Weise beobachtet.

Insofern war es am Ende für unsere Klientin unglaublich hilfreich, dass sie verschiedene Therapeutinnen aufgesucht hat, weil sie auf diese Weise eine völlig neue Weltsicht gewann. Diese neue Weltsicht wird ihr bei der Bewältigung ihrer Depression sehr nützlich sein.

Damit haben wir eine zweite systemische Erkenntnis aufgetan: Die Welt ist immer so, wie wir sie beobachten. Bezogen auf psychische Symptome, die wir normalerweise als Störungen bezeichnen, heißt das: Es kommt nicht darauf an, Symptome wegzuthrapieren, sondern sich auf die Wahrnehmung der Symptome zu konzentrieren.

Bevor wir uns wieder ganz unserer depressiven Klientin zuwenden, wollen wir noch ein kleines Weilchen bei dieser Idee bleiben. Sie klingt auf den ersten Blick sehr banal und einfach. Und dennoch ist es oft sehr schwer, diese Erkenntnisse auf sich selber anzuwenden. Im Kern geht es darum, nicht allein die Welt zu beobachten, sondern darum, wie wir die Welt beobachten. Oder genauer: Es geht um das Erkennen des Unterschiedes. Wann ist es nützlich, sich auf das zu konzentrieren, was wir sehen, und wann ist es nützlich, sich auf das zu konzentrieren, wie wir sehen.

Machen wir den Unterschied an einem kleinen Beispiel deutlich. Nehmen wir an, Ihnen begegnet nachher, wenn Sie das Haus hier verlassen, ein offensichtlich hungriger Löwe. Aus lauter Angst vor der Maul- und Klauenseuche hat er den Karlsruher Zoo verlassen, um für sich ein sicheres und nahrungsreiches Plätzchen in der Volkshochschule zu finden. Wie wird Ihre erste Reaktion sein? Es gibt im wesentlichen zwei Möglichkeiten: Sie flüchten oder Sie greifen an. Ich nehme an, Sie würden sich für die Variante „Flucht“ entscheiden. Völlig verrückt wäre in diesem Fall, wenn Sie, angetan durch den Vortrag hier, ein Weilchen damit zubringen würden zu überlegen, wie Sie den Löwen beobachten.

Nun gibt es Menschen, die haben vor Hausmäusen soviel Angst wie Sie vor Löwen. Dabei wollen die Mäuse nicht die Menschen fressen, sondern sind auf der Suche nach Käse. Beim Anblick der Maus springen die Menschen sofort auf den rettenden Tisch, ein Ort, der durchaus auch für Mäuse erreichbar wäre.

Obwohl die Gefährlichkeit der Petztiere extrem unterschiedlich ist, wird sie von den Menschen auf dem Tisch in dem Augenblick der Angst als gleich gefährlich wahrgenommen. Während es in dem einen Fall genau richtig ist, sich auf den angstauslösenden Reiz zu konzentrieren, wäre in dem anderen Fall die Auseinandersetzung mit der Angst wichtig.

Für unsere depressive Klientin könnte ein erster Ansatzpunkt sein, dass es ihr gelingt, vom „Was“ zum „Wie“ zu kommen. Es geht also nicht in erster Linie um die Wertlosigkeit ihrer Person, um die Sinnlosigkeit des Lebens, um die düstere Umgebung usw., sondern darum, wie die Welt der Wertlosigkeit, der düsteren Umgebung und der Sinnlosigkeit des Lebens beobachtet wird.

Meine Damen und Herren, wir hatten gesagt, dass unsere Klientin mit der Diagnose „mittelgradige Depression“ konfrontiert wurde. Wenn wir das Phänomen „Depression“ hier beobachten, dann haben wir es nicht nur mit einem Bereich zu tun, der sich auf das Erleben unserer Klientin reduziert. Die Depression wird als ein sehr sehr weites Feld beschrieben. In der modernen Diagnostik wird die Depression in den Bereich der sogenannten „affektiven Störungen“ eingeordnet. Das offizielle Manual der Weltgesundheitsorganisation zur Klassifikation psychischer Störungen ist bekannt unter dem Kürzel „ICD-10“. In Bezug auf die „affektiven Störungen“ wird im ICD-10 eingeräumt, dass die Beziehungen zwischen der Entstehung, der Symptomatik, den zugrundeliegenden biochemischen Prozessen, dem Verlauf und der Behandlung noch längst nicht geklärt sind, dass aber trotzdem eine Klassifikation versucht werden muss. Im Abschnitt „affektive Störungen“ werden nicht nur Depressionen beschrieben, sondern auch andere Störungen, die die Stimmung betreffen, zum Beispiel die Manie. Oder Störungen, die beides beinhalten, die Depression und die Manie, die sogenannte manische Depression oder bipolare affektive Störung. Was die Depression betrifft, wird im ICD-10 sehr breit klassifiziert, von der leichten depressiven Episode bis hin zur schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Was weniger Berücksichtigung, aber in anderen Kreisen zunehmend Aufmerksamkeit findet, ist die Tatsache, dass das Verhältnis des Betroffenseins von Frauen und Männern sehr unterschiedlich ist. Auf 100 betroffene Frauen kommen 50 betroffene Männer. Das ist ein Phänomen das m. E. verstärkt diskutiert werden sollte, und das ja auch mit dem nächsten Vortrag von Frau Dr. Wenzel hier Raum findet.

Ich denke, es ist klar, dass wir hier heute Abend nicht annähernd das breite Spektrum der affektiven Störungen berücksichtigen können, sondern uns auf einen kleinen Ausschnitt konzentrieren müssen. Wir hatten hier als ein Beispiel deshalb die „mittelgradige Depression“ unserer 50-jährigen Klientin gewählt.

Systemische Therapeuten haben in den letzten Jahren sehr viel Kritik an der diagnostischen Klassifikation geübt, weil sie bereits eine Zuschreibung beinhaltet und individuelle und kreative Beobachtungen behindert. Dass das alles sehr ungenau ist, erkennen wir spätestens dann, wenn wir uns die Krankenakten von Patienten ansehen, die jahrelang psychiatrische Kliniken durchlaufen haben. Viele verschiedene Diagnostiker waren da oft am Werk und wir finden für ein und dieselbe Person völlig verschiedene Diagnosen. Das heißt im Klartext: Wenn wir es mit Diagnosen zu tun haben, haben wir es nicht mit objektiven Wirklichkeiten zu tun, sondern mit den Beobachtungen der Diagnostiker. Etwas überzogen ausgedrückt: Wenn ich mit dem Finger auf diese Tür zeige und sage: „Die Tür ist obszön“, dann mache ich damit zunächst keine Aussage über die Tür, sondern über mich selber. Ich persönlich nutze die diagnostischen Kriterien trotz meiner Vorbehalte dennoch, weil sich darüber die Symptomatik einigermaßen beschreiben lässt, und weil der Austausch in der Fachwelt dadurch erleichtert wird. Wichtig dabei ist aber, dass wir das eine nicht mit dem anderen verwechseln, was leider oft passiert. Es lässt sich immer wieder beobachten, dass Kliniker so tun, als hätten sie es nicht mit Menschen zu tun, sondern mit Diagnosen. Das klingt dann oft so grotesk wie im Krankenhaus, wenn durch die Haussprechanlage aus dem OP auf Station gerufen wird: „Die Galle kann kommen“. Wir haben es also mit Menschen zu tun und nicht mit Diagnosen. Wenn wir im Restaurant sitzen, orientieren wir uns zwar

zunächst an der Speisekarte, aber wir essen dann doch das Schnitzel und nicht die Karte selber, obwohl einem beim Anblick der Karte bereits das Wasser im Mund zusammenlaufen kann.

Meine Damen und Herren, mein diagnostischer Blick verrät mir, dass Sie alle noch sehr aufmerksam und frisch sind, und so nehmen wir uns noch etwas Zeit für unsere depressive Klientin und für die Bewältigung ihrer Depression.

Es wäre wunderschön, wenn ich Ihnen jetzt noch ein paar Handreichungen mitgeben könnte, wie Frau ihre Depression selber bewältigt. Das geht aber leider nicht, weil es nicht die Depression gibt, die sich einfach so beschreiben und behandeln ließe, sondern weil es so viele Wirklichkeiten gibt wie Menschen, und weil es demzufolge so viele Depressionen gibt wie davon Betroffene. Ich werde deshalb jetzt ein wenig anreißen, wie sich die systemisch-therapeutische Beziehung zwischen meiner Klientin und mir entwickelte, wobei ich angesichts unserer knappen Zeit nur kleine Ausschnitte beschreiben kann.

Frau F., nennen wir sie mal so, war, als sie in die erste Sitzung kam, vorsichtig und zunächst etwas unsicher. Das würde mir wahrscheinlich genauso gehen, wenn ich plötzlich einem mir völlig fremden Psychotherapeuten gegenüber säße. Es war zunächst wichtig, und das ist es immer, wenn eine Beratung anfängt, eine Beziehung zwischen uns herzustellen. Darauf stützt sich immer zunächst meine Hoffnung, dass es gelingt, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Das nicht nur deshalb, damit der Prozess gut funktioniert, sondern auch, weil die systemische Idee davon ausgeht, dass der Sinn einer Beratung nicht in der Heilung einer Krankheit liegt, sondern in dem Gestalten der therapeutischen Beziehung zwischen der Klientin und mir. Das Augenmerk wird also auf die Beziehung gerichtet und nicht auf die Heilung. Allein schon deshalb nicht auf Heilung, weil ich als Systemiker davon ausgehe, dass ich gar nicht und dass überhaupt niemand psychotherapeutisch heilen kann, sondern dass es mir allenfalls gelingen kann, das depressive Muster meiner Klientin zu stören. Der Begriff „Störung“ hat in der systemischen Arbeit eine zentrale Rolle. Aber im Gegensatz zur traditionellen Denkweise wird die „Störung“ hier nicht negativ belegt, sondern er wird als Impuls verstanden, der einen Veränderungsprozess in Gang bringen kann. Als Systemiker will ich keine Störung heilen, sondern ich will ein Muster stören oder, wie wir auch sagen, verstören. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, dass das depressive Muster nicht überflüssigerweise da ist, sondern dass es im Lebenskontext der Frau einen Sinn macht, dass es einer Logik folgt. Das wiederum geht auf die Erkenntnis zurück, dass wir Menschen als lebende Systeme völlig autonom leben und dass wir uns sozusagen selber aus uns heraus leben. Theoretisch nennen wir das so: Wir sind autopoietische Systeme. Dieses systemische Kunstwort bedeutet soviel wie „Selbstschöpfung“ und meint soviel wie: Wir sind nicht direkt durch unsere Umwelt beeinflussbar, sondern unser Organismus und unsere Psyche bestimmen allein aus sich heraus, wie wir leben. Wir erschaffen uns quasi immer wieder selbst aus dem, aus dem wir sind. Dieses nicht ganz leicht zu verstehende Phänomen erklärt, warum Psychotherapie im eigentlichen Sinne des Wortes gar nicht möglich sein kann, weil Heilung durch andere voraussetzen würde, dass andere direkt eingreifen können. Im klassischen Heilungskontext werden Menschen denn auch immer wieder irgendwie mit Maschinen verwechselt, die man reparieren kann. Im Gegensatz zu Organismen sind Maschinen zwar auch Systeme, aber keine autopoietischen Systeme, sonst könnte ein Auto sich selber fahren, eine Waschmaschine sich selber waschen und ein Toaster sich selber tosten. Eine Maschine wird direkt von außen beeinflusst.

Es ist für mich als Systemiker von großem Interesse, wie Frau F. lebt. Sie ist verheiratet, hat zwei Erwachsene Söhne im Alter von 26 und 28 Jahren. Beide Söhne wohnen noch im Haus, beide sind ohne Beziehungspartnerinnen, beide haben nicht geplant, das Elternhaus bald zu verlassen. Zwischen ihren Söhnen und ihrem Mann kommt es häufig zu heftigen Auseinandersetzungen. Der Vater wirft den Söhnen vor, sie seien faul und würden ihm auf der Tasche liegen. Frau F. sitzt zwischen den Stühlen. Ihr Mann wirft ihr vor, sie habe die Söhne falsch erzogen. Sie achtet immer darauf, dass die Söhne nichts von dem

mitbekommen, was er ihr erzählt. Die Söhne beklagen sich bei ihr über den garstigen Vater. Sie achtet darauf, dass der Vater nichts von dem mitbekommt, was die Söhne ihr erzählt. In der Familie hat Frau F. also die Rolle der Beschwichtigerin. Sie leidet sehr unter diesem ganzen Drama, und sie kann sich weder ihrem Mann noch ihren Söhnen anvertrauen.

Dieser ganze Familienclinch fing an, lange bevor sich Frau F. depressiv fühlte. Mit den Jahren entwickelte sich die depressive Symptomatik. Und, je stärker die Depression wurde, je öfter Frau F. zum Arzt musste, je mehr sie im krankheitshalber im Bett blieb, um so mehr begannen die drei Männer, sich Sorgen um sie zu machen. Es entwickelte sich allmählich eine Allianz unter den Männern, man wechselte sich ab bei der Hausarbeit. Und man fuhr sich rasch selber über den Mund, wenn sich ein lautstarker Streit zu entwickeln drohte, damit die erschöpfte und weinerliche Mutter nicht vom Schlaf aufwacht und in ihrer Ruhe gestört wird.

Wenn wir so wollen, hatte Frau F. im Laufe der Zeit ungewollt eine Kompetenz entwickelt, das verrückte und stabile Familienmuster zu verstören. Nicht mehr sie war die, die beschwichtigen musste, sondern die Männer waren beschwichtigend am Werk.

So betrachtet, konnte ich aus systemischer Sicht die Hypothese bilden, dass die Depression von Frau F. keine überflüssige Krankheit war, sondern eine Kompetenz, mit der sie dazu beigetragen hatte, dass die verkrustete Familienverstrickung aufbrechen konnte. Heimlich habe ich mir bald gedacht: Sie müsste verrückt sein, wenn sie ihre Depression aufgeben würde.

Im weiteren Verlauf unserer therapeutischen Beziehung lernte Frau F., die Welt mit anderen Augen zu sehen. Sie wurde sich ihrer Kompetenz bewusst. Wenn sie auf diese Weise kompetent ist, sich von den keifenden Männern in der Familie abzugrenzen, dann hat verfügt sie sicher unbewusst auch über andere Möglichkeiten der Grenzsicherung. Und das war dann lange unser Thema. Welche Schritte könnte sie tun, um mehr für sich zu sorgen, die Männer Männer sein zu lassen, sich nicht mehr für alles und jeden verantwortlich zu fühlen usw. Frau F. selber kam dann irgendwann auf die Idee, sie würde gerne mal zum Frauentanz ins Tollhaus gehen. Es hat eine Weile gebraucht, bis sie den Mut dazu fand, und irgendwann war es dann soweit. Obwohl ihr Mann händeringend versuchte, seine Frau davon abzuhalten, vor lauter Sorge, versteht sich, setzte sie sich durch.

Am Ende unseres Beratungsprozesses war die Depression nicht ganz verschwunden. Wir waren uns einig darüber, dass das auch schade gewesen wäre, diese Ressource einfach so über Bord zu kippen. Neben ihrer Depression, die sie immer seltener nutzte, entwickelte sie im Laufe der Zeit weitere Kompetenzen „nein“ zu sagen oder „das ist mir doch egal“. Ihre Depression behielt Frau F. in petto. Sie behielt sich das Recht vor, jederzeit darauf zurückzugreifen, wenn die Situation es erfordern würde.

Meine Damen und Herren, der Beratungsprozess mit Frau F. gehört zu denen, die ich als geglückt betrachten würde. Natürlich gibt es auch solche, mit denen meine Klientinnen und ich weniger zufrieden sind, aber Sie haben sicher Verständnis dafür, dass ich hier ein gelungenes Beispiel vorgetragen habe. Systemiker machen normalerweise keine Aussagen über die Ursachen von psychischen Problemen, und das will ich generell auch nicht tun. Wenn wir aber Symptome als Möglichkeiten verstehen, die für die Betroffenen Wege ebnen, die normalerweise nicht hätten gegangen werden können, dann kann ich mich ganz vorsichtig auf folgende Aussage einlassen:

Nach meiner Beobachtung hat die Depression, sofern sie nicht auf biochemische Prozesse zurückzuführen ist, sehr häufig zwei Aufgaben bzw. Funktionen. Meistens dient sie der Abgrenzung innerhalb eines verstrickten Systems. Verstrickte soziale Systeme sind in diesem Zusammenhang meistens Familien, können aber auch berufliche Teams,

Freundeskreise oder andere Systeme sein. Vielleicht erklärt das auch ein wenig die Tatsache, dass wesentlich mehr Frauen als Männer die depressive Symptomatik nutzen. Männer nutzen vielleicht mehr ihre ach so geliebte Arbeit oder ihren Computer oder den Fußball oder den Stammtisch oder oder oder. Und wahrscheinlich fühlen sich Männer ohnehin weniger als Frauen zuständig für Beziehungsgeschicke.

Als weitere jedoch weniger genutzte Kompetenz lässt sich die Depression nutzen, um Zuwendung zu bekommen. Für diesen Bereich sind jedoch nach meiner Erfahrung mehr Ängste zuständig.

So, jetzt haben Sie lange zugehört, meine diagnostischen Röntgenaugen erkennen eindeutig, dass sich langsam Ermüdung einschleicht – ich danke Ihnen für Ihre Geduld.

Dieter Salomon