

Teil I – Konzepte, Psychodynamik, Psychogenese

Grundtypen depressiven Beziehungsverhaltens

Angesichts der Vielfältigkeit psychopathologischer Phänomene der Depression geht heute die Tendenz hin zu Konzepten, die erweiterte Störungsbilder integrieren. Begonnen hat damit Sidney Blatt (1974) mit seinem Modell zweier Grundtypen der Depression, bezogen auf ein jeweils typisches Beziehungsverhalten.

Herbert Will (1994) hat ein weiteres integratives Modell mit fünf verschiedenen Typen oder Konstellationen der Depression entworfen; er differenziert nach Erscheinungsbild, Selbsterleben, Übertragung und metapsychologischer Erklärung. Die spätere Darstellung seines Konzepts ist gegliedert nach Mustern depressiven Beziehungsverhaltens, verschiedenartigen Psychodynamiken und der jeweils unterschiedlichen Psychogenese.

David Taylor (2005) hat diese Unterteilung noch um zwei weitere Depressionstypen erweitert: einen masochistischen Typ mit perverser Herabsetzung des Selbst und einen manisch triumphierenden Typ.

Eine Dreiergliederung depressiver Phänomene entwirft Stavros Mentzos (2009) mit seinem „Drei-Säulen-Modell“. Den depressiven Affekt versteht er als einen Modus der Abwehr, weil er – neben seiner Funktion als Indikator, z.B. für die Vertiefung depressiver Verfassungen – auch abwehrstimulierend wirke, in erster Linie auf den Abwehrmechanismus des Rückzugs.

1) Der anaklitische und der introjektive Typus depressiven Beziehungsverhaltens (Blatt, ref. v. Will)

Die Bezeichnung für den anaklitischen Typus geht zurück auf das altgriechische Wort „anaklino = ich lehne mich an, ich lehne mich zurück“. René Spitz hat als erster die Depression von vernachlässigten Säuglingen, die er in Kinderheimen untersucht hat, als anaklitische bezeichnet. Blatt fasst unter diesen Begriff die Depressiven, die vor allem mit interpersonellen (depressives Beziehungsverhalten) Problemen zu kämpfen haben und nicht primär mit intrapsychischen, also mit Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Gefühlen von Verlust und Alleingelassensein, und zwar in Beziehungen jeder Art – privat, beruflich und sozial. Appelle sind ambivalenter Natur, z.B. einerseits als Zuschreibung von rettenden Helferqualitäten, andererseits als penetrant unterwürfiges Anklammern. Die illusionäre Hoffnung besteht darin, dass so das Leiden unter den geschilderten Problemen sowie Ängste vor einem schutzlosen und unversorgtem Zurückbleiben, zumindest gemildert werden kann.

Das Beziehungsverhalten des introjektiven Typus manifestiert sich gänzlich anders, nämlich in einem ausgeprägt distanzierten, selbstbezogenem Verhalten und einem Leiden an Problemen der Selbstdefinition und des Selbstbildes. Die depressive Beschäftigung bezieht sich primär auf die eigene Person, sie kreist um Fragen der Selbstkritik, des Selbstwerts sowie um Versagen und Schuld.

Introjektion ist ein basaler psychoregulativer Vorgang, der dann angenommen werden kann, wenn eine zwischenmenschliche Erfahrung – z.B. die Wahrnehmung von anderen zu wenig beachtet, nicht respektiert zu werden – nicht mit den betreffenden Personen geklärt und ausgetragen wird, sondern nach innen gekehrt wird. Ein Konflikt im psychischen Außen wird introjeziert und kann

unterschiedlich selbstbezogen bewertet werden, z.B. selbstkritisch: „Ich bin es nicht wert, respektiert zu werden“ oder schuldhaft: „Hätte ich nur nichts gesagt, dann wäre meine schräge Art, meine Schüchternheit nicht aufgefallen“.

Während anaklitisch Depressive ihre Abhängigkeitsdynamik interpersonell inszenieren und ihre Mitmenschen in diese Dynamik involvieren - ihnen beispielsweise das anfangs angenehme Gefühl geben, Helfer und Retter zu sein, sie später aber durch servile Dominanz zur Weißglut bringen -, ziehen sich introjektiv Depressive in sich zurück. Dies läßt beim anderen den Eindruck zurück, mit einer Art innerer Kündigung abgespeist worden zu sein, womit sich häufig Gefühle von Irritation, Sorge und Anteilnahme und/oder Ablehnung, Ärger, Resignation verbinden.

Dominante Gefühle bei diesen Grundtypen:

(A) Beim anaklitischen Typus: Einsamkeit, Hilflosigkeit und Schwäche, intensive und chronische Ängste, verlassen zu werden, schutzlos und unversorgt zurückzubleiben. Es besteht ein tiefes Bedürfnis danach, geliebt, genährt und beschützt zu werden. Ein Gegenüber wird vor allem geschätzt und gebraucht, wenn es unmittelbare Fürsorge, Beruhigung und Befriedigung bereitstellt. Trennung und Verlust verursachen erhebliche Ängste und Befürchtungen, die oft geleugnet oder denen mit einer verzweifelten Suche nach ersetzenden Anderen begegnet wird.

(B) Der introjektive Typus erlebt vor allem Gefühle der Wertlosigkeit, der Niedrigkeit, des Versagens und der Schuld. Er ist intensiv beschäftigt mit Selbstzweifeln und unerbittlicher Selbstprüfung, hat chronische Ängste, kritisiert zu werden und die Anerkennung signifikanter Anderer zu verlieren.

Überkompensatorisch werden exzessive Leistung und Perfektion aufgeboten, ein oft sehr kompetitives Gebaren, was jedoch nicht auf Dauer zufriedenstellt. Eine intensiv kämpferische Einstellung kann imponieren, die sich auch gegen andere kritisch und angreifend oder aber anspruchsvoll und abwertend äußert.

Genauere Untersuchungen dieser beiden Typen zeigen, dass kaum einer nicht auch etwas von dem anderen Typus erlebt und zeigt. Der introjektiv-selbstkritische Typus kann trotz seines distanzierenden Rückzugs heimlich und versteckt sehr angewiesen auf andere Menschen sein, und der anaklitisch-abhängige Typus kann viel Selbstkritik üben und starke Versagensgefühle empfinden.

2) Will (1994) hat diese beiden Grundtypen in fünf aufgefächert und den jeweiligen depressiven Erscheinungsbildern einen Leitaffekt zugeordnet, der alltagssprachlich beschreibt, wie sich ein Patient in einer jeweils „zentralen Emotion“ erleben könnte:

a) Überich- oder Schuld-Depression

Zentrale Emotion: Schuld und Selbstanklage (»Ich habe jemandem etwas angetan, ich bin böse«).

b) Oral-abhängige Depression

Zentrale Emotion: Ängstliche Sehnsucht und Enttäuschung (»Ich brauche Liebe, Trost und Unterstützung, aber bekomme zu wenig!«)

c) Ich-Depression

Zentrale Emotion: Hilf- und Hoffnungslosigkeit (»Mir ist etwas zugestoßen, ich kann nicht mehr«).

d) Narzisstische Depression

Zentrale Emotion: Scham und Selbsterniedrigung (»Ich bin nichts wert, bin ein Versager«).

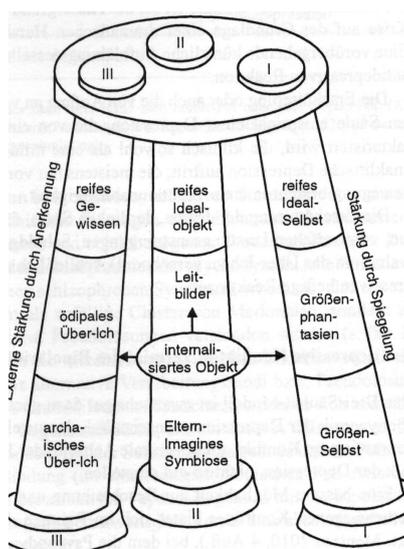
e) Realistische oder schöpferische Depression

Zentrale Emotion: Traurigkeit, verbunden mit Hoffnung (»Was geschehen ist, tut weh, aber es gibt eine Zukunft für mich«).

Diese Auffächerung depressiver Erscheinungsformen läßt sich ohne Weiteres an die beiden erstgenannten Grundtypen anschließen; die jeweilige „zentrale Emotion“ stellt eine brauchbare Erweiterung des Grundmodells nach Blatt dar.

3) Beim „Drei-Säulen-Modell“ von Mentzos (2009) werden die depressiven Erscheinungsformen ähnlich benannt wie oben bei Will (1994), sie werden aber auf einer von drei Säulen abgestützten Plattform plaziert. Durch jede der drei Säulen werden – nach depressiven Phänomenen unterschieden – psychogenetisch und psychodynamisch relevante Aspekte repräsentiert, die die Plattform je nach individueller Ausprägung dieser Aspekte stabiler oder labiler stützen. Da mit diesem Modell die Konfliktdynamik der Depression nicht gut nachvollzogen werden kann – so Mentzos (2010) – bedient er sich hierfür eines „Bipolaritätsmodells“, in dem der Konflikt zwischen einem Selbst- und einem Objektpol aufgespannt dargestellt wird.

Drei-Säulen-Modell



Bipolaritätsmodell

Depression mit und ohne Konflikt 265

	Selbst-Pol		
	Schizophrene Psychosen	Schizoaffective Psychosen	Manisch-depressive Psychosen
	Autismus	z.B. maniform-schizophren	Manie
	Katatonie		
	Verfolgungswahn	z.B. paranoid-depressiv	
	Halluzination (z.B. Stimmen als Ersatz für Beziehung Stimmen als Objekt-Ersatz)		
	Beziehungswahn		
	Liebeswahn	z.B. depressiv-ängstlich-misstrauisch	
	Zerfließen der Ich-Grenze		
	Fusion		Schulddepression
			Objekt-Pol

Depressives Erleben umfasst noch weit mehr als hier dargestellt. Beispielsweise kann ein Verlust oder Mangel der Zeitdimension auftreten, indem das Wechselspiel zwischen Vergangenheit (Erinnerungen), Gegenwart (aktuelle Realitätswahrnehmung) und Zukunft (Vorstellungen, Wünsche, Perspektiven) ein- oder zusammenbricht – Suizid „hält Zeit an“.

Auch kann sich die Zeiterfahrung in Beziehungen verändern: ausgefüllte Momente werden selten oder fallen aus.

Zeiterfahrung kann auch zu etwas werden, woran man sich nicht beteiligt erlebt.

Von hier aus ist es nicht mehr weit zu einer funktionellen oder psychosomatischen

Symptomatik, der motorischen Aktionshemmung (gebückte Haltung, steife Mimik, spärlicher Augenkontakt, tonlose Stimme usw.) oder der mental-psychischen Hemmung (Ich-Funktionen, Selbstwahrnehmung, Phantasien usw.); Symptome dieser Art werden auch als Antriebsstörung bezeichnet (vgl. Daniel Hell, 2012/13, auch Mentzos (2009)).

Psychodynamische Aspekte (zusammengefasst):

Abhängig Depressive (oral-abhängige und Ich-Depression nach Will, Abhängigkeitsdepression nach Mentzos) meiden die Ausbildung angemessener Autonomie und Unabhängigkeit, weil sie davon überzeugt sind, alleine nicht zurechtzukommen zu können und ohne dominante Andere unterzugehen. Sie weichen diesen Entwicklungsanforderungen auf regressive Weise aus und verbleiben hilfsbedürftig und ängstlich. Sie haben also (noch) nicht verstanden, dass genau dieses Ausweichen vor der Auseinandersetzung mit inneren Konflikten ihre Depression verstärkt. Insbesondere versuchen sie, Auseinandersetzungen mit ihrem Überich und Ichideal regressiv zu meiden. Dadurch verbleiben diese Instanzen – Ideale und Forderungen – gering integriert.

Selbstkritisch Depressive (narzisstische Depression nach Will u. Mentzos) leugnen vor allem ihre tiefe Sehnsucht nach Nähe, Liebe und Versorgung, weil sie damit Enttäuschung und letztlich Selbstverlust verbinden. Sie rotieren in einem pathologischen Zirkel mit überzogenen Erwartungen, permanenter Selbstkritik und begleitenden Versagens- und Selbstverlustängsten. Sie sind Gefangene einer Strategie: „Wenn ich mir nur genügend Mühe gebe, könnte ich mich selbst zufrieden stellen und die Hochachtung anderer gewinnen.“ Sie gehen dabei interpersonellen Konflikten, die auch ihrer Depression zugrunde liegen, aus dem Weg weil sie sich zu deren Bewältigung nicht im Stande sehen.

Psychodynamisch aktivieren diese beiden Typen den ödipalen und den präödipalen Pol der depressiven Problematik. Der ödipale Pol hängt dynamisch mit dem Überich und seinem Entwicklungsschicksal zusammen, der präödipale Pol mit den Schicksalen primärer Objektbezogenheit (Repräsentanzbildung) in frühester Zeit, vor allem über den Mechanismus der Introjektion.

Überich-Depression (Will) und Schulddepression (Mentzos): Es dominieren Selbstbezeichnungen, den Verlust des Anderen nicht aufgehoben zu haben sowie Attacken gegen die eigene Person (Überich-Unterwerfung: „sich nicht genug angestrengt zu haben – also selbst schuld zu sein). Aus Affekten wie Hass, der anfänglich auf das verlorene Objekt gerichtet war, wird durch den psychischen Mechanismus der Introjektion (des verlorenen Objekts) ins Selbst autoaggressiver Selbsthass, der zu schweren Selbstschädigungen, Selbstverletzungen und -zerstörungen führen kann.

Verzweiflung am Selbst (Kristeva 2007): Konstitutive oder aus der Entwicklung verbliebene Defizite struktureller Art (z.B. psychische „Verwertungsstörung“ als strukturelles Defizit der Selbst-Objekt-Differenzierung; Konflikt: Individuation/Abhängigkeit, aber auch „spätere“ Defizite des depressiven Grundkonflikts auf der zweiten Entwicklungsebene – nach Rudolf) können mit zu Verzweiflung führenden heftigen Selbstwertkonflikten einhergehen, weil Änderungswünsche blockiert erscheinen. Eine zentrale Stelle in Kristevas Psychodynamik nehmen die Affekte Trauer und eben Verzweiflung ein: „Alles, was der Depressive hat, ist sein Affekt, sind seine Verzweiflung und Traurigkeit, an denen er festhält. An die Stelle des Objektbezugs tritt die

Bindung an den Affekt, der freilich nicht objektbezogen ist, sondern ‚Grenzelement des Ichs‘ (zit. nach: Küchenhoff, 2017, S. 47). Als letzter Halt und Suizidschutz können depressive Affekte wie Traurigkeit und Verzweiflung eine Art Ersatzstruktur („Kohäsion“, so Küchenhoff) bilden, die den totalen Selbst-Zusammenbruch aufhält. Allerdings bleibt wegen der an die Struktur gebundenen Blockade die Fähigkeit, Erfahrungen zu lebensstauglichen Repräsentationen zu verinnerlichen, erheblich eingeschränkt.

Zur Psychogenese:

Die für eine zu bestimmende Vulnerabilität relevanten Störungsschwerpunkte können jedes Entwicklungsalter betreffen:

Ein *erster Schwerpunkt* liegt im ersten Lebensjahr. Hier geht es häufig um Störungen und Mängel in der direkten Interaktion mit Pflegepersonen, z.B. wenn die Mutter selbst depressiv ist, kann es ihr am nötigen Interesse und bezogener Aufmerksamkeit fehlen („weggehen“, „sich wegrehen“ bei Küchenhoff).

Beobachtungen von Säuglingen mit depressiven Müttern haben gezeigt: Babys protestierten in den ersten zwei Lebensmonaten häufig gegen Vernachlässigung und versuchten ihre Bedürfnisse deutlich zu machen. Mit sechs Monaten hatten sie sich diese Aktivitäten abgewöhnt und pflegten stattdessen bei Kontaktaufnahme wegzuschauen und sich zurückzuziehen. Sie zeigten ein vermindertes Interesse an interpersonaler Interaktion und wandten sich vermehrt einem selbsttröstenden Verhalten zu. Wahrscheinlich hatte sich bereits die Erwartung verfestigt, keine Antwort auf ihre Aktivitäten zu bekommen und auch keine Hilfe zu erhalten bei der Regulation eigener Affekte und Erregungen.

Solche wiederholten Erfahrungen prägen schon früh Defizite bei den Ansätzen zur Bildung von Repräsentanzen, d.h. der strukturellen Schemata vom eigenen Selbst, vom Gegenüber und von der Art der Beziehung zwischen Selbst und Objekt. In der Sprache der Erwachsenen formuliert, mag ein solches Kind die Überzeugung gewinnen, dass es unfähig ist, das Objekt zu erreichen, und deshalb auf sich selbst zurückgeworfen ist. Es mag dies als Desinteresse der Objektwelt internalisieren, es mag vor allem sich seinen eigenen Affekten, Erregungen, Phantasien und Ängsten ausgeliefert fühlen und die Einstellung gewinnen, es müsse mit sich selbst zurechtkommen, auch wenn es sich dazu überhaupt nicht in der Lage sieht. Es könnte in späteren Entwicklungsphasen Enttäuschung und Zurückweisung als wesentliche Attribute von Objektbeziehungen internalisieren, und die Frage, warum die Mutter es zurückweise, mit selbstbezogener Schuld verknüpfen.

In der Separationsphase des zweiten Lebensjahres, in der die erste Autonomieentwicklung stattfindet, liegt der *zweite Störungsschwerpunkt* depressiver Vulnerabilität. In dieser Zeit beginnt das Kind, ein Gefühl für seinen Selbstwert und seine Identität zu entwickeln. Störungen können hier zu einer Bildung von Ärger und Ressentiment in interpersonellen Beziehungen führen und zu einem entwerteten Selbstbild, das verbunden ist mit ausgeprägten Gefühlen von Scham, Schuld und Ungenügen („wegweisen“ bei Küchenhoff). Narzisstische Störungen mit Selbstwertzweifeln/Selbstüberhöhungen haben hier ihren vulnerablen Kern. Ferner bleiben die Kinder gebunden an die Primärpersonen, doch auf eine unsicher-ambivalente oder eine unsicher-vermeidende Weise (vgl. Schauenburg, 2016).

Ein *dritter Störungsschwerpunkt* in der ödipalen Zeit des 5. und 6. Lebensjahres bezieht sich u.a. auf die Konsolidierung des Überichs („wegschauen“ bei Küchenhoff). Hier verstärkt sich für bereits depressiv vulnerable Kinder die Neigung zu Schuldgefühlen und Scham sowie die Tendenz zu Selbstkritik und das Auftreten von Versagensgefühlen.

Auf diesem Entwicklungsstand differenzieren sich auch die Wege der beiden erstgenannten Grundtypen, in den tendenziell abhängigen, objektanklammernden Typus, der regressiv dem Ödipuskonflikt ausweicht, und in den die introjektiv-selbstkritische und pseudoautonome Richtung einschlagenden Typus.

4) Diese ersten psychogenetischen Überlegungen werden in der psychodynamisch begründeten Typologie der Depression von J. Küchenhoff (2017) erweitert. Er nimmt sechs Typen depressioger Vulnerabilität an, blickt aus der Perspektive der Erfahrungen und deren Verarbeitung in der Entwicklungszeit auf die Beziehungserwartungen und Beziehungsängste der Leidenden, und beschreibt dies in passenden Fallvignetten. Seine Typologie depressiver Muster ist überwiegend auf Verlusterfahrungen und damit verbundenen Beziehungsängsten bezogen.

Psychodynamische Konzepte der Depression

Weggehen (Trauma)	Verlust des Objekts im engeren Sinn
Sich wegdrehen (»tote Mutter«)	Verlust der Besetzung durch das Objekt
Wegweisen (Liebesentzug)	Verlust der Liebe des Objekts
Wegschauen (fehlende Anerkennung)	Verlust der Anerkennung durch das Objekt
Nicht weglassen (Verwöhnung/Überbehütung)	Verlust der Begleitung der Separation durch das Objekt
Nicht überlassen (fehlende Triangulierung)	Verlust der triangulierenden Funktion des Objekts

Tabelle 1: Was ist »Objektverlust« und was macht ihn unerträglich?

Das Objekt zu halten und zu gewinnen trachten	Leistung, Unterwerfung/ Masochismus, Anpassung
Sich vor dem Objekt schützen	Rückzug, zwanghafte Kontrolle
Ambivalenz dem Objekt gegenüber verhindern	Selbsthass statt Hass
Selbstentwertung/-opferung	Nichtigkeit des Selbst gegenüber dem idealisierten Objekt

Tabelle 2: Wie reagiert das Subjekt in der Depression auf den Objektverlust?

Der Verlust eines „wichtigen Objekts“ kann als Ereignis erlebt worden sein, das schlagartig (z.B. Tod – „weggehen“) eingetreten sein mag. War aber dieses Objekt eines, dass den Pat. von Anbeginn seines Lebens geliebt und ihm damit auch einen hinreichend stabilen Beziehungsstatus auf der Ebene beiderseitigen Grundvertrauens gesichert hat, dann kann mit dem Verlust auch diese ihm vermutlich vermittelte lebensbedeutsame psychische Funktion plötzlich entfallen (vgl. Matakas u. Rohrbach (2005)). Die Verlustperspektive allein kann daher die Vielfalt der Ausgestaltung aller möglicher Vulnerabilitäten nicht erfassen.

5) Auch G. Rudolf (2008) entfaltet in seinem Entwurf des depressiven Grundkonflikts – beginnend mit den frühesten Entwicklungserfahrungen – vielschichtige Entwicklungsschicksale, die im erwachsenen Leben zu depressiven Erkrankungen führen können. Er stellt sechs Arten (kompensatorischer) Verarbeitungen des Grundkonflikts dar (altruistisch-überfürsorglich, narzisstisch, schizoid, oral-regressiv, philobatisch, durch Humor und Kreativität), deren Ein- oder Zusammenbruch zu manifesten Depressionen führen können. Sein Entwurf dürfte zu den bislang detailliertesten Darstellungen sowohl hinsichtlich der möglichen Ausprägungen des depressiven Grundkonflikts als auch den daraus möglicherweise entstehenden depressiven Erkrankungen gehören.

Daher werden wir uns im **Teil II - Psychotherapeutische Behandlung** (2019/20) verstärkt mit diesem Konzept auseinandersetzen.

Literatur:

- Blatt, S.J. (1974): *Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression*. Psychoanal Study Child; 29:107-157.
– (1998): *Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression*. J Am Psychoanal Assoc; 46:723-752.
- Küchenhoff, J. (2017): *Depression*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Matakas, F. u. Rohrbach, E. (2005): *Zur Psychodynamik der schweren Depression und die therapeutischen Konsequenzen*. Psyche – Z Psychoanal 59, 892-917. Klett-Cotta (Stuttgart)
- Mentzos, St. (2009): *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
– (2010): *Depression mit und ohne Konflikt*. Springer, Forum Psychoanal 26: 255-269.
- Rudolf, G. (2008): *Der depressive Grundkonflikt und seine Verarbeitungen*. In: Rudolf, Henningsen (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme (2008⁶).
- Schauenburg, H. (2016): *Bindung und Depression*. Psychotherapie im Dialog, Heft 3
- Will, H. (1994): *Zur Phänomenologie der Depression aus psychoanalytischer Sicht*. Psyche 48, 361-385
– (2002): *Zwei Grundtypen depressiven Beziehungsverhaltens: Abhängige und selbstkritische Depression und ihre psychodynamische Therapie*. München: CIP-Medien.
- Taylor, D. (2005): *Klinische Probleme chronischer, refraktärer oder »behandlungsresistenter Depression*. Psyche – Z Psychoanal 59, 843-863.