

# **Die (gem)einsame Arbeit an der Depression**

Eine Ethnografie zum Krankheits- und Therapieerleben in der stationären Psychiatrie

Dissertation zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

am Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften  
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von Vanessa von Stülpnagel

Berlin, 2020



Erstgutachterin: Prof. Dr. Birgitt Röttger-Rössler

Zweitgutachter: Prof. Dr. Hansjörg Dilger

Disputation: 18.05.2021

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und unter  
Zuhilfenahme der angegebenen Literatur erstellt habe.



## **Danksagung**

Meine Gesprächspartner in den Kliniken haben mich in ihr Leben gelassen und mir viel mehr beigebracht, als zwischen zwei Buchdeckel passt. Dafür möchte ich mich herzlichst bedanken.

Den Leitern und Mitarbeitern der beiden Kliniken danke ich für ihr Interesse und ihre Bereitschaft, an der Forschung teilzunehmen. Dadurch wurde diese Studie erst möglich.

Meinem Mann verdanke ich so vieles. Du hast mich kontinuierlich unterstützt, wir haben zusammen Ideen entwickelt und Du hast die ganze Dissertation auf Herz und Nieren geprüft. Dafür, dass Du immer da bist, danke ich Dir außerordentlich.

Ein großes Dankeschön gebührt meinen Eltern. Ihr habt mich immer wieder motiviert weiterzumachen und wart all die Jahre mit Rat und Tat zur Stelle. Ohne Eure Unterstützung wäre ich nicht, wer ich bin, und diese Dissertation gäbe es auch nicht.

Marika Cronebach und Verena Zelger danke ich vielmals dafür, dass sie in schwierigen Phasen für die nötige Leichtigkeit gesorgt haben. Besonderer Dank gilt Felicia Paese, die mir neuen Schwung für den Endspurt gegeben hat.

Meiner Erstgutachterin Prof. Dr. Birgitt Röttger-Rössler danke ich für die stets konstruktive Begleitung dieser Arbeit. Auch meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Hansjörg Dilger gilt ein Dankeschön für den Gedankenaustausch, ebenso wie den Kollegen des Arbeitskreises Medical Anthropology sowie des Exzellenzclusters Languages of Emotion an der Freien Universität Berlin.

Für das Promotionsstipendium danke ich der Deutschen Forschungsgemeinschaft.



# Inhalt

1	Einleitung .....	1
2	Kontextualisierung der Forschung .....	9
2.1	Eine kurze Geschichte der Depression .....	9
2.2	Depressionsstationen als Feld .....	15
2.3	Methodisches Vorgehen .....	20
2.4	Positionalität und Emotionen der Forscherin .....	27
2.5	Existenzielle Gefühle und Emotionsarbeit .....	42
2.6	Krankheit und Heilung als Aushandlung .....	45
2.7	Narrative (Re-)Konstruktion der Depression .....	48
3	„Irgendwann bricht der Boden ein“ – Was führt Menschen in die Klinik? .....	51
3.1	Auslöser der Depression .....	51
3.1.1	Arbeit und Leistungsdruck .....	52
3.1.2	Familie und Partnerschaft .....	57
3.1.3	Physisches und Verhalten .....	58
3.2	Erleben der Depression .....	59
3.3	Aufbruch in die Klinik .....	74
3.4	Zwischenfazit .....	77
4	„Am Ende ist man selbst verantwortlich“ – Therapie als Anleitung zum Emotions- und Selbstmanagement .....	79
4.1	Ankunft auf der Station .....	79
4.2	Stationäre Interventionsformen .....	85

4.3	Einzelvisite .....	86
4.4	Gruppensitzung .....	91
4.5	Fallbesprechung .....	94
4.6	Pharmakologische Therapie .....	103
4.6.1	Benzodiazepine .....	103
4.6.2	Antidepressiva .....	105
4.7	Einzelpsychotherapie .....	111
4.8	Gruppenpsychotherapie .....	118
4.8.1	Phase 1: Problemfeststellung .....	120
4.8.2	Phase 2: Expertenmodelle .....	121
4.8.3	Phase 3: Aktivitätsaufbau .....	125
4.8.4	Phase 4: Kognitionsbearbeitung .....	128
4.8.5	Phase 5: Kompetenzverbesserung .....	142
4.8.6	Phase 6: Rückfallprophylaxe .....	146
4.9	Entlassung aus der Klinik .....	149
4.10	Zwischenfazit: Beiträge der Interventionen zur Gesamtbehandlung .....	150
5	„Ich würde gern wollen, aber ich kann grad nicht“ – Paradoxien, Ambivalenzen und Grenzen des Emotions- und Selbstmanagements .....	165
5.1	Individualisierung .....	166
5.2	(Ir-)Rationalität .....	169
5.3	Paternalismus versus Empowerment .....	171
5.4	Emotionsarbeit und Entpolitisierung .....	173
6	Schlussbetrachtungen: Emotions- und Selbstmanagement als Aushandlung im therapeutischen Raum .....	178
	Literaturverzeichnis .....	190
	Bildquelle .....	200

Anhang .....	201
a. Hauptakteure der Studie .....	201
b. Kennzeichnung der Empiriezitate .....	204
c. Formatierung der Empiriezitate .....	205
d. Kurzfassung der Dissertation .....	206
e. Abstract of the doctoral dissertation.....	207



# 1 Einleitung

Die Depression ist eine der extremsten Erfahrungen, die ein Mensch machen kann. In Deutschland erkranken 11 % der Menschen im erwerbsfähigen Alter innerhalb eines Jahres an einer depressiven Störung (Robert Koch-Institut (Hg.) 2010: 19).<sup>1</sup> Mittlerweile gilt sie in manchen Diskursen als neue Volkskrankheit (Jurk 2005; Stoppe et al. 2006). Gesundheitspolitische Brisanz erhält die Depression durch die hohen Kosten, die sie etwa durch lange Arbeitsausfälle und wiederholte Krankenhausaufenthalte verursacht.

Immer wieder bekennen sich Prominente öffentlich als Betroffene<sup>2</sup> und verstärken damit die mediale Thematisierung der Erkrankung. Dass die Krankheit durchaus auch lebensgefährlich werden kann, zeigen Selbsttötungen wie die des deutschen Nationaltorwarts Robert Enke. Dieses Ereignis erschütterte die Öffentlichkeit in Deutschland und darüber hinaus. Nachdem bekannt geworden war, dass Enke jahrelang unter Depressionen gelitten hatte, begann eine intensive mediale Debatte über die Erkrankung. 2014 nahm sich der Schauspieler Robin Williams das Leben – zuvor hatte auch er einige Jahre mit Depressionen zu kämpfen. Sein Tod beschäftigte die Menschen weltweit. Im Jahr seines Todes war Williams die Person, zu der die Zahl der Suchanfragen bei „Google“ am höchsten ausfiel.

In den Medien wird die Depression meist nicht genau definiert. Das in der Umgangssprache oft verwendete „Deprimiertsein“ verwässert den Begriff „Depression“, denn mit ersterem ist keine ernst zu nehmende Erkrankung, sondern nur eine leichte und rasch vorübergehende Verstimmung gemeint.

Hiervon sind Expertenkonzepte der Depression abzugrenzen. Als Depressionsexperten werden in dieser Dissertation die diskursdominierenden Psychiater und Psychologen bzw. Psychotherapeuten bezeichnet. Es gibt noch weitere Depressionsexperten; im

---

<sup>1</sup> Depressive Episoden im Rahmen bipolarer Erkrankungen sind hier ausgenommen. Zur Abgrenzung uni- und bipolarer depressiver Erkrankungen siehe S. 3 des vorliegenden Kapitels.

<sup>2</sup> In dieser Arbeit werden nur die Menschen mit einer Depression als „Betroffene“ bezeichnet, obwohl auch Angehörige von erkrankten Menschen indirekt von der Krankheit betroffen sind. Der Begriff soll keine Passivität implizieren. Betroffene sind aktiv handelnde Individuen.

therapeutisch-biomedizinischen Kontext, von dem diese Arbeit handelt, stehen allerdings die genannten Berufsgruppen im Mittelpunkt. Insgesamt scheint es, als hätten im Diskurs um die Depression die Psychiatrie und die Psychologie gemeinsam mit der Neurowissenschaft die Funktion der „Leitwissenschaften“ übernommen.<sup>3</sup> Ihre Fachvertreter verfügen über die meisten Forschungsgelder, veröffentlichen die meisten Studien und erscheinen vorrangig in den Medien, wenn Depressionsexperten gefragt sind. Somit sind sie es, die das Krankheitsbild in der Öffentlichkeit in besonderem Maße prägen.

Mediziner definieren eine „depressive Episode“<sup>4</sup> im internationalen Diagnosehandbuch ICD-10<sup>5</sup> wie folgt:

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. (DIMDI 2014)

Im Folgenden erläutere ich die Definition der depressiven Episode des DIMDI (2014). Eine leichte Episode kann der Arzt<sup>6</sup> nach ICD-10 dann diagnostizieren, wenn mindestens zwei bis drei der oben genannten Symptome vorhanden sind und die

---

<sup>3</sup> Hammer-Tugendhat und Lutter (2010: 11) nennen die Psychologie und vor allem die Neurowissenschaften gar die Leitwissenschaften der europäischen Zeitgeschichte. Diese hätten Philosophie, Rhetorik, Theologie und Medizin abgelöst. So weit möchte ich hier nicht gehen.

<sup>4</sup> Dies entspricht einer „Major Depression“ nach dem internationalen Diagnosemanual DSM-IV. DSM steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“. Es umfasst ausschließlich psychische Krankheiten und wird von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegeben. In der klinischen Arbeit spielt das DSM keine Rolle, in der Forschung allerdings ist es das vorrangig verwendete Manual.

<sup>5</sup> ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ und stammt von der Weltgesundheitsorganisation. Zum Zeitpunkt der Feldforschung ist die ICD-10 das rechtsverbindliche Diagnosesystem in der Europäischen Union.

<sup>6</sup> In dieser Dissertation meint die Bezeichnung Arzt psychiatrisch tätige Mediziner. Sie sind mit großem Abstand die häufigste medizinische Fachrichtung in psychiatrischen Kliniken. Wenn Ärzte gemeint sind, die in anderen Bereichen tätig sind, wird dies erwähnt.

Person zwar dadurch im Alltag eingeschränkt ist, doch nach wie vor die meisten Tätigkeiten ausüben kann. Die Diagnose einer mittelgradigen Episode kann gestellt werden, wenn mindestens vier der Symptome zu sehen sind und der Erkrankte<sup>7</sup> Alltagsaktivitäten nur mehr mit großer Anstrengung ausführen kann. Eine schwere, nicht psychotische Episode liegt vor, wenn mehrere der Symptome in quälendem Ausmaß auftreten. Suizidgedanken und auch -versuche kommen bei schweren Episoden vermehrt vor, ebenso wie körperliche Symptome (ebd.).

Bipolare Formen der Erkrankung bedeuten einen Wechsel zwischen manischen<sup>8</sup> und depressiven Phasen (DIMDI 2017: o. S.) und führen zu einem anderen Erleben als die unipolaren Formen ohne Manien. In dieser Arbeit beschränke ich mich auf unipolare Depressionen, weil sie weitaus häufiger als bipolare vorkommen und daher von höherer gesellschaftlicher Relevanz sind.

Wie die medizinische Definition der Depression im ICD-10 andeutet, erlauben leichte Formen der Depression ein Weiterleben ähnlich dem Leben vor der Erkrankung (DIMDI 2014). Mittelgradige und schwere Formen der Depression verursachen einen stärkeren Einschnitt im Leben des Betroffenen und stehen deshalb im Fokus dieser Dissertation.

Die Forschungswelle, die in den 60er-Jahren nach der Entdeckung antidepressiver Wirkstoffe vor allem in der Psychiatrie ausgelöst wurde, hat zu vielen neuen Erkenntnissen über die Depression geführt. Psychiater bezeichnen depressive Erkrankungen in der Öffentlichkeit als gut therapierbar. Dies ist meiner Ansicht nach auch als eine Strategie zu sehen, die eventuell betroffene Menschen dazu bewegen soll, sich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

---

<sup>7</sup> In Deutschland existiert zwar die dritte Geschlechtskategorie „divers“, die deutsche Sprache kennt jedoch keine Entsprechung: Als gendersensibel geltende Schreibweisen wie etwa „der/die Erkrankte“ schließen intersexuelle Menschen aus (Lang 2006). Aus diesem Grund und auch zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Damit sind ausdrücklich alle biologischen und sozialen Geschlechter gemeint.

<sup>8</sup> Unter einer Manie wird eine „situationsinadequat [sic] gehoben[e]“ Stimmung verstanden (DIMDI 2017: o. S.). Der Antrieb ist verstärkt, wodurch die betroffene Person extrem aktiv wird, viel redet und wenig schläft (ebd.). Menschen sind während einer manischen Phase oft leicht ablenkbar und können „Größenideen und übertriebene[n] Optimismus“ entwickeln, soziale Hemmungen verlieren und sich leichtsinnig oder unpassend verhalten (ebd.).

Dahinter liegt, dass Depressionen zwar als gut behandelbar gelten, jedoch häufig zahlreiche Jahre vergehen, bis sie diagnostiziert und therapiert werden (Zielke und Limbacher 2004) – Jahre, in denen die Erkrankung sich verfestigen kann.

Die Frage, inwiefern Depressionen heilbar sind, ist jedoch nicht ausreichend erforscht, und viele Betroffene klagen darüber, dass ihnen trotz unzähliger Therapieversuche nichts helfe. Die „Deutsche DepressionsLiga“, ein Interessensverband von und für Menschen mit einer Depression, weist darauf hin, dass schwere Formen der Krankheit häufig nicht geheilt werden können. Folglich ist es aus Sicht der Deutschen DepressionsLiga bedeutend, den Betroffenen schon im Rahmen der Behandlung zu helfen, ihre Depression anzunehmen und mit ihr „leben zu lernen“ (DepressionsLiga e.V. 2009-2010: o. S.).

Die Krankheit ist der DepressionsLiga zufolge nicht mit einer Blinddarmentzündung vergleichbar, die einfach und erfolgreich behandelbar ist (DepressionsLiga e.V. 2009-2010: o. S.). Vielmehr passt der Vergleich mit einer Krebserkrankung: Die Depression ist ein komplexes Geschehen mit vielen Einflussfaktoren (ebd.). Problematisch ist, dass ein für Betroffene geradezu unüberschaubares Angebot an unterschiedlichen Therapieformen besteht (ebd.).

*Die Depression schlechthin gibt es nicht, jeder betroffene Mensch erlebt seine Erkrankung auf individuelle Art. Zudem existieren neben der medizinischen Depressionsdefinition eine schier unüberblickbare Zahl wissenschaftlicher Ansätze, die die Depressionen zu erklären und/oder zu behandeln versuchen. Die Ansätze stammen aus so unterschiedlichen Fächern wie Psychologie, Psychoanalyse, Psychiatrie, Biologie, Neurowissenschaften, Pflegewissenschaften, Philosophie, Soziologie sowie Kultur- und Sozialanthropologie. Einig sind sich die meisten Forscher lediglich darin, dass Depressionen multifaktoriell sind und sowohl psychologische als auch biologische als auch soziale Faktoren eine Rolle spielen (Europäische Kommission 2004: 19).*

## **Fragestellung**

Expertenkategorien über die Depression – wie die der Psychiater – sind kulturell beeinflusst (Kleinman und Good 1985: 3). Kultur definiere ich in dieser Dissertation als „komplex, dynamisch und hybrid“ (Schlehe 2006: 52). Dies meint, dass kulturelle Bezüge erstens intrakulturell vielschichtig und in ständiger Aushandlung begriffen, zweitens prozesshaft und stets historisch beeinflusst und drittens interkulturell in Austausch und wechselseitig geprägt sind (ebd.). Die kulturelle Hybridität bringt unaufhörlich „Mischformen“ hervor (ebd.). Dieses Kulturverständnis lässt keinen Raum für Essentialismus.

Kulturelle Faktoren prägen individuelle Vorstellungen ebenso wie soziale Praxen und Systeme, beispielsweise Gesundheitssysteme, in hohem Maße (ebd.). Die Menschen, die im Fokus dieser Arbeit stehen, sind davon genauso geprägt wie ihre Interaktionen und Handlungen auf den psychiatrischen Stationen.

Was als Depression gedeutet wird und wie mit Menschen, die diese Diagnose erhalten, umgegangen wird, sagt immer auch etwas über die Gesellschaft aus, in der dies geschieht. Als Kultur- und Sozialanthropologin untersuche ich die Depression als ein kulturell modelliertes, sozial vermitteltes Konstrukt. Ich verneine keinesfalls, dass psychische Krankheiten real sind, lege den Schwerpunkt aber auf die Bedeutung, die Menschen kreieren und der Depression zuschreiben (vgl. Kleinman 1988: 3).

Eine Studie über die kulturelle Codierung der Depression ist relevant, denn so wichtige Fragen wie die nach der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit, danach, was Menschen tun, wenn sie erkrankt sind, und selbst, wie sie sich in einer Depression fühlen, unterliegen immer auch einem kulturellen Konstruktionsprozess (vgl. Röttger-Rössler 2004: 101). Nicht zuletzt interessiert in dieser Arbeit die Frage, wie der Umgang mit Emotionen gesellschaftliche Prozesse verändern und perpetuieren kann (vgl. ebd.).

Diese Dissertation beleuchtet am Beispiel der Depression, welche kulturellen Prägungen die Therapie der als krank definierten Psyche aufweist. Sie soll aufzeigen, wie die Depression auf vielfältige Weise produziert wird. An das Kleinman'sche (1980)

Modell anschließend, trenne ich auf der einen Seite in Ärzte und Psychologen<sup>9</sup> als Experten mit der hauptsächlichen Diskursmacht und auf der anderen Seite in Patienten als Laien mit ihren idiosynkratischen Vorstellungen von der Krankheit. Die Begriffe „Experte“ und „Laie“ verwende ich als analytische Trennung; die Kritik an dieser Unterscheidung ist immanent. Im Folgenden werden die beiden Begriffe als zwei Pole gesehen, zwischen denen eine Reihe weiterer Zwischenformen existiert. Einen Aspekt solch einer Zwischenform bildet etwa das Konzept der Protoprofessionalisierung ab (de Swaan 1988). Es zeigt, dass medizinische Laien einer kontinuierlichen Medikalisierung des Alltags unterliegen. Menschen haben, bevor sie medizinische Einrichtungen betreten, längst gelernt, ihre Beschwerden in einem protoprofessionellen Vokabular wiederzugeben, einer vereinfachten Version professionellen klinischen Wissens (ebd.: 244-6). Dieser Inkorporierung professionellen Wissens der Laien wird in der vorliegenden Dissertation nachgespürt. Ein zweiter Aspekt des Expertentums der Laien liegt in der Erfahrung der Depression selbst. Sie führt zu einem Erfahrungswissen, das die Laien untereinander, nicht aber mit den Experten teilen. Im Lauf dieser Arbeit wird immer wieder deutlich werden, dass neben den therapeutischen Vorschlägen der Experten auch diejenigen der Laien von Bedeutung sind. Die Laien ergänzen mit ihrem Expertentum häufig das der Experten. In manchen Fällen sind Wissensinhalte der Experten und Laien nicht kompatibel, was auf Seiten der Laien zu Prozessen der Abgrenzung von professionellem Wissen führt.

Das Feld der vorliegenden Studie ist die psychiatrische Depressionsstation. Sie ist der Ort, an dem Psychiater und Psychotherapeuten sich besonders auf die Behandlung von mittelgradigen und schweren Depressionen spezialisiert haben. Im Fokus steht das, was als Mainstreamtherapie bezeichnet werden kann: die biologisch argumentierende Psychiatrie (Klausner 2015: 15). Mit Mainstream meine ich diejenigen Ansätze, die im gesellschaftlichen Diskurs überproportional thematisiert

---

<sup>9</sup> In der vorliegenden Dissertation wird für den psychologischen Psychotherapeuten (in Ausbildung) auch die Abkürzung Psychologe bzw. Psychotherapeut verwendet.

werden und deren Sinnhaftigkeit kaum infrage gestellt wird. Andere Kliniken arbeiten beispielsweise sozialpsychiatrisch oder psychosomatisch.

Manche Betroffenen kommen voller Hoffnung auf Heilung in die Klinik. Ihre Hoffnung entspringt einem tief verwurzelten, kulturell beeinflussten Glauben an die Macht von Wissenschaften wie der Medizin. Dieser Glaube lässt Menschen aus ihrem Alltag heraus- und in die Institution Psychiatrie hineingehen. Dort begeben sie sich in die Hände der Psychiater und Psychotherapeuten. Die Spannung zwischen der Hoffnung der Betroffenen auf Heilung und der ernüchternden Erkenntnis der Deutschen DepressionsLiga, dass die Depression oft eine lebenslange Erkrankung ist (DepressionsLiga e.V. 2009-2010: o. S.), entlädt sich in der Psychiatrie.

In der vorliegenden Dissertation wird den Praktiken des Umgangs mit und der Umdeutung von Depression in der Interaktion zwischen Experten und Patienten in der Klinik nachgespürt. Besonders auf den spezialisierten Depressionsstationen ist es möglich, die in Deutschland vorrangig angewendeten Behandlungsansätze „in situ“ zu untersuchen. Dort lässt sich erforschen, wie der Prozess der Vermittlung von Expertenkonzepten der Depression stattfindet: Was eine Depression genau ist und wie mit ihr umgegangen werden soll, lehren Experten die Patienten in der Klinik. Wie diese Arbeit zeigen wird, nehmen die Patienten die Expertensicht zum Teil an, erproben aber auch eigene Arten des Umgangs mit ihrer Erkrankung und teilen ihre Erfahrungen untereinander in den Patientengruppen.

### **Aufbau der Arbeit**

Im zweiten Kapitel wird die Dissertation kontextualisiert. Um die gegenwärtigen Umgangsweisen mit der Depression einzubetten, wird erläutert, wie sich das Konzept der Depression historisch entwickelt hat. Danach wird das Feld der Depressionsstationen näher beschrieben. Auf eine Darstellung der verwendeten Methoden folgt eine Reflexion zur Positionalität als Forscherin. Anschließend werden grundlegende emotionsethnologische, medizinethnologische und narrative Theorien vorgestellt.

Das dritte Kapitel schildert, was die Teilnehmer der Studie in die psychiatrische Klinik geführt hat. Zunächst wird anhand der Narrative von Betroffenen dargelegt, was sie in der Retrospektive als Auslöser ihrer Depression wahrnehmen. Dann wird gezeigt, was genau die Depression für sie bedeutet und wie sie sie erleben. Die Narrative sind immer auch kulturell modelliert. Wie erkennbar wird, fließen die Sprachen der Experten und Laien ineinander, wenn es etwa um Auslöser der Krankheit oder die Erfahrung der Depression geht. Das Kapitel endet mit einem Abriss darüber, wie Menschen in die stationäre Psychiatrie aufbrechen.

Im vierten Kapitel richtet sich das Augenmerk auf Interaktionsprozesse in der psychiatrischen Klinik. Zunächst wird die Ankunft der Betroffenen in der Klinik erläutert. Anschließend wird die Therapie in verschiedenen Behandlungsformen auf den Spezialstationen für Depression analysiert. Im Mittelpunkt stehen Einzel- und Gruppensitzungen, Fallbesprechungen, Pharmakotherapie sowie Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Neben einer theoretischen Beschreibung dieser Therapien wird vor allem die Praxis im Feld beschrieben: die konkrete Arbeit an der Depression. Das Kapitel zeigt, inwiefern die stationäre Therapie als Anleitung zum Emotionsmanagement interpretiert werden kann. Nach einer Schilderung von Entlassungen aus der Klinik schließt die Analyse, welche Interventionen welche Beiträge zur Gesamtbehandlung liefern, das Kapitel ab.

Das fünfte Kapitel dient der vertieften, interpretativen Betrachtung der Interaktionen und Narrative. Die kulturelle Codierung der Depression und ihrer Therapie wird anhand von Paradoxien, Ambivalenzen und Grenzen des Emotionsmanagements herausgearbeitet.

## **2 Kontextualisierung der Forschung**

### **2.1 Eine kurze Geschichte der Depression**

Den Zustand, den wir heute als Depression umschreiben, kennt der Mensch seit jeher. Die Konzeptualisierung dieses Befindens als primär medizinisch-psychologisches Phänomen ist hingegen sehr jung und vor allem in Gesellschaften anzutreffen, die kulturell biomedizinisch beeinflusst sind. Wie die aktuelle Depressionskonzeptualisierung im deutschen Kontext entstand, wird nun kurz umrissen. Dabei wird deutlich, dass jede historische Periode andere Arten vom Umgang mit depressionsartigen Zuständen mit sich brachte. Zu jeder Zeit existierten viele verschiedene Konnotationen nebeneinander, die hier geschilderten sind daher als Tendenzen zu betrachten. Der Umgang eines Menschen mit dieser Erfahrung hängt außerdem von zahlreichen Faktoren ab, etwa sozioökonomischen Hintergründen.

#### **Acedia und Tristitia**

Zu den Hauptsünden in der christlichen Ethik zählen Jurk (2005: 7-8) zufolge Acedia, die geistige Trägheit, und Tristitia, die Traurigkeit. Eine bestimmte Form der Tristitia gilt jedoch als tugendhaft: die Tristitia Salutifera, das Streben nach göttlicher Erfüllung (ebd.). Die weltliche Traurigkeit hingegen gilt als Laster, das den Menschen seiner Sehnsucht nach Gott beraubt (ebd.). Acedia konzeptualisiert man als „Schwere, eine Benommenheit, ein Brachliegen der Entschlußkraft, ein völliges Unvermögen, sich aufzuraffen, eine endgültige Verzweiflung am eigenen Seelenheil“ (Starobinski 1960: 34). Sie führt gar zum Tod (Jurk 2005: 9-10). Gegen diese Trägheit haben Mönche ein favorisiertes Mittel: die Arbeit. Sie soll verhindern, dass der Mensch zu viel Zeit für Müßiggang hat, der ihn träge mache (ebd.). Zu Zeiten, als depressionsartige Zustände als Acedia und Tristitia gelten, wird vor allem durch Religiosität versucht, Besserung herbeizuführen (Jackson 1985: 45).

#### **Melancholie**

Die Spuren der Melancholie lassen sich bis zu Hippokrates im alten Griechenland zurückverfolgen. Für die Hippokratiker (5./4. Jahrhundert v. Chr.) ist die Melancholie

verbunden mit Essensverweigerung, Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und Ruhelosigkeit (Jackson 1985: 43).

Im Folgenden paraphrasiere ich Jurks (2005: 28) Abhandlung über die Humoralpathologie. Der von Hippokrates entwickelten und von Galen weiter ausdifferenzierten Humoralpathologie zufolge wird die Melancholie durch ein Übermaß an schwarzer Galle<sup>10</sup> verursacht. Dieser Lehre nach gibt es im menschlichen Körper vier Säfte, die den vier Elementen entsprechen: Blut (entspricht der Luft), gelbe Galle (entspricht dem Wasser), Schleim (entspricht dem Feuer) und schwarze Galle (entspricht der Erde). Im Idealfall stehen die vier Säfte im Körper im Gleichgewicht, dann ist man gesund (ebd.).

Nach Jackson (1985: 54) versteht man noch im Mittelalter unter Melancholie den von Galen festgehaltenen Zustand von Ängstlichkeit, Traurigkeit, Misanthropie, Misstrauen, Lebensmüdigkeit und häufig, aber nicht immer, Wahnvorstellungen. Diese Beschreibung der Krankheit Melancholie ähnelt, so Jackson (ebd.) weiter, durchaus der Beschreibung der Hauptsünde Acedia, lediglich um Wahnvorstellungen ergänzt. Mit Galens Konzeptualisierung findet ein Paradigmenwechsel statt: Die Melancholie wandelt sich von einem religiösen Problem zu einer medizinisch erklärbaren Erkrankung (ebd.). Im 15. und 16. Jahrhundert nimmt die Bedeutung des Christentums für die Menschen graduell ab und ein Trend zum säkularisierten Denken wächst, wie Jackson (ebd.: 55-6) schreibt. Dadurch werden die christlichen Laster unwichtiger und mit ihnen auch das Konzept der Acedia (ebd.). Melancholie löst die Acedia nun endgültig ab und wird in der Renaissance – als Rehabilitation der aristotelischen Melancholie – als Charaktereigenschaft von Genialität oder Begabung gesehen (ebd.). Damit wird sie immer weniger als Krankheit wahrgenommen und immer populärer (ebd.). Die Melancholie erreicht den Gipfel ihrer Popularität am Ende des 16. Jahrhunderts (ebd.: 44). Nachdem Ende des 17. Jahrhunderts die hypochondrische Form aus der Melancholiedefinition ausgeschlossen wird, beginnt man allmählich, von

---

<sup>10</sup> Die schwarze Galle wird in der mittelalterlichen Theologie am meisten gefürchtet, denn sie mahnt an die Erbsünde (Jurk 2005: 28).

der „Depression“ zu sprechen (ebd.). Die Melancholie bleibt weiter als ähnliches Konzept bestehen und behält ihre Genialitätskonnotation (ebd.: 57). Sie wird in Dramen thematisiert und später zum Ennui der Romantik stilisiert, zum „Weltschmerz“ des frühen 19. Jahrhunderts (ebd.).

Die Depression hatte also nicht schon immer „das Stigma von Krankheit, Verlust, Stagnation, Leere, Trauer und *Weiblichkeit*“ (Teuber 2011: 251, Hervorhebung im Original), sondern sie war in ihrem verwandten Konzept, der Melancholie, „auch mit besonderer Größe, Gabe, Genie und *Männlichkeit* assoziiert“ (ebd.). Dass immer wieder darüber debattiert wird, ob man von einer „männlichen Depression“ sprechen soll und ob diese ganz anders ist als die aktuell vorrangig diagnostizierte und therapierte, zeigt implizit auf, was die „Normalfolie“ der Depression ist: die weiblich konnotierte Depression.

Was ist dem heutigen Konzept Depression geblieben von der mit Genialität verbundenen Melancholie? Nicht viel: Der Hauch von „privilegiertem Status“ und „romantisierendem Potential [sic]“ kommt heute im Depressionsdiskurs so gut wie nicht mehr vor (ebd.: 268-9). Wenn überhaupt, dann ist das kreative und geniale Potenzial nur noch im Diskurs um die sogenannte bipolare Depression zu finden (vgl. Martin 2007<sup>11</sup>). Menschen, die daran leiden, schwanken zwischen emotionalen Höhen (Manien) und Tiefen (Depressionen) (DIMDI 2017: o. S.).

## **Depression**

Nun stelle ich zusammenfassend Jurks (2005: 24-5) Erläuterungen zum frühen Depressionsbegriff dar. Vor ca. 250 Jahren wird der Begriff „Depression“ das erste Mal im medizinischen Kontext verwendet. Der Arzt William Cullen entwickelt damals eine Theorie der Nervenmechanik. Demnach laufen Nerven durch den Körper, die „Nervensaft“ enthalten. Vom Druck in den Gefäßen im Gehirn hängt die Beweglichkeit des Körpers ab. Dieser Druck kann erhöht sein, Cullen nennt das „Exaltation“, oder er kann vermindert sein: „Depression“. Ein niedriger Druck der Hirngefäße bewirkt ein

---

<sup>11</sup> Die Codierungen der bipolaren Störung als kreativitäts- und genialitätsfördernd analysiert Martin (2007) für den US-amerikanischen Raum in ihrem Kapitel „Mania as a Resource“.

langsames Fließen des Nervensaftes, und das kann eine Melancholie verursachen. Diejenigen Krankheiten, die auf Nervensaft beruhen, der aus dem Gleichgewicht geraten ist, nennt Cullen „Neurosen“ (ebd.).

In dieser frühen Definition des Begriffs „Depression“ spielt die Psyche noch keine Rolle (Schmidt-Degenhard 1983: 13), stattdessen geht es hier um eine „funktionelle Veränderung des organischen Substrats“ (ebd.). Mit Cullen und der Aufnahme nervenphysiologischer Begriffe in die „Seelenheilkunde“ beginnt die Ära der Depression in der Medizin (Jurk 2005: 25).

Im frühen 19. Jahrhundert wird die Depression zu einem wichtigen Teil der „Seelenheilkunde“. Anfangs werden alle Patienten, ob sie nun traurig, inaktiv, durcheinander, halluzinierend oder bei klarem Bewusstsein sind, als depressiv kategorisiert (Jurk 2005: 37). Noch spricht man allerdings vom *Symptom* Depression, denn bislang ist sie nicht zu einer eigenständigen Krankheit geworden (ebd.). Mitte des 19. Jahrhunderts etabliert die Psychiatrie sich als Fach und die ersten psychiatrischen Zeitschriften erscheinen (Pfleiderer 2003: 175). In der Folge geschieht Ende des 19. Jahrhunderts ein Wandel in der Nomenklatur, ein erneuter Paradigmenwechsel: Die Melancholie wird als unwissenschaftlich angesehen und verworfen und durch die Depression, die nun zur autonomen Krankheit wird, ersetzt (Jurk 2005: 37).

Mitte des 19. Jahrhunderts entwickeln Psychiater eine neue Praxis – ab sofort leben sie mit den Kranken zusammen, halten deren Krankengeschichten schriftlich fest und kategorisieren einige von ihnen als geheilt (ebd.: 44). Sie schreiben Lehrbücher und ordnen den „Wahnsinn“ neu: Nachdem die „Irren“ mehr als 100 Jahre lang als gemeingefährlich gegolten haben und eingesperrt worden sind, werden sie nun „befreit“, indem sie der Medizin zugeordnet werden (ebd.). Sie unterliegen damit nicht mehr äußerlichen Zwängen wie in einem Arbeitslager oder Irrenhaus, sondern beginnen sich innerlich zu disziplinieren, angeleitet durch die Therapie (ebd.).

Im Folgenden erläutere ich Jurks (2005: 44-46) Analyse der Bedeutung des deutschen Psychiaters Griesinger. Die beschriebenen Entwicklungen haben auch mit der Verortung der Seelenkrankheit im Gehirn zu tun, die Griesinger zugeschrieben wird. Er

präsentiert 1861 eine neue Auflage seines Lehrbuches der Psychiatrie, in der er das Gehirn als Vorstellungsorgan definiert. Das gesamte Leben des Geistes findet demzufolge im Vorstellen statt, das Griesinger im Zentrum des Gehirns lokalisiert. Die Vorstellungen müssen auf Empfindungen, die aus der Peripherie kommen, reagieren und mittels Motorik in die Peripherie antworten. Damit soll das Vorstellen ein Gleichgewicht herstellen. Griesinger nennt diese Ruhe „Gemüt“. Wenn die Dynamik der Vorstellungen anhaltend irritiert wird, geraten sie aus dem Gleichgewicht. Eine „Cerebralirritation“ entsteht und das Gehirn versucht, das Ungleichgewicht auszugleichen, indem es mit einem Wahn oder einem Seelenschmerz, der Melancholie<sup>12</sup>, reagiert. Die Melancholie ist auch für Griesinger eine Krankheit. Dank Griesinger wird die Psychiatrie vollständig in die Medizin integriert. Er plädiert dafür, „Wahnsinnige“ genauso zu behandeln wie körperlich Kranke, und nimmt ihnen mit der Verortung im Gehirn die Schuld an ihrer Erkrankung. Damit ist die Melancholie zu einem innerpsychischen Prozess geworden, der diagnostiziert werden kann (ebd.).

Auch Jurks (2005: 51-4) Beschreibung des Einflusses des Psychiaters Kraepelin möchte ich nun ausführlicher paraphrasieren. 1899 definiert Kraepelin eine neue Krankheitsform, das „manisch-depressive Irresein“ (ebd.: 51). Diese Diagnose wird für ihn von der motorischen Hemmung der betroffenen Patienten bestimmt. Die Stimmung schwankt in diesem Krankheitskonzept von einem Extrem, der Manie<sup>13</sup>, zum anderen, der Depression. Die anderen Formen, die früher als Melancholien bezeichnet wurden, ordnet er der Gruppe der „Dementia praecox“ zu, die Bleuler später in „Schizophrenie“ umbenennen wird. Melancholien ohne manische Phasen betrachtet Kraepelin als eine Sonderform psychischer Erkrankung, die nur bei älteren Menschen vorkommt. Kraepelin will eine rein naturwissenschaftliche Psychiatrie betreiben und findet den Begriff der Melancholie dafür zu unpräzise. „Depression“ ist für ihn leichter zu begrenzen und zu diagnostizieren. Er führt einen Wandel herbei, der

---

<sup>12</sup> Die Geschichte der Depression ist äußerst komplex, allein die Begrifflichkeiten können für große Verwirrung sorgen. Griesinger spricht zwar von der Melancholie, die zu seiner Zeit eigentlich schon wissenschaftlich verworfen worden ist, definiert sie aber als Krankheit, weshalb ich sie der Überschrift „Depression“ zugeordnet habe.

<sup>13</sup> Siehe Fußnote 8, S. 3.

vor allem im Streben nach medizinischer Objektivität liegt, die er durch mess- und zählbare psychische Größen erreichen will: „Kraepelin betreibt eine Psychiatrie, die nicht nach dem Beweggrund fragt, das Motiv des Erkrankten ist unwichtig. Er beobachtet, sondiert, teilt ein, diagnostiziert“ (Jurk 2005: 52). Er führt die „endogene Depression“ ein, die angeboren ist und aus der Biologie einer Person heraus entsteht. Auf die These dieser Depressionsform aufbauend, beginnt er nach biologischen Faktoren der Depressionsentstehung zu suchen. Kraepelin fordert Studien zum Stoffwechsel, der Schilddrüse und der Bildung innerer Gifte. Obwohl die Unterscheidung zwischen angeborenen und durch belastende Ereignisse ausgelösten („reaktiven“) Depressionen inzwischen ad acta gelegt wurde, wirkt seine Fokussierung auf biologische Ursachen der Depression bis heute nach: „Die moderne Psychiatrie hat Kraepelins Krankheitsmodell wieder aufgegriffen und macht es sich zur Aufgabe, nun endlich biologisch-naturwissenschaftliche Beweise für seine Thesen zu liefern“ (Jurk 2005: 54).

Zu diesen Beweisen lassen sich etwa Neuro- und Genetikstudien zählen. Greenberg (2010) schreibt gar, mit Kraepelin habe man die wissenschaftliche Suche nach der Ursache von Traurigkeit und Trauer aufgegeben und sei zu einem therapeutischen Nihilismus übergegangen.

Als 1958 Imipramin als erstes Antidepressivum auf den Markt kommt, beginnt der Aufstieg der Depression zur Volkskrankheit (Ingenkamp 2012: 199). Kulturwissenschaftler wie Hirshbein (2009), Healy (2006) und Appignanesi (2008) bringen diese beiden Entwicklungen in einen kausalen Zusammenhang: Weil es die pharmazeutische Möglichkeit gibt, eine depressive Verstimmung zu verbessern, werden nun genau diejenigen Menschen als depressiv definiert, denen das Medikament hilft (Ingenkamp 2012: 199).

Im Jahr 1980 beginnt, was das Phänomen Depression angeht, abermals eine neue Zeitrechnung (Ingenkamp 2012: 200). Die damalige Version des Verzeichnisses psychischer Krankheiten, das DSM III, soll erstmals versuchen, die Reliabilität von Untersuchungen bestmöglich zu verbessern, indem es definiert, welche Symptome für eine Depressionsdiagnose vorhanden sein müssen (ebd.). Ab sofort herrscht das

Primat der Reliabilität vor der Validität. Was eine Depression genau ist, ist damit weniger wichtig, als dass Experten sich einig sind, dasselbe zu messen. Ein weiteres medizinisches Diagnoseklassifikationssystem, das 1992 in der Version ICD-10 erscheint, ist stark vom damals gültigen DSM III beeinflusst und führt eine ebenso deskriptive Diagnostik ein. In der ICD-10, die zum Zeitpunkt der Feldforschung in Deutschland aktuell ist, ist keine Krankheitsentstehungstheorie (Ätiologie) vorhanden (Bramesfeld et al. 2006: 6), das Gleiche gilt für das DSM 5. Die Diagnosen „definieren sich ausschließlich syndromal anhand der Symptomatik“ (ebd.). Dies lässt sich als eine Nachwirkung des Kraepelin'schen Ansatzes interpretieren. Die Entwicklung weg von der Ätiologie bewirkt, dass die von Betroffenen wahrgenommenen Auslöser der Depression aus dem Blickfeld der Experten – vor allem der Psychiater – geraten und immer häufiger durch rein symptombasierte Therapien, beispielsweise Antidepressiva, abgelöst werden. Die Gründe ihrer Krankheit zu erforschen, ist für die Betroffenen in den meisten Fällen jedoch existenziell wichtig.

## **2.2 Depressionsstationen als Feld**

Für die Studie wurden biomedizinische Kliniken als Feld gewählt, weil sie in Deutschland als Orte der Mainstreambehandlung der Depression gelten und große Definitionsmacht haben. In der Biomedizin und im Krankenhaus als ihrer vorrangigen Institution werden die Grundwerte und Annahmen einer Kultur sichtbar, denn Krankenhäuser spiegeln soziale und kulturelle Prozesse in einer bestimmten Gesellschaft wider und verstärken sie (Van der Geest und Finkler 2004: 1995). Hier lässt sich daher untersuchen, wie gesellschaftlich dominierende biomedizinische Diskurse die Depression produzieren, wie die Betroffenen damit umgehen und wie sie dies in ihre persönliche Umgebung mitnehmen.

Menschen, die bei sich oder einem Angehörigen<sup>14</sup> eine Depression vermuten, suchen oft in Ratgebern und Internetforen nach ersten Informationen. Online auszufüllende

---

<sup>14</sup> Zu Angehörigen zählen in dieser Arbeit sowohl Familienmitglieder als auch Freunde. Sie sind, wenn sie einem Menschen mit einer Depression nahestehen, wichtige Bezugspersonen und haben unter anderem Einfluss darauf, wann und wo eine Therapie begonnen wird. In manchen Fällen übernehmen auch Bekannte diesen Part der Hilfestellung.

Depressionsselbsttests geben weitere Aufschlüsse. Der Hausarzt ist für viele potenziell Betroffene schließlich die erste professionelle Hilfe von Angesicht zu Angesicht. Wenn ihm die Erkrankung sehr schwer erscheint – etwa wenn konkrete Suizidgedanken vorliegen –, kann er eine stationäre Therapie in einer psychiatrischen Klinik anordnen. Auch wenn die Symptome sich stetig verschlechtern, ein soziales Netz fehlt, keine ambulante Therapie verfügbar ist oder sie nicht ausreichend geholfen hat, wird in der Therapieleitlinie eine stationäre Behandlung von Depressionen empfohlen (de Jong-Meyer et al. 2007: 46).

Manche Betroffenen werden nach einem Zusammenbruch oder Selbsttötungsversuch direkt in die stationäre Versorgung gebracht. Auf welchem Weg auch immer ein Mensch zum Patienten einer psychiatrischen Station wird – wer dort angekommen ist, gilt von Expertenseite aus als mittelgradig bis schwer erkrankte Person und lebt meist schon lange mit der Depression.

Die stationäre Behandlung steht im Mittelpunkt der vorliegenden Studie, weil dort in einem Expertenfeld erklärt wird, was die Krankheit ausmacht und wie mit ihr umzugehen ist. Dies lässt sich auf einer Station gut beobachten, und zwar von der Ankunft der Betroffenen bis zum Ende ihres Aufenthalts. Zusätzlich lässt sich hier die Inter-Patienten-Ebene intensiver mit aufnehmen, als es in der ambulanten Therapie möglich wäre. In letzterer finden zwar ebenfalls Gruppentherapien statt, jedoch leben die Patienten der stationären Behandlung vorübergehend zusammen und haben mehr Gelegenheit, sich in Gesprächen miteinander sowie mit Stationsmitarbeitern über die erfahrenen Therapien und das eigene Erleben auszutauschen. Mit ethnografischen Methoden lässt sich auf den Stationen auch die performative Dimension – das Aushandeln von Bedeutungen – erfassen, was in reinen Interviewstudien nicht möglich ist. In stationären Kliniken haben die Menschen häufig schon eine längere Behandlungsgeschichte, etwa mit Psychopharmaka, hinter sich und sind schwerer krank als ambulant Versorgte (Linden 2006: 440).

Lehrkrankenhäuser sind das hauptsächliche Feld der Studie, weil dort die jeweils aktuellsten Versionen der Diagnostik und der Behandlung gelehrt werden. Ob eine Institution eine Klinik ohne Forschung und Lehre oder ein Lehr- oder

Universitätskrankenhaus ist, hat ebenfalls Auswirkungen auf die vorliegende Studie. Ein reines Versorgungskrankenhaus ohne universitäre Anbindung verfügt über weniger Möglichkeiten, Patienten auszusuchen, und verfolgt eine andere Arbeitsweise als die hier in den Blick genommenen Kliniken<sup>15</sup>. Außerdem ist es in Versorgungskliniken weniger üblich, Studien durchzuführen, was das Forschen schwieriger gemacht hätte. Somit sind die hier erbrachten Forschungsergebnisse nicht auf alle psychiatrischen Kliniken übertragbar.

Die Depressionsstationen, auf denen ich geforscht habe, sind spezialisiert auf kognitive Verhaltenstherapie. Historisch meinte der Begriff „Verhaltenstherapie“ therapeutische Methoden, die aufbauend auf Ergebnissen psychologischer Studien, hauptsächlich der Lerntheorie, entwickelt wurden (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. o. J.: o. S.). Heute ist die Verhaltenstherapie eine Art „Grundorientierung“ (ebd.), unter die eine Reihe von Verfahren fällt. Sie „[...] versteht sich als Anwendung der empirischen-experimentellen [sic] Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen. Insofern lässt sich keine abgeschlossene und homogene theoretische Grundlegung der Verhaltenstherapie konstatieren, da sie grundsätzlich alle Methoden, die empirisch gestützt sind, in ihr Grundverständnis einbezieht“ (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2003).

Seit der sogenannten kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie in den 1970er-Jahren werden verstärkt kognitive Theorien und Interventionen angewendet (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2003). Diese Ansätze betonen, dass Gedanken und Einstellungen die Emotionen und das Verhalten von Menschen beeinflussen (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. o. J.: o. S.). Im internationalen Kontext wird diese Richtung häufig als „kognitive Verhaltenstherapie“ bezeichnet (ebd.). Im deutschsprachigen Kontext hingegen ist der Begriff Verhaltenstherapie geläufig geblieben und meint zumeist die kognitive Variante, auch wenn das Wort „kognitiv“ oft weggelassen wird (ebd.). Dieser Terminologie schließe

---

<sup>15</sup> Wie in Deutschland in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag gearbeitet wird, schildert die Sozial- und Kulturanthropologin Grube (2010).

ich mich an und meine im Folgenden mit Verhaltenstherapie, soweit nicht anders bezeichnet, stets die kognitive Variante.

Alle Stationen, die im Zuge dieser Arbeit untersucht wurden, waren „offen“. Eine offene Station kennzeichnet sich dadurch, dass Patienten die Station verlassen dürfen. In der Praxis ist der Unterschied zu geschlossenen Stationen, die die Patienten nicht verlassen dürfen, fließend. Auch auf offenen Stationen müssen sich alle Patienten beim Personal, im Normalfall bei der Pflege, abmelden und zu einer bestimmten Zeit zurückkehren. Außerdem gibt es für jeden Patienten mindestens wöchentlich angepasste Ausgangsbestimmungen. Manche dürfen zwar die Station, nicht aber das Klinikgelände verlassen, andere dürfen sich ohne Begleitung nicht einmal von der Station entfernen. Ob eine Suizidgefährdung vorliegt, ist einer von vielen Faktoren, die die Mitarbeiter beim Ausgang beachten. Auf der offenen Depressionsstation kann die eigentliche Therapie beginnen. Das heißt, dass die Person als bereit angesehen wird, um Medikamente wie Antidepressiva auszuprobieren, eine Einzelgesprächstherapie zu erhalten und Gruppentherapien zu besuchen.

In einer ersten explorativen Vorstudie in einer psychiatrischen Klinik in München wurde das Feld zunächst erkundet (Februar bis April 2011). Auf der Depressionsstation standen zum Zeitpunkt der Studie 26 Betten zur Verfügung. Dort durfte ich vor den Patienten nicht offiziell als Forschende auftreten. Die Oberärztin erlaubte mir nur eine verdeckte Beobachtung in der Rolle einer Hospitantin. Hospitanten waren als Konzept bekannt und regelmäßig auf den Stationen anwesend. Die gewonnenen Daten wurden aufgrund der verdeckten Beobachtung vor allem als Hintergrundinformationen für diese Dissertation verwendet. Sie halfen, die Fragestellung zu schärfen und erste Kategorisierungen des Forschungsthemas durchzuführen. Darauf konnte die weitere Studie aufgebaut werden.

Wenn eine Klinik einen Versorgungsauftrag hat, muss sie Personen aufnehmen, die sich in dem ihr zugeteilten Gebiet in einer relevanten gesundheitlichen Situation befinden. In der Klinik, in der ich in München die Vorstudie durchführte, ist das der Fall. Die meisten psychiatrischen Kliniken in Deutschland sind überlastet, was zu

langen Wartelisten führt. Viele Patienten müssen monatelang auf einen Therapieplatz warten.

Die zweite Vorstudie führte ich auf zwei Depressionsstationen einer psychiatrischen Klinik in Berlin durch (März 2012). Dort erfolgte auch die Hauptstudie (Januar bis April und Juni bis Oktober 2013). Im Mai 2013 entfernte ich mich räumlich vom Feld. So konnte ich im Sinn des theoretischen Samplings in der *Grounded Theory* das Material strukturieren, Kategorisierungen erstellen und relevant gewordene Theorien prüfen (Truschkat et al. 2005: o. S.). Einzelne Patienten begleitete ich länger (zum Teil bis April 2014). Aus der Hauptstudie stammt der Großteil der empirischen Daten der Dissertation.

In der Berliner Klinik wurde es mir offiziell erlaubt, meine Feldforschung durchzuführen, weshalb ich nicht verdeckt arbeiten musste. Ich erklärte jeder Person, mit der ich dort in Kontakt kam, was ich in der Klinik tat. Nur wenn sämtliche Beteiligten, beispielsweise einer Gruppenpsychotherapie, einverstanden waren, nahm ich daran teil und fertigte Notizen an. Es war ausnahmslos der Fall, dass alle meiner Bitte nachkamen.

Die Leitung der Berliner Klinik wünschte, dass ihre Klinik in der vorliegenden Dissertation offengelegt wird. Vermutlich äußerte die Leitung dies, weil sie sich aus meiner Forschung entstehende gemeinsame Publikationen erhoffte. Eine offen benannte Klinik würde jedoch gefährden, dass die Teilnehmenden der Studie unerkant bleiben. Weil ich die Sicherstellung der Anonymität aller Teilnehmer aus forschungsethischen Gründen bedeutender finde als gemeinsame Publikationen, werde ich den Kliniknamen an keiner Stelle nennen.

Die Klinik, in der ich in Berlin forschte, hat keinen Versorgungsauftrag. Das führt dazu, dass die Patienten von der Klinikleitung und den Mitarbeitern freier ausgewählt werden können. So wird nicht immer aufgrund von Krankheitsfaktoren – etwa dem Schweregrad der Depression – entschieden, eine Person in die Klinik aufzunehmen. Im Feld zeigte sich, dass manchmal ein persönlicher Kontakt zum Klinikpersonal oder die Eignung für eine an der Klinik durchgeführte Studie ausschlaggebend war, dass eine Person dort behandelt wurde. Dies wirkte sich auf die Patientenzusammensetzung in

der Hauptstudie aus, die sich von derjenigen einer Klinik mit Versorgungsauftrag unterscheidet.

In der psychiatrischen Klinik in Berlin gibt es zwei Stationen, die auf die stationäre Behandlung von Depressionen spezialisiert sind. Beide Stationen zusammen verfügen während meiner Feldstudie über 38 Betten. Auf der einen Station wurden nur Patienten mit einer gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, auf der anderen Patienten mit einer gesetzlichen oder privaten. Der größte Unterschied in der Behandlung war, dass Privatpatienten allein visitiert wurden, während Kassenpatienten eine Gruppensitzung bekamen. Aus forschungspragmatischen Gründen nahm ich hauptsächlich die „Privatstation“<sup>16</sup> ins Blickfeld. Weil die meisten Therapien der beiden Stationen sich zeitlich überschneiden, musste ich mich auf eine stärker konzentrieren. Die private Station war übersichtlicher, weil sie insgesamt weniger Patienten als die Kassenstation hatte, und daher besser zur Forschung geeignet. Auf der Privatstation wurden zwar bevorzugt private Patienten untergebracht und therapiert, de facto befanden sie sich gegenüber den gesetzlich Versicherten jedoch fast immer in der Unterzahl. Obwohl ich die private Station häufiger besuchte, nahm ich auch regelmäßig an Therapien auf der gesetzlichen Station teil. Wenn ich im Folgenden von „der Station“ spreche, beziehe ich mich auf die private Depressionsstation der Klinik in Berlin. Aus ihr stammt der Großteil der empirischen Daten dieser Arbeit.

In Bezug auf die Räumlichkeiten besteht der einzige Unterschied zwischen der privaten und gesetzlichen Station darin, dass auf ersterer die privat versicherten Patienten Einzelzimmer erhalten, während die Kassenpatienten Doppelzimmer zugeteilt bekommen.

### **2.3 Methodisches Vorgehen**

13 Monate lang wurden in zwei psychiatrischen Kliniken in München und Berlin empirische Daten für die vorliegende ethnografische Studie erhoben. Außerhalb der

---

<sup>16</sup> Diese Station wurde nicht ausschließlich für privat versicherte Patienten genutzt. Weil sie aber im Feld von den Akteuren als „Privatstation“ bezeichnet wurde, übernehme ich den Begriff hier.

Klinik begleitete ich einige meiner Gesprächspartner in ihr persönliches Umfeld. Gearbeitet wurde mit themenzentrierten, teilstrukturierten und biografisch-narrativen Interviews und informellen Gesprächen mit Behandelnden und Patienten ebenso wie mit teilnehmender Beobachtung auf den psychiatrischen Stationen.

Im Rahmen der Feldforschung wurden 190 Protokolle aus der teilnehmenden Beobachtung erstellt. Hinzu kamen 70 Stunden Audiomaterialtranskriptionen aus 33 Interviews mit Patienten. Die Informanten waren von Patientenseite insgesamt 110 Teilnehmer der Gruppenpsychotherapien, wovon neun Hauptinformanten mehrere Monate begleitet und intensiver interviewt wurden. Die Experten setzten sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen (Psychiater, Psychologen, Pfleger, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten etc.) und nahmen vor allem im Rahmen von informellen Gesprächen an der Studie teil.

Weil kaum sozialwissenschaftliche Studien zum Erleben stationärer Depressionstherapien in Deutschland existieren, wurde dieses Dissertationsprojekt in Anlehnung an die *Grounded Theory* nach Barney Glaser und Anselm Strauss (1998 [1967]) entwickelt.

Eine Ethnografie eignet sich für die Fragestellung, weil sie langfristig angelegt ist und ermöglicht, viele Facetten der Lebenswelten der Menschen herauszuarbeiten.

### **Grounded Theory**

Im Hinblick auf die Anwendung der Grounded-Theory-Methodologie wurde in der Fachwelt diskutiert, ob der Forscher mit oder ohne Vorannahmen ins Feld gehen sollte. Da im Fall der vorliegenden Studie die Einreichung eines Ethikantrags notwendig war, musste das Vorhaben im Vorfeld möglichst genau ausformuliert werden. Dies ist für den Prozess des Erkenntnisgewinns fruchtbar, denn durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Vorwissen und den Hypothesen konnte der eigene Blickwinkel auf das Thema von Anfang an reflektiert werden. Nichtsdestotrotz blieb das in der qualitativen Sozialforschung bedeutende Prinzip der Offenheit für diese Studie handlungsleitend. Im Vordergrund sollten die Themen stehen, die den Forschungsteilnehmern wichtig sind. Welche Daten wann erhoben werden, ist in

dieser Herangehensweise nicht im Voraus planbar, der gesamte Forschungsprozess lässt sich nur grob absehen.

In Grounded-Theory-Arbeiten kommt vor allem dem Samplingprozess eine wichtige Rolle zu. Das Sampling soll, weil es sich um ein theoretisches Sampling handelt, auch mit dem Einbeziehen von relevanten Theorien erarbeitet werden (Truschkat et al. 2005: o. S.). Ich ging so vor, wie in diesem Zitat beschrieben wird:

Theoretisches Sampling meint den auf die Generierung von Theorie zielenden Prozess der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind. Dieser Prozess der Datenerhebung wird durch die im Entstehen begriffene – materiale oder formale – Theorie kontrolliert. (GLASER & STRAUSS 1998, S. 53). (Truschkat et al. 2005: o. S.)

Eine vierwöchige Pause von der Datenerhebung diente dazu, vorher Erhobenes im Sinn der *Grounded Theory* zu sichten, zu strukturieren und die Kategorien bzw. Codes zu überarbeiten (vgl. Truschkat et al. 2005: o. S.). Das Codesystem wurde anschließend im Feld stetig induktiv und deduktiv weiterentwickelt. Konkret wertete ich das Datenmaterial nach dem „Serendipity“-Prinzip (Schlehe 2003: 71; vgl. Lamnek 2005: 20 ff.) aus: einerseits nach den Themen, die Patienten und Experten im Feld ansprachen, und andererseits nach Problemen, die in der Interaktion zwischen Experten und Patienten auftraten. Beide Themenblöcke wurden mit der Zeit immer spezifischer.

Die Analyse wurde mit dem für die *Grounded Theory* konzipierten Computerprogramm MAXQDA 10 durchgeführt. Damit wurden die im Feld gewonnenen Daten verschlagwortet, in Beziehung gesetzt und analysiert.

### **Ausgehandelte interaktive Beobachtung**

Wind (2008) schlägt ein neues Konzept für eine bestimmte Art der teilnehmenden Beobachtung vor: die *negotiated interactive observation*. Ich übersetze dies als „ausgehandelte interaktive Beobachtung“. Wind zufolge ist es besonders in Krankenhäusern als Orten der Feldforschung nicht oder nur kaum möglich, wirklich teilzunehmen im Sinn des engeren Konzepts der teilnehmenden Beobachtung nach Malinowski (1922). Sie konnte in der Klinik keine der vorhandenen Rollen, die sich in Pflegern oder Ärzten, Besuchern oder Patienten erschöpften, annehmen (Wind 2008:

82-3). Stattdessen entschied Wind sich, die Rolle als Forscherin zu verkörpern, die es so in der Klinik aber noch nicht gab (ebd.).

Meine Forschung gestaltete sich ähnlich. Auch ich konnte keine der o. g. Rollen einnehmen und entschied mich für die Rolle der Forscherin. Zwar sind die Kliniken, in denen ich meine Studie durchführte, Universitätskliniken, an denen Studien zum Alltag gehören. Trotzdem waren für die Akteure im Feld beispielsweise mein „Herumhängen“, meine für sie teilweise seltsamen Fragen und mein ständiges Verfassen von Notizen ungewohnt (vgl. van Maanen 1982). Ich war also „neu“ und musste meine Studie und mich häufig erklären (vgl. Wind 2008).

### **Interviews**

Neben offenen biografischen fanden themenzentrierte, teilstrukturierte und biografisch-narrative Interviews ebenso wie informelle Gespräche statt. Die Gesprächspartner hatten stets die Möglichkeit, nicht erfragte Inhalte zu erwähnen und dafür Gehör zu finden (Schlehe 2003: 78). Ein Grundstock des hier beschriebenen qualitativen Forschens ist das „Serendipity“-Prinzip: Es beinhaltet, dass der Fragende möglichst offen für neue Aspekte bleibt, die sich ihm während der Interviews auftun (Schlehe 2003: 71; Lamnek 2005: 20 ff.). So versuchte ich, zur Perspektive der Menschen mit einer Depression zu gelangen und zu ergründen, was für sie selbst die wichtigsten Themen waren (Schlehe 2003: 73). Die Befragten hatten in der Studie möglichst viel Gestaltungsmacht. Vom sehr allgemein gehaltenen Thema ergab sich im Lauf der Studie aufgrund der Schwerpunkte der Akteure im Feld deshalb ein engerer Fokus.

Auf der Theorie der Erklärungsmodelle für Krankheiten aufbauend (Kleinman 1980; s. Kapitel 2.6 der vorliegenden Arbeit), wurde der Interviewkatalog EMIC entwickelt (Weiss 1997).<sup>17</sup> Einige Fragen aus diesem Katalog verwendete ich im Leitfaden der Einzelinterviews. Bald bemerkte ich, dass viele Fragen nicht besonders gut passten,

---

<sup>17</sup> „EMIC“ steht für den „Explanatory Model Interview Catalogue“, der von Weiss (1997), einem Professor für Psychiatrie und Ethnologie, erstellt wurde. Der Fragenkatalog wurde zum weltweiten Einsatz in semistrukturierten Interviews entwickelt (ebd.). Von einer Krankheit betroffene Menschen können damit zu ihrem Krankheitsmodell befragt werden (ebd.).

weil beispielsweise neue Themen aufkamen. Dies führte dazu, dass ich den Leitfaden dynamisch abänderte. Außerdem ergänzte ich ihn um eigene Fragen, die sich im Feld ergaben.

Die empirischen Daten wurden zu verschiedenen Zeitpunkten während des Aufenthalts der Betroffenen in der Klinik erhoben. Manche Auszüge aus informellen Gesprächen, teilstrukturierten Interviews und teilnehmenden Beobachtungen in Gruppentherapien entstanden kurz nach Aufnahme der jeweiligen Person in die Klinik, bei anderen hingegen war schon mehr Zeit verstrichen und die Menschen waren kurz davor, nach Hause zurückzukehren.

### **Sampling**

Das Studiensample wurde aus Patienten der erwähnten stationären Psychiatrien ausgewählt. Nur etwa 50 % aller Menschen mit einer Depression suchen bzw. erhalten eine professionelle Behandlung ihrer Erkrankung (Wittchen und Jacobi 2001). Wenn betroffene Menschen eine solche Hilfe suchen, ist es relativ wahrscheinlich, dass sie auch stationär behandelt werden. 24 % der wegen Depression behandelten Personen erlebten in der Vergangenheit einen Aufenthalt in der stationären Psychiatrie (Wittchen und Jacobi 2006: 26). Menschen, die keine psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe bekommen, gehen möglicherweise ganz anders mit depressionsartigem Erleben um als die Teilnehmer der vorliegenden Studie.

Bei der Suche nach Interviewpartnern ging ich sehr vorsichtig vor. Menschen in mittelgradigen oder schweren Depressionen, wie immer wieder in der Literatur und auch in der Klinik betont wird, haben häufig Schwierigkeiten, an sie gerichtete Anfragen abzulehnen. Dies ist auch auf Interviewanfragen meinerseits zu übertragen. Weil die Betroffenen sich in einer sehr vulnerablen Situation befanden, wurde der Zugang aus ethischen Gründen also zunächst zu Menschen gewählt, die sich reger beteiligten und – auch in Abklärung mit dem therapeutischen Team – den Eindruck erweckten, besser Nein sagen zu können.

Generell war das Projekt auf die Mitarbeit der Experten angewiesen. Ich durfte nicht ohne vorherige Absprache mit den behandelnden Ärzten Interviews führen, sondern

musste sie fragen, mit welchen Patienten ich sprechen durfte. Die Psychiater mussten einschätzen, ob die jeweilige Person für ein Interview in einem ausreichend stabilen Zustand war. Zum Großteil wurden die Teilnehmer auf diese Weise für die Studie gewonnen, doch nach einiger Zeit fragten mich auch zwei Personen direkt, ob sie an meinen Interviews teilnehmen könnten, und ich kam ihrem Wunsch nach. Inwiefern diese Abklärung mit den Ärzten die gewonnenen Daten beeinflusste, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Es ist aber möglich, dass eher die „vorzeigbaren“ Patienten meine Gesprächspartner wurden. Eine Ärztin sagte mir beispielsweise, zu einer bestimmten Patientin dringe sie noch nicht durch. Deswegen solle ich noch warten und noch keine Interviews mit ihr führen. Der Zeitpunkt, an dem ich mit den Patienten sprechen konnte, war bedeutungsvoll: Meist war das erst der Fall, wenn die Person „angekommen“ war, das heißt sich ein Stück weit eingelebt und „auf die Behandlung eingelassen“ hatte. So hatte ich kaum die Möglichkeit, im Rahmen von Interviews mit jemandem intensiver zu sprechen, der sich in der allerersten Phase des Ankommens befand.

Die Patienten formten die wichtigste Gruppe der Studienteilnehmer. 110 Patientinnen und Patienten nahmen an der Studie teil, indem sie meiner teilnehmenden Beobachtung in verschiedenen Gruppentherapien zustimmten. Andere beteiligten sich auch außerhalb der Therapiesitzungen an informellen Gesprächen. Neun Personen, fünf Frauen und vier Männer, konnten über mehrere Monate intensiv begleitet werden. Sie waren unterschiedlichen Alters und hatten unterschiedliche Berufe und Bildungshintergründe. Gemeinsam waren ihnen die Erfahrung mittelgradiger oder schwerer Depressionen und ein zum Zeitpunkt der Interviews relativ stabiler Zustand.<sup>18</sup>

Es war nicht möglich, als „seminaiv“ bezeichnete Patienten für die Studie zu gewinnen. Seminaiv nennen Ärzte im Feld Menschen, die zwar schon – beispielsweise von ihrem Hausarzt – mit Antidepressiva behandelt wurden, aber noch keine Gesprächstherapie, Psychoedukation oder Informationen über die Depression

---

<sup>18</sup> In Anhang a. Hauptakteure der Studie beschreibe ich die Akteure etwas näher.

bekamen und wo auch noch nicht die Diagnose „Depression“ gestellt wurde. Solche Patienten dabei zu begleiten, wie sie diese Diagnose erfahren und lernen, was sie bedeutet, wäre sehr interessant gewesen. Weil aber praktisch alle Patienten auf den Stationen in Berlin schon lange eine Depressionsdiagnose erhalten hatten und zudem viele Therapieversuche hinter sich gehabt hatten, gestaltete sich das als sehr schwierig. Der Umgang mit der Krankheit ist stetig im Wandel, und auch eine Depressionsdiagnose bedeutet kein Ende des Schaffens von Bedeutung, sodass es durchaus Sinn machte, erfahrene Depressionspatienten in der Studie zu begleiten. Die Menschen, die ich intensiv bei ihrer stationären Therapie begleiten konnte, wurden zu den Hauptakteuren der Studie. Sie brachten eine Reihe unterschiedlicher Erkrankungserklärungen ein.

Diejenigen Menschen, die therapeutische Hilfe bekommen, können oft auf ein sich kümmerndes Umfeld bauen. So ist dies auch bei den Teilnehmern der vorliegenden Studie, das Alleinsein spielt für die Patienten im Feld eine untergeordnete Rolle. Es steht zu vermuten, dass es nicht allen Menschen mit einer Depression so ergeht, sondern dass viele unter Einsamkeit leiden. Außerdem sind sie ohne die Hilfe anderer häufig nicht in der Lage, therapeutische Hilfe zu suchen. Das Studiensample besteht daher aus einer besonderen Gruppe von Betroffenen.

Das Augenmerk der Studie liegt auf Menschen mit einer Depression und ihren Interaktionen in der Klinik, nicht aber auf ihren Angehörigen.<sup>19</sup> Die zweifellos wichtige Gruppe der Angehörigen konnte nur selten einbezogen werden. Es fanden zwar viele Besuche statt, aus Zeitgründen konnte ich jedoch nicht immer dabei sein. Zudem wollte ich die knappe Zeit der Patienten mit ihren Angehörigen nicht durch Gespräche mit mir verkürzen.

Auf psychiatrischen Stationen gibt es weitere Akteure, die für gewöhnlich im Team arbeiten; Psychiater, Pfleger, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten sind einige der wichtigsten Berufsgruppen. Außergewöhnlich ist die Position der Ärzte, weil sie

---

<sup>19</sup> Eine Übersicht darüber, wie Angehörige mit der Depression eines Partners, Kindes oder Elternteils umgehen, bieten die Fallstudien von Karp (1996: 134 ff).

die Einzigen sind, die Medikamente verschreiben dürfen, und weil sie bestimmen, wie die verschiedenen Therapien bei den jeweiligen Patienten aussehen sollen: Sie teilen die Patienten in Therapien ein, entscheiden also zum Beispiel, ob und zu welchem Zeitpunkt ein Patient bei der Musiktherapiegruppe mitmachen soll. In der Forschung konzentrierte ich mich auf die Perspektive der Patienten. Das Klinikpersonal fand zwar vor allem in der Interaktion mit den Patienten ausführlich Erwähnung, seine Perspektive konnte jedoch aus Zeitgründen nicht in der gleichen Tiefe beleuchtet werden wie die der Patienten.

### **Darstellung der Ergebnisse**

In den empirischen Kapiteln drei und vier wird mit vielen, teils längeren Zitaten aus Gesprächen und Beobachtungsprotokollen gearbeitet. Diese deskriptive Darstellung soll sicherstellen, dass Patienten und Therapeuten ihre Erfahrung in ihren eigenen Worten darlegen und möglichst gut repräsentiert werden können. Der Leser soll die Analyse so besser nachvollziehen und sich sein eigenes Bild machen können. Im interpretativen fünften Kapitel finden dann (kritische) Deutungen Raum, die den größeren kulturellen Kontext mit in den Fokus nehmen.

In den Empiriezitaten bezeichne ich die Personen, die ich duzte, mit Vornamen, und diejenigen, die ich siezte, mit Nachnamen. Bei Mitgliedern des Behandlungsteams wird jeweils die Berufsbezeichnung vor den Namen gesetzt. Sämtliche Namen sind Pseudonyme.

## **2.4 Positionalität und Emotionen der Forscherin**

As anthropologists we are concerned with research among human beings by human beings, and thus as a fundamental part of humanness, emotion cannot be left out of the ethnographic picture. It informs the way we negotiate, interpret and communicate our reality. [...] Through my own experience, recognising and integrating emotions into my analysis has been a valuable tool through which I can understand my fieldnotes and my experiences [...], and I urge others to do so, and to be as honest and frank in your writing as you can. (Woodthorpe 2007: 8)

Woodthorpes Aufruf möchte ich in der vorliegenden Studie nachkommen und meine Verortung, Positionalität und Emotionen als Forscherin und Verfasserin der Dissertation nun aufzeigen. Über den Umgang mit Krankheit und Therapie kann besser berichtet werden, wenn der Resonanzboden, nämlich der Feldforscher selbst, mit

betrachtet wird. Denn der Feldforscher ist stets ein positioniertes Subjekt (Rosaldo: 1989). Die Emotionen eines Forschers haben starke Auswirkungen auf die Studie selbst (Woodthorpe 2007: 1). Sie können sehr machtvoll Instrumente sein, mit denen er seine Daten interpretieren und analysieren kann (ebd.). Besonders sein Leben und seine Emotionen auch außerhalb des Feldes können beeinflussen, was der Forscher überhaupt generiert und wie er dies interpretiert und darstellt (ebd.). Dies bedeutet meiner Ansicht nach, dass eigene Emotionen während der Feldforschung auf Themen im Feld aufmerksam machen und helfen können, diese herauszuarbeiten. Beispielsweise kann ein zunächst diffuses „Bauchgefühl“, dass eine bestimmte Situation irgendwie unangenehm ist, zuerst als Eintrag im Forschungstagebuch ausformuliert werden. Später kann nach und nach anhand von Daten überprüft werden, ob eine dahinterliegende Annahme stichhaltig ist oder nicht.

Anthropological knowledge is, above all, knowledge grounded in the highly personal encounter between the anthropologist and the strange culture. (Skultans und Cox 2000[1996])

Einige Eigenschaften des Feldforschers wie sein Geschlecht, seine sozioökonomische Herkunft oder sein Habitus sind im Feld in vielerlei Hinsicht einflussreich. So konnte ich zu manchen Patienten einen besseren „Draht“ aufbauen als zu anderen, was sicher zum Teil an den eben genannten Eigenschaften lag.

Um mir bewusst zu machen, mit welchen Einstellungen ich ins Feld ging, und um mein Vorgehen im Feld regelmäßig zu reflektieren, führte ich ein Forschungstagebuch, wie es etwa Truschkat et al. (2005: o. S.) empfehlen. Es stellt die Hauptquelle der Reflexionen dar. Ich ging mit einigen Wünschen an psychiatrisches Arbeiten ins Feld, die sich unter anderem aus meinen Literaturstudien herauskristallisiert hatten. So wünschte ich mir mehr Selbstbestimmung der Patienten und weniger Paternalismus<sup>20</sup> der Experten, eine schwächere Betonung physischer Krankheitsauslöser und eine geringere Bedeutung der Psychopharmaka, effektivere Therapien sowie eine stärkere Kritikkultur an den Kliniken. Außerdem wünschte ich mir, dass auch Psychiater und

---

<sup>20</sup> Eine meines Erachtens sinnvolle (medizinsoziologische) Definition des Begriffs „Paternalismus“ stammt von Bradby: Paternalistisches Handeln bedeutet, für andere Menschen zu handeln und dabei anzugeben, man vertrete ihre besten Interessen, ohne jedoch deren Sicht oder Erlaubnis zu erfragen (Bradby 2009: 1).

Psychologen Kultur nicht als etwas ansehen, was nur auf andere zutrifft, sondern dass sie auch ihr eigenes Handeln als kulturell geprägt und nicht objektiv verstehen würden. All diese Vorprägungen hatten mich beeinflusst. Durch die Reflexion versuchte ich aber sicherzustellen, dass meine Forschung nicht von vornherein verfärbt war, sondern ich mit einem möglichst offenen Blick forschte.

### **1. Vorstudie, München 2011**

In der ersten Zeit während der explorativen Vorstudie befand ich mich in einer unsicheren Situation. Das Gefühl, ins kalte Wasser geworfen zu werden, war deutlich zu spüren, noch stärker jedoch erlebte ich eine tiefe Neugier auf alles, was mich erwarten würde. Ich wusste nicht, was auf mich zukommen würde, was genau ich sagen sollte, wenn man mich fragen würde, was ich denn erforsche (qualitative Forschung, davon ging ich aus, wäre wohl den wenigsten ein Begriff), und ich hoffte, freundlich aufgenommen zu werden und Zugang zu möglichst vielen alltäglichen Abläufen zu bekommen. Das funktionierte gut und auch schnell. Schon bald fühlte ich mich ins Team integriert, was mir half, meine Forschungsziele zu erreichen; allerdings hatte ich mit mir selbst zu kämpfen, was meine eigene Rolle betraf. Ich identifizierte mich sehr mit dem Team und überlegte immer wieder, ob ich nicht besser Therapeutin geworden wäre – aus dem Wunsch heraus, den Betroffenen helfen zu können.

Die Sicht der Betroffenen auf alles, was in der Klinik geschah, konnte ich in dieser Vorstudie nicht intensiv erfahren. Es war mir von der Oberärztin nicht erlaubt worden, vor den Patienten meine eigentliche Rolle als Forscherin offenzulegen, weshalb ich mich dagegen entschied, mit den Betroffenen Interviews zu führen. So blieb es bei der teilnehmenden Beobachtung verschiedener Therapien und informellen Gesprächen mit Mitarbeitern und Patienten. Mein Verhältnis zu den Patienten blieb distanzierter als zu den Experten. Ich fragte sie nicht näher zu ihrer Geschichte aus, weil es für mich ethisch nicht vertretbar war, verdeckt intensiver zu forschen.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Lehrreich zum Thema Ethik und verdeckte Forschung war für mich eine Quelle von Dellwing und Prus (2012: 127 ff.).

Dennoch war ich in empathische Prozesse involviert und konnte mich nicht immer von allem distanzieren, was ich von und über die Betroffenen erfuhr. Dies war auch nicht meine Absicht. König (1984: 22 f.) spricht in diesem Zusammenhang von der „Ergriffenheit“ (vgl. Dellwing und Prus 2012: 83-4). Der Forscher muss für eine Ethnografie Vertrautheit zum Feld herstellen. Er braucht dafür Zugang, Rapport, eine Rolle im Feld, wodurch er Teil des Feldes wird. „So hat Goffman viele der Beobachtungen, die er gemacht hat, nur machen können, weil er es selbst ‚gefühlte‘ hat (wenn man so will): Weil er am eigenen Leib wusste, wie die Situationen ablaufen, aber in der Lage war, diese Abläufe auf eine Art und Weise zu abstrahieren, die dramaturgisch ungeschulten Alltagsteilnehmern unmöglich bleibt“ (ebd.).

Auch mir ging es darum, mich der Innensicht der Betroffenen bestmöglich anzunähern. Ich fühlte mit den Betroffenen, wenn ich zum Beispiel von Suiziden in der Familie erfuhr:

*Möglicherweise kann ich noch gut damit umgehen, weil ich die Menschen noch nicht näher kennengelernt habe. Im Aufnahmegespräch mit Frau [...] habe ich hautnah miterlebt, wie sie erzählte vom Suizid ihrer Mutter und ihrer eigenen [Depression] etc. Da habe ich mit ihr mitgefühlt. Wenn es ihr schwerfiel zu sprechen oder sie vom Suizid ihrer Mutter berichtete, ging mir das nahe, aber nicht ganz nahe. Ich kenne diese Frau ja nicht, so war ich nie zu Tränen gerührt, hatte eine gewisse Distanz. Die Frage ist nun, ob diese Distanz zu stark ist, ob ich näher an die Menschen herankommen sollte. (Forschungstagebuch, 24.02.2011)*

Alles in allem ließ ich die Erfahrungen aber abends in der Klinik zurück – mein Privatleben war für mich relativ abgetrennt davon, was in der Klinik passierte. Immer wieder notierte ich in meinen Tagebüchern, dass ich mich den Betroffenen intensiver annähern sollte, um mehr zu erfahren. Hier hatte ich mich außer mit ethischen Fragen auch bereits das erste Mal mit meiner eigenen Vorsicht auseinanderzusetzen, die mich meine ganze Forschung über noch begleiten sollte. Dahinter lag die Angst vor den möglichen negativen Auswirkungen meines Tuns, weil ich mich im Kontext sehr vulnerabler Menschen bewegte.

Mit der Zeit verstand ich die klinische Sprache immer mehr, bekam ein Gefühl für die Abläufe auf der Station und erkannte wichtige Themen, die meine Fragestellung formten. Zu einer Immersion in die Lebenswelt der Betroffenen kam es in dieser Zeit nicht.

## 2. Vorstudie, Berlin 2012

Die Klinikleitung war sehr kooperativ und gab mir schnell ihr Einverständnis, eine Vorstudie – und unter der Voraussetzung, dass mein Ethikantrag genehmigt wurde, auch die Hauptstudie – in ihrer Klinik durchzuführen. Wir hatten keine hierarchiefreie Beziehung, sondern ich war sehr von der Gunst der Klinikleitung abhängig (vgl. Hahn 2008: 57). Sie erwartete von mir eventuelle gemeinsame Publikationen.

In dieser Klinik durfte ich nicht nur, nein, ich *sollte* mich als Forscherin vorstellen, was ich auch in jeder Therapiesitzung tat. Ich stellte das Dissertationsprojekt und mich kurz vor und fragte, ob es einem der Anwesenden lieber wäre, wenn ich an der Gruppe nicht teilnehmen oder die Inhalte der Sitzung nicht mitschreiben würde. Ich fügte hinzu, ich würde noch nicht die eigentliche Studie, sondern nur eine Vorbereitung darauf durchführen, und alles, was ich notieren würde, sei anonym.

Besonders erwähnenswert in dieser Phase der Forschung ist die Verstrickung zwischen Forscherrolle, Expertenrolle und den inneren und äußeren Zuschreibungen in Hinsicht darauf, „wen“ ich denn darstellte. Meist kam ich mit den Experten in die Gruppensitzungen und ging mit ihnen auch wieder. Nach den Therapiesitzungen nahm ich an den Nachbesprechungen der Experten teil. Das sahen die Patienten, und das wiederum hatte Einfluss darauf, wie sie mich wahrnahmen. Ich sprach deswegen weniger mit den Patienten und hielt mich mehr an die Experten, weil der Ethikantrag noch nicht genehmigt war und ich daher noch nicht selbstständig Patientendaten erheben durfte.

In dieser Empiriephase wirkte ich auf die Studienteilnehmer vermutlich anders als in der ersten Vorstudie in München. In Berlin hatte ich neben den Erfahrungen aus der vorhergehenden Vorstudie bereits vertiefte theoretische und methodische Inhalte für die Dissertation erarbeitet. Das ließ mich mit mehr Selbstbewusstsein als Forscherin auftreten. In den Protokollen zeigt sich eine Skepsis den Experten und ihren Modellen gegenüber, mit der ich bereits ins Feld ging. Ich trat forscher auf und stellte dem Team kritischere Fragen. Außerdem kritisierte ich – nicht offen im Feld, aber in meinen Notizen – das Vorgehen der Experten in verschiedenen Gruppensitzungen. Oft wurde von Patienten in ähnlicher Form Kritik geübt. Bereits in den Protokollen ist eine

Unsicherheit darüber zu erkennen, ob ich zur Kritik berechtigt bin. Die Fragestellung meiner Studie bezieht sich jedenfalls nicht auf den Erfolg verschiedener Therapien, was Kritik daran allerdings nicht ausschließt. Notwendig als Ethnograf ist in diesem Zusammenhang ganz grundsätzlich „moralische Bescheidenheit“:

*Moralische Bescheidenheit* verbietet es, das Feld als Ort der Verurteilung oder des Lobes zu sehen. Interessant ist, was gemacht wird und wie es gemacht wird, nicht, ob das gut oder schlecht, richtig oder falsch war. [...]

Der Ethnograf ist kein Richter, der verurteilen soll, kein Sozialarbeiter, der den Hilflosen helfen soll, kein Berater, der die Teilnehmer in die richtige Richtung lenkt. (Dellwing und Prus 2012: 85-7, Hervorhebung im Original)

Dieses Zitat rief ich mir während der Arbeit an der Dissertation wiederholt in Erinnerung, denn das vor moralischen Diskursen durchdrungene Thema der Depression und ihrer Therapie verleitete mich immer wieder zu einer Suche nach etwas, das „wirklich“ hilft, und zwar allen und auf die „richtige“ Art. Ich konnte nicht umhin, zeitweilig etwa die evidenzbasierte Medizin oder empathische Therapeuten als „richtig“ und „wirklich wirkungsvoll“ zu bewerten. Solche Haltungstendenzen meinerseits schrieb ich auf. Ich versuchte mich von ihnen zu distanzieren, damit sie meine Forschung möglichst wenig beeinflussten.

In dieser Forschungsphase traten persönliche Unsicherheiten deutlicher zutage. Das mag zum einen daran liegen, dass ich häufiger darüber nachdachte, wie ich mich selbst fühlte, zum anderen aber auch daran, dass ich bereits in die Graduiertenschule eingebunden war. Dort kam ich etwa in Kolloquien und Seminaren mit „harten“ Wissenschaften in Berührung. Meine Kollegen aus diesen Fächern hatten ihre Forschungen von Grund auf anders aufgezogen, mit klaren Fragestellungen, die sie abarbeiten konnten. Weil ich mich mit ihnen verglich, gab mir dies ein Gefühl der Orientierungslosigkeit. Daraus resultierte auch eine Verunsicherung und die Befürchtung, „[...] dass mein Thema zu wenig Hand und Fuß hat“ (Forschungstagebuch, 19.03.2012). Diese Orientierungslosigkeit und die damit einhergehende Unsicherheit versuchte ich zunächst in einer Annäherung an die Psychologie – die gesellschaftlich für einen Teil der Wissensproduktion rund um das Phänomen Depression steht – zu dämpfen. Die Beschäftigung mit psychologischer und auch psychiatrischer Literatur ließ mich nicht kalt. Stattdessen führte sie dazu, dass ich

mich aufgrund meines persönlichen Interesses an Krankheiten, die als „psychisch“ deklariert werden, mit den Experten identifizierte. Innerhalb einiger Monate kam mir meine kultur- und sozialanthropologische Rolle mehrmals abhanden.

Gespräche mit Kollegen brachten mich schließlich wieder zu meinem eigenen Fach zurück, denn sie erinnerten mich an den Sinn kultur- und sozialanthropologischen Arbeitens und daran, was ich erforschen wollte. Diese Gespräche halfen mir auch, die Unsicherheit auszuhalten, die sozial- und kulturanthropologisches Forschen grundsätzlich mit sich bringt. Ich hatte wieder ein Ziel vor Augen und einen ungefähren Fahrplan, wie ich es erreichen konnte. Doch zunächst musste ich mich einer anderen Hürde stellen: Um für die Hauptstudie Interviews mit betroffenen Klinikpatienten führen zu können, musste ich ein positives Votum einer medizinischen Ethikkommission vorlegen.

### **Ethikantrag, Berlin 2012**

Obwohl die Sozial- und Kulturanthropologie klare Ethikrichtlinien für ihre Studien hat – etwa die der American Anthropological Association (1998, 2000, 2012) –, war ein medizinischer Ethikantrag Voraussetzung für die Feldforschung in der Klinik in Berlin.<sup>22</sup> Weil ich mit Patienten in Kliniken arbeiten wollte, war dies die Prämisse der Klinikleitung.

Der Ethikantrag stellte sich als aufwändiger bürokratischer Prozess heraus, der insgesamt fünf Monate dauerte. Nach Einreichung mussten kleinere Punkte überarbeitet werden. Das Dissertationsprojekt musste sehr genau durchdacht, alle einzelnen Schritte mussten klar ausformuliert werden. Dies widersprach dem induktiven Arbeiten, war daher schwierig umzusetzen und kostete viel Zeit. Zunächst mussten alle erforderlichen Unterlagen eingereicht und Erlaubnisse eingeholt werden.

Zum Schluss musste der Antrag vor einer Ethikkommission in einer Sitzung besprochen werden, in der vor allem Mediziner anwesend waren. Die unterschiedlichen fachlichen Sozialisationen zeigten sich sehr deutlich. Das Desinteresse an der sozial- und

---

<sup>22</sup> Weil in München nur eine anonymisierte Vorstudie durchgeführt wurde, sollte ich nach Rücksprache mit den Verantwortlichen vor Ort keinen Ethikantrag stellen.

kulturanthropologischen Herangehensweise war von Beginn an klar zu spüren. Während ich vor dem Saal auf Einlass wartete, ging die Sitzungsleiterin hinein und sagte für mich hörbar, weil die Tür nicht ganz geschlossen war: „Jetzt die Ethnologie“, so wie sie zuvor die Neurologie angekündigt hatte. Auf ihre Ankündigung hin begann der ganze Saal zu lachen. Ich wurde eingelassen und sah mich, noch bevor ich den Raum betrat, damit konfrontiert, ins Lächerliche gezogen worden zu sein. In der Sitzung wurde mein Projekt dann grundsätzlich infrage gestellt. Weil man mir häufig ins Wort fiel, konnte ich auf einige Fragen der Kommission nicht eingehen. Ich war schockiert, weil ich mit dieser starken Ablehnung nicht gerechnet hatte, nahm alles persönlich und spürte die Ablehnung wortwörtlich am eigenen Körper, inklusive Zittern und Herzrasen. Auf eine solch grundlegende Kritik am qualitativen Forschen war ich nicht vorbereitet und daher auch nicht in der Lage, diesen Ansatz souverän zu verteidigen. Auch war das gar nicht Sinn der Sache, sollte es doch darum gehen, dass meine Studie ethisch vertretbar ist, weil ich mit sehr vulnerablen Menschen arbeite – dachte ich zumindest vorher. Deshalb hatte ich mir zuvor eben über ethische Fragen meiner Forschung viele Gedanken gemacht.

Trotz ihrer grundsätzlichen Infragestellung meiner Studie konnten die Kommissionsmitglieder keine substanziellen Unklarheiten oder in ethischer Hinsicht problematischen Inhalte im Ethikantrag feststellen. Mit kleinen Korrekturaufgaben genehmigten sie ihn schließlich, nicht jedoch ohne dass mir einer der Professoren noch in spöttischem Ton den Kommentar mit auf den Weg gab, jede Forschung hätte ja irgendwie einen Wert und ich würde ja niemandem schaden.

Im Nachhinein betrachtet könnte es sich bei der Ethikantragssitzung um eine Art „Kulturschock“ nach Skultans und Cox (2000 [1996]: 809) gehandelt haben. Sozial- und Kulturanthropologen machen im Feld, gerade zu Beginn, häufig solche Entfremdungserfahrungen (Skultans und Cox 2000[1996]). Sie lernen aber nicht – wie Psychoanalysten anhand von Supervision –, sich Emotionen bewusst zu machen und mit ihnen umzugehen (vgl. ebd.). Mein Ersatz für die in der Sozial- und

Kulturanthropologie nicht institutionalisierte Supervision<sup>23</sup> waren Gespräche mit den Betreuern meiner Dissertation und mit Angehörigen. Nach dem Schockerlebnis dauerte es Wochen, bis ich wieder Vertrauen in meine Fähigkeiten und die Sinnhaftigkeit meines Projekts geschöpft hatte und wie gewohnt arbeiten konnte.

Mit etwas Abstand fiel mir auf, dass viele Kommissionsmitglieder geringe Kenntnis von der qualitativen Methode gehabt hatten und auch kein Interesse daran, diese Kenntnis auszubauen; stattdessen wurde ich wiederholt aufgefordert, biometrisch-statistische Analysen mit in die Studie aufzunehmen. Solche Abwehrhaltungen wie die in der Ethikantragssitzung stammen „aus der Sicht einer rein nomologisch-analytisch orientierten Konzeption psychiatrischer Wissenschaft, die nur empirisch-metrisch gewonnener Erkenntnis einen wissenschaftlichen Rang zubilligt“ (Schmidt-Degenhard 2002: 276)<sup>24</sup>. Selbst wenn die Kommission nicht nur aus psychiatrischen Wissenschaftlern bestand, traf Folgendes meines Erachtens auf sie zu: „In deren Sinne nicht exakte Forschungsergebnisse dienen dann lediglich als ‚vorläufige Hypothesen‘ bzw. werden sogar als unwissenschaftliche Spekulationen oder bestenfalls kunstvolle Narrationen denunziert“ (ebd.). Die Kommissionsmitglieder hatten eine Gatekeeper-Funktion für die Studie, aber sie waren nicht in der Klinik tätig, in der ich forschen wollte. Nach der Ethikantragssitzung sah ich daher keines der Mitglieder wieder und konnte dieses Ereignis hinter mir lassen.

Nachdem der Ethikantrag genehmigt war, musste ich im Feld mit der Klinikleitung sprechen, die mich durchwinkte und an die Oberärzte der Stationen verwies, deren Einwilligung ich vor Beginn der Datensammlung noch einholen sollte. Solch ein Vorgehen ist durchaus üblich:

---

<sup>23</sup> Dass keine Supervision stattfindet, wurde in einer persönlichen Kommunikation unter Medizinethnologen der FU Berlin kritisiert. Wir waren uns einig, dass dies ein Missstand sei, denn gerade wenn man sich wie Medizinethnologen beruflich mit dem Leid von Menschen beschäftigt, hätte man oft ein engmaschiges Supervisionsnetz nötig. Damit wäre meine „Schockstarre“ nach dem „Kulturschock“-Erlebnis der Ethikantragssitzung möglicherweise besser abzufedern gewesen.

<sup>24</sup> Schmidt-Degenhard (ebd.) beschreibt in diesem Zitat die anthropologische Psychiatrie, die an die Kultur- und Sozialanthropologie angelehnt qualitativ arbeitet. Die Einstellung, die er (ebd.) bei Vertretern der psychiatrischen Wissenschaft feststellt, trifft in der geschilderten Ethikantragssitzung auch auf Personen aus anderen Fachrichtungen zu.

In streng hierarchischen oder bürokratischen Organisationen ist in jedem Fall die Zustimmung und „Schirmherrschaft“ des Leiters notwendig, damit die Mitglieder überhaupt mit der Ethnografin sprechen *dürfen*, ohne massive Probleme mit der Organisation wegen Involvierung von Außenstehenden erwarten zu müssen. Hier kann [...] eine Vorstellung der Ethnografin auf einer Sitzung erfolgen, nach der man die Leiter nur noch selten wiedersieht. (Dellwing und Prus 2012: 92, Hervorhebung im Original)

Wie Dellwing und Prus das oben erwähnen, stellte ich auf Wunsch der Klinikleitung mein Projekt im großen Besprechungsraum allen Ärzten und anderen Mitarbeitern der Klinik kurz offiziell vor. Daraufhin sah ich die Klinikleitung kaum mehr (vgl. Dellwing und Prus 2012: 92). Informeller stellte ich mich und meine Studie außerdem in den Teams auf den Stationen vor, auf denen ich forschen wollte, sodass alle potenziellen Teilnehmer von vornherein Bescheid wussten. Darüber hinaus musste ich zu Beginn der Studie vor Ort eine Schweigepflichtserklärung unterschreiben. Ich bekam dann einen Schlüssel und ein Büro gemeinsam mit einer weiteren Promovierenden, die eine psychiatrische Forschung durchführte.

### **Hauptstudie, Berlin 2013-2014**

Wenn du vor mir stehst  
und mich ansiehst  
was weißt du von den Schmerzen  
die in mir sind  
und was weiß ich von deinen?  
Und wenn ich mich vor dir niederwerfen würde  
und weinen und erzählen  
was wüsstest du von mir mehr  
als von der Hölle  
wenn dir jemand erzählt  
sie ist heiss und fürchterlich?  
Schon darum  
sollten wir Menschen voreinander  
so ehrfürchtig  
so nachdenklich stehen  
wie vor dem Eingang zur Hölle...

Franz Kafka, Brief an Oskar Pollak, 8. November 1903 (Kafka 1958)

Vor den ersten Feldkontakten malte ich mir aus, mich in die Erfahrungswelt der Betroffenen einzufühlen, durch ihre Erzählungen in ihre Welt mitgenommen zu werden. Tatsächlich bleibt es wohl unmöglich, nachzuvollziehen, wie sich ein Mensch in einer solchen Situation fühlt. Hier stößt man – und das wurde mir in Gesprächen teils gesagt, teils implizit vermittelt – unweigerlich an die Grenzen der Sprache, an die Grenzen dessen, was sich in Worte fassen und adäquat transportieren lässt. Es sind

Erfahrungen, die man vielleicht besser anhand von Gesichtsausdrücken, Gesten, Körperhaltungen oder aus Stunden der Stille und Zurückgezogenheit erkennen kann. Wann immer eine Person „tief“ in der Depression war, habe ich diese Momente festgehalten und beschrieben, wie die Person sich verhielt, welche Bewegungen sie machte, wie sie sprach etc. Allerdings ließen sich viele dies nicht ansehen. Sie trugen, wie manche selbst formulierten, Masken; auch, um mit ihrem Leid andere nicht zu belasten. Trotz aller Annäherungsversuche an die Erfahrungswelt von Menschen in einer Depression bleibt eine grundsätzliche Differenz zwischen den Betroffenen und mir bestehen: Ich bin nie an einer Depression erkrankt. Unsere Erfahrungswelten sind dadurch grundverschieden.

Es ist zu vermuten, dass ich als nicht erkrankte Person andere Narrative bei meinen Gesprächspartnern hervorrief, als dies ein selbst betroffener Forscher getan hätte. Trotz solcher Differenz lassen sich wertvolle Daten generieren, denn „Anthropologists can be sympathetic and compassionate (in the Latin sense of ‘compassion’, to ‘suffer with’) by simply observing the reality of the Other, rather than entering into this reality“ (Mossière 2007: 9).

Woodthorpe schreibt, sie wäre mit Enthusiasmus in die Feldphase ihrer Dissertation gestartet. Auch ich spürte eine große Vorfreude, „endlich ins Feld zu starten“. Bald trat jedoch eine gewisse Ernüchterung ein (vgl. Woodthorpe 2007: 3) und Emotionen wie vor allem Schuld<sup>25</sup> und Überforderung prägten meine Feldphase. Hinzu kam häufig ein diffuses Unwohlsein, vermischt mit einem Gefühl von Hilf- und Machtlosigkeit<sup>26</sup> und besonders stark mit Unsicherheit. Ich fragte mich ständig, ob das, was ich tat, gut war, ob es niemandem schaden würde, ob es denn überhaupt einen Sinn hatte und jemandem nutzen würde. Sehr oft zweifelte ich an mir selbst und schwankte wie Woodthorpe zwischen dem von Selbstsicherheit und einer Art Stolz geprägten Gedanken „Ich bin eine Forscherin“ und dem völligen Infragestellen meiner

---

<sup>25</sup> Gefühle von Schuld waren bei mir sehr stark, aber aus anderen Gründen als bei Woodthorpe. Im Gegensatz zu ihr führte ich keine verdeckte, sondern eine offene Forschung durch.

<sup>26</sup> Dieses Gefühl entstand, weil ich die Situation so bewertete, dass ich den Menschen, die zur Therapie in der Klinik waren, nicht helfen konnte.

Forschung in Form des Gedankens „Was mache ich hier eigentlich?!“ (Woodthorpe 2007: 3, eigene Übersetzung). Die ein oder andere Sinnkrise prägte auch meine Zeit im Feld. Ich fühlte mich manchmal zerrieben zwischen meinen eigenen Ansprüchen und denjenigen der Betroffenen oder meiner sozial- und kulturanthropologischen Kollegen oder der Mitarbeiter der Klinik.

Von Beginn der Studie an begleitete mich ständig die Angst, aufdringlich zu sein und mich Menschen, die ich für meine Studie befragen wollte oder deren Gruppentherapien ich begleiten wollte, gegen ihren Willen aufzudrängen. Ich befürchtete, zu viel oder das Falsche zu fragen und die Betroffenen dadurch in eine noch schlechtere Lage zu bringen. Mir war zu jedem Zeitpunkt nur allzu bewusst, dass die Teilnehmer meiner Forschung sich in einer extrem vulnerablen Position befanden, und ich wollte sie in keiner Weise drängen, an meiner Studie teilzunehmen oder auf Fragen einzugehen, die sie lieber nicht beantworten wollten. Mein oberstes Prinzip war „do no harm“.

In diesem Eintrag im Forschungstagebuch reflektiere ich, wie ich auf die Patienten zugeht und warum ich zunächst etwas mehr Abstand zu den Patienten hielt, als mir von meinen Ethnologenkollegen geraten wurde. Es hatte viel mit dem spezifischen Feld zu tun, in dem ich mich befand und in dem ich lernen musste, mich zu bewegen:

*[...] Außerdem fordere ich die Leute nicht heraus, sondern ich bin sehr vorsichtig und versuche, die Leute nicht zu stören. Wenn sie zum Beispiel in ihrem geschützten Raum, ihrem Aufenthaltsraum, sitzen und sich unterhalten, platze ich nicht einfach dazwischen, wie Mitarbeiter das vielleicht tun würden. Ich weiß aus mehrfachen Äußerungen, dass die Mitpatienten sich teilweise gegenseitig sehr helfen, sozusagen Co-Therapeuten sind, und möchte in ihren geschützten Raum nicht ohne Weiteres eindringen. Das macht den Prozess der Annäherung mitunter viel langsamer, als wenn ich mich einfach in den Aufenthaltsraum setzen würde; es zeigt den Betroffenen aber auch, dass ich irgendwie anders bin als die Mitarbeiter. (Forschungstagebuch, 12.02.2013)*

Vor allem, weil ich immer wieder von den Patienten gehört hatte, dass sie schlecht Nein sagen können und dass sie sich häufig gezwungen fühlten, Ja zu etwas zu sagen, war ich so vorsichtig. Diese Vorsicht bereue ich aufgrund der Vulnerabilität der Menschen nicht. Aber sie führte zum Teil auch dazu, dass ich meine Ziele nicht immer erfüllt sah und mich unprofessionell und als „schlechte Sozial- und Kulturanthropologin“ fühlte, weil ich fand, dass ich nicht genügend Daten sammelte

(vgl. Woodthorpe 2007: 4). Vielleicht hat meine sehr vorsichtige und zurückhaltende Art der Forschung am Ende aber eher geholfen als geschadet. Sie gab den Menschen, die als Patienten in der Klinik waren, möglicherweise das nötige Vertrauen, mit mir über ihre Erfahrungen zu sprechen.

Im Exposé, das ich nach der ersten explorativen Empiriephase in München verfasste, schrieb ich, dass mein Ansatz sich von dem einer Therapeutin im Feld dadurch unterscheidet, dass ich mich zwar mit Menschen mit Depressionen beschäftige, ohne jedoch direkt auf deren Situation einwirken zu wollen. In der Realität der Forschung ließ sich diese nüchterne Haltung nicht aufrechterhalten. Ich fühlte mich involviert, wollte den Betroffenen helfen und zweifelte oft daran, dies mit meiner Studie tun zu können.

Manche Erwartungen an die Dissertation als unrealistisch zu entlarven, war ein schmerzhafter Prozess. Wenn Themen, die den Rahmen sprengen würden, nicht verworfen werden, und das war bei mir sehr lange der Fall (bis ca. Herbst 2014), führt dies zu konstanten Gefühlen der persönlichen Unzulänglichkeit (vgl. ebd.). Es half mir, mich räumlich und gedanklich immer mehr zu distanzieren. Vom Feld geschah dies durch zeitlichen Abstand, ich legte eine mehrwöchige Pause ein. Von manchen Erwartungen an die Dissertation distanzierte ich mich durch Gespräche mit Menschen in meinem persönlichen Umfeld.

In der Zeit, als ich mich mit dem Thema Depression beschäftigte, veränderte sich meine Wahrnehmung stark. Überall sah ich Menschen, die sich verhielten oder wirkten wie Patienten auf den psychiatrischen Stationen (vgl. ebd.: 5). Erst spät merkte ich, dass ich mich im Feld ständig innerlich von der Möglichkeit distanzieren musste, dass einer meiner Angehörigen oder ich selbst an einer Depression erkranken oder eines der Schicksale erleiden könnte, mit denen ich in der Klinik täglich konfrontiert war. Dieser Umstand affizierte mich. Zwar nicht konstant und nicht stark, aber doch immer wieder (vgl. ebd.). Hinzu kam, dass es in meinem näheren Umfeld Menschen gab und gibt, die an Depressionen litten bzw. leiden. Somit verschwammen die Grenzen zwischen innen und außen – das Feld war auch ich mit meinen persönlichen Erfahrungen im Bekanntenkreis. Mein Dissertationsthema war für

manche Menschen in meinem Umfeld ein Anstoß, mit mir über ihre eigenen Depressionserfahrungen zu sprechen. Im Lauf der Zeit wurde ich zur „Depressionsexpertin“, wenngleich viel mehr für die Menschen in meinem persönlichen Umfeld als für mich selbst. Das Gefühl, bei weitem nicht genug über dieses komplexe Thema zu wissen, um als Expertin auftreten zu können, begleitet mich noch heute.

Viele Gedanken machte ich mir anfangs zu dem Thema, was meine Forschung den Betroffenen bringen würde. Reziprozität während der Feldstudie, aber auch langfristige Hilfestellung waren mir wichtig. Immer wieder bekam ich die Rückmeldung von den Betroffenen, dass schon allein in Ruhe mit mir zu sprechen ihnen ein gutes Gefühl bringe. Viele sagten, sie könnten dadurch alles noch einmal reflektieren, und das wiederum helfe ihnen bei der Krankheitsbewältigung. Herr Weihe beispielsweise meinte in einem Interview zu mir: „Für mich ist das hier eine anregende Diskussion, die natürlich auch zu einer weiteren Reflexion führt, und das kann nur hilfreich für mich selbst sein“ (Herr Weihe, 1.). Dieses Nachdenken über sich, die eigene Vergangenheit und wie es weitergehen kann, nahm in der Klinik sehr viel Raum ein und war allen Personen, mit denen ich sprach, wichtig. Außerdem versuchte ich, durch die Arbeit mehr Verständnis und Aufmerksamkeit für die Krankheit zu schaffen, was vielen meiner Gesprächspartner ebenfalls ein Anliegen war. Dieses langfristige Ziel hatten manche auch vor Augen, Einzelne motivierte es dazu, mit mir in Interviews zu sprechen.

Was meine Rolle im Feld anging, versuchte ich, mich weder zu sehr als Mitarbeiterin noch als Patientin oder Angehörige zu verorten. Im Feld meiner Hauptstudie gab es bereits eine relativ gut passende Rolle für mich: die der Beobachterin, Forscherin. Aber ich war dort eine sehr außergewöhnliche Forscherin, denn die Studien, die sonst in der Klinik durchgeführt wurden, hatten einen ganz anderen Inhalt und Ablauf. Die medizinischen und psychologischen Studien beschränkten sich zum Beispiel oft auf Fragebögen zu Behandlungsmethoden oder Tests neuer Medikamente. Teilnehmende Beobachtung war etwas völlig Neues für die Menschen im Feld, und so wurde ich häufig dazu aufgefordert, mein Projekt und mich zu erklären (vgl. Wind 2008: 84-5).

Dies ist nicht außergewöhnlich, weil auch der Feldforscher zum Objekt der Interpretation der anderen wird und von deren Befindlichkeiten abhängt (ebd.: 84). Nicht zuletzt studieren die anderen ebenso den Sozial- und Kulturanthropologen: „Irrespective of the degree of participation, the ethnographer is an important audience for the informants. At least some if not all of an ethnographer’s informants will watchfully scrutinise all her actions, attitudes, comments and questions” (ebd.).

Ich kam nicht nur in die Gruppen, um mit meinem Schreibblock Daten zu sammeln, sondern „hing“ auch mit Patienten „herum“, machte Spaziergänge mit ihnen, blieb oft länger als die Mitarbeiter und erzählte generell mehr von mir selbst als diese. Dadurch hoffte ich, dass ich von den Patienten mit der Zeit nicht mehr als eine – wenn auch etwas komische – Art Mitarbeiterin gesehen würde. Und tatsächlich genoss ich ab einem gewissen Moment bei den meisten einen anderen Status, weil sich herumgesprachen hatte, dass ich nichts an das Team herantragen würde – die Patienten fassten Vertrauen zu mir. Das allgemeine Problem sozial- und kulturanthropologischer Feldforscher, nämlich nie wissen zu können, ob und zu welchem Grad wir durch unsere Anwesenheit das Feld und damit den Gegenstand unserer Forschung verändern, löste sich meines Erachtens durch die Gewöhnung der Akteure an mich (vgl. Finkler 2004: 2038).

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang allerdings meine Rolle in der Klinik<sup>27</sup>. Es ist möglich, dass ich von manchen Patienten weiterhin als Teil der Mitarbeitergruppe wahrgenommen wurde. Dies führte in einigen Fällen vielleicht dazu, dass mir gegenüber keine Kritik geäußert wurde. Diese unkritische Haltung vieler Patienten lag wahrscheinlich unter anderem daran, dass sich einige in der Therapie fallen lassen wollten. Ihr Verhalten könnte aber auch eine Reaktion darauf gewesen sein, dass kritisches Auftreten die Behandlung hätte erschweren können. Personen, die in einem asymmetrischen Mächteverhältnis „über“ einem stehen, sind schwer zu kritisieren.

---

<sup>27</sup> Näheres hierzu wird in Kapitel 2.4 Positionalität und Emotionen der Forscherin (S. 27 ff.) erläutert.

Schlussendlich bleibt zu sagen, dass jede ethnografische Erkenntnis immer nur einen Teil der Wahrheit darstellen kann, eine „partial truth“ (Clifford 1986: 7). Dennoch oder gerade deswegen hat der sozial- und kulturanthropologische Ansatz großes Potenzial:

Yet we should not lose faith in the anthropological approach. Its strength, certainly when it attempts to come closer to the experience of pain, illness and suffering, is not that it can pride itself of capturing exactly what the other experiences. Its strength, rather, lies in its modesty and in the awareness of the incompleteness of the attempt. There is no better option. (Long et al. 2008: 75)

## 2.5 Existenzielle Gefühle und Emotionsarbeit

Die Depression wird von unterschiedlichen Akteuren mal als Krankheit, mal als eine Art Emotion (genauer gesagt als emotionsgeladen) gesehen. Am Beispiel der Depression zeigt sich, wie verwoben Konzeptualisierungen von Emotion und Krankheit sein können. Für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Depression ist eine emotionstheoretische Basis folglich notwendig.

Die Erfahrung einer Depression kann aufgrund ihrer umfassenden Qualität (Slaby 2012: 76-7) mit dem Konzept der *existential feelings* bzw. *feelings of being* (Ratcliffe 2008) analysiert werden. Diese existenziellen Gefühle sind vorausgesetzte Räume von Erfahrungsmöglichkeiten, auf deren Basis sich Emotionsepisoden entwickeln (Slaby 2012: 77-8). Existenzielle Gefühle sind nicht mit Stimmungen gleichzusetzen (Slaby 2012: 77). Bei manchem, was alltagssprachlich „Stimmung“ genannt wird, handelt es sich zwar um ein existenzielles Gefühl, doch grundsätzlich sind existenzielle Gefühle umfassender; zudem ist der umgangssprachliche Begriff „Stimmung“ unscharf (ebd.). Existenzielle Gefühle sind nicht auf Objekte oder Situationen gerichtet, sondern Hintergrundorientierungen, die all unsere Erfahrung strukturieren (Ratcliffe 2008: 2). Sie werden auch als „Hintergrundgefühle“ (Slaby 2012: 77) bezeichnet. Ratcliffe schreibt über diese *ways of finding oneself in a world*:

Whenever one has a specifically focused experience of oneself, another person or an inanimate object being a certain way, the experience has, as a background, a more general sense of one's relationship with the world. This relationship does not simply consist in an experience of being an entity that occupies a spatial and temporal location, alongside a host of other entities. Ways of finding oneself in a world are spaces of possibility, which determine the various ways in which things can be experienced. For example, if one's sense of the world is tainted by a “feeling of unreality”, this will affect how all objects of perception appear; they are distant, removed, not quite “there”. (Ratcliffe 2008: 37-8)

Weitere Beispiele für existenzielle Gefühle sind Geborgenheit oder Fremdheit (ebd.: 3). Ratcliffe definiert Hintergrundgefühle als zumindest teilweise bewusst; außerdem sind sie körperliche Zustände (ebd.: 2).

In der vorliegenden Dissertation ist mit dem Begriff „Emotion“ die Definition von Scherer (2005) gemeint. Seinem Modell zufolge haben Emotionen episodischen Charakter (ebd.). Eine Emotionsepisode ist die Reaktion auf eine wahrgenommene Bedeutung eines Ereignisses. Diese Reaktion besteht aus einer Statusveränderung der meisten der folgenden Subsysteme (ebd.):

- kognitive Komponente (Appraisal)
- neurophysiologische Komponente (körperliche Symptome)
- motivationale Komponente (Handlungstendenzen)
- motorische Ausdruckskomponente (Mimik und stimmlicher Ausdruck)
- subjektive Gefühlskomponente (emotionale Erfahrung) (ebd.)

Die subjektive Gefühlskomponente wird auch als das „phänomenale Gefühlsempfinden“ (von Scheve 2011: 4) bezeichnet. Mit dem Begriff „Gefühl“ ist in der vorliegenden Dissertation die subjektive Gefühlskomponente gemeint (nicht aber existenzielle Gefühle).

Scherer grenzt Emotionen von Stimmungen, Präferenzen, Einstellungen, Affektdispositionen und interpersonalen Haltungen ab (Scherer 2005: 700 ff.). Existenzielle Gefühle sind wie erwähnt als Rahmen zu betrachten, innerhalb dessen sich Emotionsepisoden entwickeln. Nichtsdestotrotz kann sich manche Emotionsepisode umgekehrt auch auf Hintergrundgefühle auswirken und sie verändern (Ratcliffe 2008: 40).

Die Theorien von Scherer und Ratcliffe nehmen die Erfahrung des empfindenden Individuums in den Fokus. Emotionen sind aber immer auch an soziokulturelle Bedingungen angepasst (Hochschild 1983; Mesquita und Boiger 2014). Kulturell bedingte Einstellungen, Institutionen und Praktiken wirken sich auf Emotionen aus. Um diese gesellschaftliche Modellierung von Emotionen mit einzubeziehen, wird das

Konzept des emotionalen Stils (Knoblauch und Herbrik 2013: 222) in diese Arbeit aufgenommen. Emotionale Stile sind vom gesellschaftlichen Milieu abhängig (ebd.). Sie beinhalten die Bedeutungen, die dem Emotionalen zugeschrieben werden (ebd.: 221). Ein emotionaler Stil hat auch einen wertenden Aspekt. Er beschreibt, was als gute oder schlechte Emotion gilt, und bezieht außerdem die performative Ebene des Emotionalen mit ein (ebd.: 220).

Die gesellschaftlich vermittelten Bedeutungen formen das emotionale Wissen (ebd.). Dies ist ebenso Wissen, das *durch* Emotionen erworben wird, wie Wissen *über* Emotionen (ebd., eigene Hervorhebung). Im kommunikativen Handeln wird das Wissen mit anderen geteilt (ebd.).

Das Konzept der *feeling rules* (Hochschild 1979) ist sinnvoll, um zu zeigen, wie emotionale Stile sich konkret manifestieren. *Feeling rules* sind soziale Regeln, die bestimmen, was ein Mensch fühlen soll (ebd.: 565). Emotion wird in der vorliegenden Dissertation als Komponentenprozess (Scherer 2005) definiert und nicht wie bei Hochschild (1979: 551) synonym mit *feeling* verwendet. Um eine Brücke zwischen Hochschilds und Scherers Theorien zu schlagen, bezieht sich das Konzept der *feeling rules* in dieser Dissertation auf die gesamte Emotionsepisode.

Im Fall einer Diskrepanz zwischen tatsächlich empfundenen und sozial erwünschten Emotionen ist Emotionsarbeit der Versuch, die Emotion zu verändern (ebd.: 561), sodass sie den sozial vermittelten *feeling rules* entspricht. Menschen setzen Emotionsmanagement bzw. Emotionsarbeit oder *deep acting* ein, um nicht nur ihren Emotionsausdruck, sondern auch ihre subjektive Gefühlskomponente zu beeinflussen (ebd.: 551).

Emotionsarbeit findet häufig in einem System statt, in dem auch Außenstehende auf die emotionale Erfahrung eines Einzelnen einwirken können (ebd.: 562). Dies ist im klinischen Kontext wichtig, weil hier Therapeuten und andere Patienten Emotionen eines Patienten mit bearbeiten können.

Hochschild bezieht sich mit ihrem Konzept des Emotionsmanagements auf normale Erwachsene, wie sie sie nennt (ebd.: 555). Deren emotionale Erfahrung grenzt sie von

derjenigen kleiner Kinder, psychisch erkrankter Erwachsener oder von Tieren ab, mit denen beispielsweise auch Freud und Darwin sich beschäftigten (ebd.). Diese normalen Erwachsenen, so Hochschild, würden über größere Fähigkeiten zur Kontrolle ihrer Emotionen verfügen als die anderen Gruppen (ebd.). Obwohl Hochschilds Theorie nicht für Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt wurde, ist sie für die vorliegende Dissertation interessant. Chronische Depressionen sind phasenartig, die Betroffenen erleben auch Zeiten ohne Depression. Außerdem beschreibt Hochschild, dass Emotionsarbeit nicht immer gelingt (ebd.: 561). Es ist anzunehmen, dass dies bei Menschen mit schweren Formen von Depression häufig der Fall ist. Emotionsmanagement unter den besonderen Bedingungen psychiatrischer Behandlungen zu betrachten, erscheint vielversprechend.

## **2.6 Krankheit und Heilung als Aushandlung**

Psychiatric categories and theories are cultural, no less than other aspects of our world view. It seems reasonable, therefore, to ask to what extent depression is a cultural category, grounded both in a long Western intellectual tradition and a specific medical tradition. (Kleinman und Good 1985: 2)

In dieser Arbeit wird Krankheit nicht als ein gegebener Fakt, sondern als sozial hergestellter Zustand konzeptualisiert. Die Depression wird in vielgestaltigen Interaktionen zwischen verschiedenen Akteuren produziert, vor allem zwischen Psychiatern, Psychologen, Pflegern und Patienten (vgl. Holmberg 2005: 88).

Der Begriff „Patient“ stellt die übliche Selbst- und Fremdbezeichnung in der Klinik dar. Durch ihn werden Identitäten definiert und eine Abgrenzung etwa vom Personal auf den Stationen vorgenommen. Diese Grenze wird im Feld klar gezogen und daher ich übernehme sie. Das Wort Patient stammt vom lateinischen Verb „pati“ ab, das „erdulden“, „leiden“ bedeutet (Dudenredaktion o. J.). Es ist sinnvoll, diesen Begriff zu verwenden, weil er das Beziehungsgeflecht mit einem Gegenüber impliziert, beispielsweise mit einem Arzt. Der Patient erduldet nicht nur die Krankheit, sondern auch die Therapie. Er lässt „mit sich machen“, meist ohne jedoch völlig die Kontrolle abzugeben. Was es bedeutet, ein Patient zu sein, wird mit den Konnotationen des Begriffs übermittelt. Dadurch, dass der Begriff von den Betroffenen angenommen wird, wird auch der Inhalt, den er transportiert, zumindest teilweise inkorporiert.

Der Medizinethnologe und Psychiater Kleinman entwickelte eine Unterscheidung zwischen *illness* und *disease* – eine Unterscheidung, die bereits von Weizsäcker an der Wende zum 20. Jahrhundert definierte (Greifeld 2003: 17); Kleinman erfand sie damit eigentlich nur ein zweites Mal (ebd.). Weil die Kleinman'sche Variante sehr anschaulich ist, findet sie in meiner Arbeit Anwendung. Mit der *illness/disease*-Unterscheidung soll verdeutlicht werden, dass eine Krankheit nicht nur auf medizinisch-biologischer Ebene, sondern stets auch ganz konkret im Leben, im Alltag des Erkrankten stattfindet. Die medizinisch-biologische Sicht auf eine Krankheit nennt Kleinman *disease* (Kleinman 1980); sie wird vor allem von den Experten wie den Ärzten oder Psychologen eingenommen (ebd.). *Illness* steht für die Konzeptualisierung der Krankheit aus der Perspektive der erkrankten Person und ihrer Angehörigen (ebd.); sie wird auch als soziale Dimension der Krankheit angesehen (Holmberg 2005: 100).

Kleinmans (1980) Unterscheidung zwischen *illness* und *disease* wurde in der Vergangenheit häufig kritisiert, etwa weil sie ignoriert, dass auch die medizinisch-biologischen Ansichten zu einer Krankheit kulturell geprägt und alles andere als wertfrei sind (Holmberg 2005: 100-1). Außerdem reproduziere Kleinmans Modell die Unterscheidung in Natur versus Kultur (ebd.), die nicht belegbar sei (Haraway 1991; Latour 1987, 1998; Mauss 2001).

Aufbauend auf der Unterscheidung zwischen *illness* und *disease* definierte Kleinman *explanatory models*, Erklärungsmodelle von Krankheiten (Kleinman 1980). Ärzte, Psychologen und Patienten konstruieren diese Modelle gemeinsam (ebd.). Ein Erklärungsmodell soll vorrangig auf folgende fünf Themen eingehen (ebd.: 105):

1. Ätiologie (Krankheitsursache)
2. Zeitpunkt und Art der einsetzenden Symptome
3. Pathophysiologie (durch die Krankheit veränderte körperliche Eigenschaften)
4. Verlauf der Krankheit (Krankheitsschwere, etwaige Chronizität etc.)
5. Behandlung (ebd.)

Alle fünf Themen werden in den empirischen Kapiteln der vorliegenden Arbeit behandelt. Kleinman zufolge sind die Ansichten des Arztes und des Patienten zu diesen Themen häufig unterschiedlich (Kleinman 1980: 105-6). Die Modelle der Experten beinhalten meist alle fünf Themen, wobei den Patienten nicht immer sämtliche Themen mitgeteilt werden (ebd.). Die Patientenmodelle hingegen beschränken sich oft auf die für die Betroffenen relevantesten Bereiche, zum Beispiel auf die Bedeutung, die eine Krankheit für den Patienten und dessen Familie hat, oder auf die Behandlungsziele (ebd.). Erklärungsmodelle sind nicht vollständig bewusst und explizit ausformuliert und bestehen zu einem nicht unerheblichen Anteil aus „tacit knowledge“ (ebd.: 109), also implizitem Handlungswissen. Demzufolge sind diese Modelle für gewöhnlich nicht kohärent, sondern vieldeutig, und unterliegen einem stetigen Wandel (ebd.).

Im Feld zeigt sich, dass die Ansichten von Experten und Laien über die Depression ineinander fließen, sich ergänzen und nicht klar differenzieren lassen. Das bedeutet, dass es für diese Arbeit keinen Sinn macht, die Kleinman'sche Trennung von *illness* und *disease* aufrechtzuerhalten. Im Folgenden werden die Begriffe Krankheit und Erkrankung synonym verwendet und beinhalten jeweils beide Betrachtungsweisen, die der Experten und die der Laien.

Die Ansichten der Experten über die Depression bauen zu einem großen Teil auf biomedizinischen Annahmen auf. Biomedizin ist keine Einheit, sondern besteht aus vielen Medizinformen (Hahn und Kleinman 1983: 315). Biomedizinisches Wissen ist wie jede andere Form von Wissen kulturell beeinflusst. Psychiatrische Theorie und Praxis beruhen beispielsweise auf spezifisch kulturellen Konzepten der Person (Kleinman 1988; Gaines 1992; Young 1995). Das biomedizinische Wissen hat im Gegensatz zu anderen Wissensformen jedoch eine Aura des Faktischen, Objektiven und nicht zu Hinterfragenden. Ich gehe davon aus, dass Disziplinen wie die Medizin und die Psychologie „durch einen Bereich von Gegenständen, ein Bündel von Methoden, ein Korpus von als wahr angesehenen Sätzen, ein Spiel von Regeln und Definitionen, von Techniken und Instrumenten“ (Foucault 1991: 22) gekennzeichnet sind.

## 2.7 Narrative (Re-)Konstruktion der Depression

Ein Narrativ ist eine Repräsentation vergangener Ereignisse in einem Medium, zum Beispiel in einer mündlichen Erzählung oder einem schriftlichen Statement (Linde 2001: 162). Nach Bruner (1986: 11) sind Narrative wichtig für uns Menschen, denn sie dienen dazu, Erfahrung zu ordnen und Realität zu konstruieren. Eine spezielle Form des Narrativs ist das Krankheitsnarrativ. Es besteht aus der Geschichte, die ein Patient erzählt und die andere nacherzählen, um einzelnen Ereignissen und dem andauernden Verlauf des Leidens Kohärenz zu verleihen (Kleinman 1988b: 49). Die persönliche Erzählung reflektiert die Krankheitserfahrung nicht nur, sondern sie trägt auch zum Erfahren der Symptome und des Leidens bei (ebd.). In diesem Sinn stellt das Krankheitsnarrativ etwas Neues her, anstatt lediglich einen selbstperpetuierenden pathologischen Prozess abzubilden (Hydén 1997: 56). Neu ist, dass dem Leiden eine Form gegeben wird (ebd.). Die Erkrankung ist in Zeit und Raum artikuliert und in den Rahmen einer persönlichen Biografie eingebettet (ebd.). Das Narrativ transformiert Symptome und Ereignisse in ein sinnhaftes Ganzes und kreierte dadurch die Welt der Erkrankung (Radley 1993).

Narrative zu analysieren bedeutet nicht, Erzählungen als in sich geschlossene Einheiten zu analysieren. Der Kontext eines Narrativs ist ebenso wichtig wie das Ergänzen von Beobachtungsprotokollen; man kann in der narrativen Analyse weiter gehen, als nur verbale Kommunikation in Augenschein zu nehmen (Riessman Kohler 2002: 3). Für die kontextuelle Einbettung verschiebt man den Fokus vom Inhalt auf die Art, wie etwas gesagt wird:

I ask, why was the tale told that way? In what kind of a story did the narrator place himself? How did he strategically make identity claims through his narrative performance? What was the response of the audience, how did she influence the development of the illness narrative, and interpretation of it? How might it be interpreted differently with historicity and social structure in mind? (ebd.: 7-8)

Methodologisch, so schreibt Hydén (1997: 52), sind frühere narrative Ansätze davon ausgegangen, dass die Identität eines Menschen aus *einer* Lebensgeschichte herausgearbeitet werden kann. Inzwischen aber wird zunehmend anerkannt, dass situative Faktoren eine wichtige Rolle in der Konstruktion von Narrativen spielen und dass wir kontinuierlich neue Narrative in neuen Kontexten schaffen (ebd.). Daher geht

es nicht um *das* Narrativ, sondern um mehrere mögliche Narrative, die von situationellen Faktoren abhängen, vor allem von der Interaktion zwischen dem Erzähler und dem Zuhörer (ebd.). Sacks (1992) spricht vom Empfängerdesign einer Story: Wenn jemand mir eine Geschichte erzählt, auch wenn er sie schon oft erzählt hat, dann passt er sie an mich und unsere Beziehung an und transformiert sie im Hinblick auf eine bestimmte Aussage, die er damit in unserer Konversation machen möchte. Ein Narrativ ist somit häufig als eine Antwort auf eine frühere Geschichte zu interpretieren (ebd.).

Grundsätzlich ist zu sagen, dass das Schaffen von Bedeutung prozesshaft und zu keinem Zeitpunkt abgeschlossen ist (Bullington 1999: 226). Auch die Krankheit Depression wird kontinuierlich individuell und sozial geformt, interpretiert und mit Bedeutungen versehen.

Einen besonderen Kontext stellen „hervorgelockte“ Narrative dar, die beispielsweise entstanden sind, als ich Interviewpartner nach ihrem Umgang mit der Erkrankung gefragt habe (vgl. Hydén 1997: 62). Der Zusammenhang, in dem ein Narrativ entsteht, muss mit in Augenschein genommen werden, weil er die Form des Narrativs und dessen Interpretation beeinflusst (ebd.).

Narrative transportieren auch die moralische Einstellung des Erzählers den Ereignissen gegenüber (Linde 2001: 162-3). Sie zeigen, ob der Protagonist sich in der Geschichte aus Sicht des Sprechers gut oder schlecht verhalten hat (ebd.). Ein Narrativ ist außerdem ein Gruppenprozess, denn die Zuhörer sind nicht rein passiv, sondern stimmen dem Gesagten zu oder lehnen es ab und bringen alternative Versionen eines Narrativs oder Interpretationen des Geschehens ein (ebd.).

Dabei ist das Denken in Narrativen immer auch kulturell geprägt und von eigenen Erfahrungen ebenso abhängig wie davon, was ein Individuum von anderen über Krankheiten lernt (Garro 2000a, 2000b, 2011: 532). In problematischen Situationen werden oft mehrere narrative Rahmen in Augenschein genommen und häufig suchen Betroffene den Rat ihrer Mitmenschen (Garro 2011: 545).

Die *explanatory model*-Perspektive in medizinethnologischen Studien geht davon aus, dass kulturelles Wissen größtenteils explizit ist und deswegen direkt eruiert werden kann, indem man Individuen fragt, was sie denken. Wissen ist jedoch auch auf verschiedene Arten implizit encodiert, beispielsweise in Mustern, die unbewusst aufgenommen wurden und Einstellungen prägen (Kirmayer und Sartorius 2007: 833). Indem man das Verhalten von Individuen beobachtet und Krankheitsnarrative nach ihrer zugrunde liegenden Struktur analysiert, kann man implizites Wissen decodieren (Stern und Kirmayer 2004; Groleau et al. 2006).

Mit einer narrativen Analyse kann das Leben in der Klinik als eine Aneinanderreihung existenzieller Auseinandersetzungen zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten betrachtet werden. Hierbei geht es um die Bedeutung der Krankheit oder die Verortung von Therapie in einer sich entfaltenden Krankheitsgeschichte ebenso wie um den Sinn des Lebens, der angesichts einer schweren, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung neu gestaltet werden muss. Diese moralischen Debatten sind im klinischen Alltag häufig versteckt, können aber aus alltäglichen Momenten herausgelesen werden (Mattingly 1994: 280). Mattingly (ebd.: 281) betont, dass zunächst relativ ereignislos wirkende Interaktionen Bedeutung tragen, die der Sozial- und Kulturanthropologe herausarbeiten kann:

[...] an encounter such as this begins to take on significance when recognized as an episode within a larger therapeutic story which is in the process of being constructed. Any therapeutic narrative, in turn, is but a short story in the larger life history of the patient, a life story which is under radical reconstruction while therapy is on-going. Which therapeutic story gets constructed, and what voice the patient has in that story-making, is not inconsequential. (ebd.)

Wie Mattingly habe ich in dieser Arbeit die alltäglichen Interaktionen zwischen Experten und Patienten als bedeutungsvolle Ereignisse analysiert, die zur Rekonstruktion der Lebensgeschichte der Patienten beitragen.

Ich habe die Patienten über mehrere Wochen oder Monate innerhalb und teils auch außerhalb der Klinik begleitet. In dieser Zeit sind vielfältige Narrative als (Re-)Konstruktionen entstanden, die zwischen Reflexionen des Lebens vor und während des Klinikaufenthalts hin- und herspringen.

### **3 „Irgendwann bricht der Boden ein“ – Was führt Menschen in die Klinik?**

In diesem Kapitel kommen vor allem die Narrative derjenigen erkrankten Menschen zur Sprache, mit denen ich während ihres stationären Aufenthalts in der Psychiatrie in Berlin Einzelinterviews und informelle Gespräche führte.<sup>28</sup> Damit rückt der Dialog zwischen dem Patienten und mir als Forscherin in den Vordergrund. Weil auch in anderen Interventionen wie beispielsweise „Interaktionstherapien“<sup>29</sup> Themen wie die empfundenen Auslöser der Depression angesprochen wurden, kommen noch weitere relevante Dialogkonstellationen vor: Patient und Patient sowie Patient und Experte im Feld.

#### **3.1 Auslöser der Depression**

Die Ursachen der Depression für sich zu erforschen, ist laut Experten ein wichtiger Baustein auf dem Weg zur Besserung und daher auch Teil der Therapie, wie der Psychologe Jakob<sup>30</sup> in einer Gruppentherapie sagt: „Manchmal könnte man denken, wenn man das Wort Depression hört, dass das alles das Gleiche ist. Aber jeder von Ihnen hat eine ganz andere Krankheit, wenn dem auch viel gemeinsam ist. Deshalb müssen Sie so viel leisten und in der Therapie auf die Ursachen eingehen“ (Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013)<sup>31</sup>. Unter anderem weil die Experten es als wichtig konzeptualisieren, betreiben die Betroffenen eine intensive Suche nach den jeweiligen Auslösern ihrer Depression. Die Krankheit löst bei vielen Betroffenen einen Prozess aus, in dem sie das eigene Leben in Augenschein nehmen und danach abklopfen, welche Umstände, Handlungen und Einstellungen die Erkrankung beeinflusst oder

---

<sup>28</sup> Die Menschen, die mir ihre persönliche Geschichte ausführlich erzählt haben, werden in Anhang a. Hauptakteure der Studie beschrieben.

<sup>29</sup> Die Interaktionstherapie und alle weiteren erwähnten Interventionsformen werden in Kapitel 4.8.5 Phase 5: Kompetenzverbesserung (S. 142 ff.) erklärt.

<sup>30</sup> Sämtliche Namen von Teilnehmern der Studie sind Pseudonyme, die Altersangaben wurden leicht abgeändert. Die Berufe der Experten wurden wie im Feld genannt beibehalten, bei den Patienten wurden ähnliche Berufe gewählt, um auch hier zu pseudonymisieren.

<sup>31</sup> Zu den Zitaten aus dem Feld s. Anhang b. Kennzeichnung der Empiriezitate und c. Formatierung der Empiriezitate.

verursacht haben könnten (Hydén 1997: 58). Dabei testen viele mehrere potenzielle Erklärungen für ihre Krankheit (Kangas 2001: 84), sie probieren sie an wie Kleider, um zu prüfen, welches am besten passt.

Die Narrative der Patienten ordne ich drei Typen zu:

1. Arbeit und Leistungsdruck
2. Familie und Partnerschaft
3. Physisches und Verhalten

Wie ich zeigen werde, vermischen sich diese Narrativtypen auch miteinander.

### **3.1.1 Arbeit und Leistungsdruck**

Manche Studienteilnehmer nennen ihre Arbeit als Auslöser und Hauptgrund ihrer depressiven Erkrankung, so auch Herr Moser und Frau Sommer. Herr Moser erzählt, wie seine Stimmung am letzten Urlaubstag immer wieder gekippt sei, auch aus Angst vor dem Job:

Fangen wir einfach mal an im April dieses Jahres, es war an Ostern. Da ist irgendwie schon am Ostermontag so meine Stimmung runtergefahren, dass ich so an die Arbeitssituation gedacht habe, dann habe ich mich da zwei, drei Tage hingeschleppt, dann bin ich da zusammengebrochen. Dann war ich vier Wochen krank. Bin zum Arzt gegangen, zu meinem Arzt und habe vier Wochen ein bisschen Ruhe mir gegönnt, und dann ging es noch mal wieder vier Wochen. Dann haben wir schon Pfingsten und dann habe ich gemerkt, Pfingstsonntag ist die Stimmung wieder gekippt, wieder auf den Tiefpunkt gekommen. Dann hab ich, bin ich dienstags, mittwochs noch arbeiten gegangen, dann habe ich gemerkt, dass ich eigentlich gar nichts mehr gemacht habe, sondern nur noch auf diesen Monitor, Rechner gestarrt habe, gar nichts mehr erledigt bekommen habe. Dann bin ich dann donnerstags zu meinem Hausarzt, der hat mich dann hierher verwiesen.

[...] Der Auslöser ist eigentlich... dass ich seit vier Jahren völlig... überarbeitet bin oder völlig ausgepowert bin. Ich habe letztlich nur noch... für meinen Arbeitsplatz irgendwie/ ich habe die ganze Freizeit für meinen Arbeitsplatz gebraucht, um wieder Kraft zu schöpfen, morgens zur Arbeit zu gehen. Ich habe sämtliche Kontakte vernachlässigt, bin einfach nur nach Hause, nichts sehen, nichts hören, Fernseher an, so ein bisschen Berieselung und nichts anderes gemacht. Bin zum anderen Morgen dann wieder losgedackelt. Meine Leistung ging auch immer mehr bergab. Ich hab dann meine Arbeiten oder meine Dinge im Berufsleben dann auch nicht mehr erfüllen können. Sodass die Abwärtsspirale und der Druck, ja/ [Dies führte dazu, dass die anderen, VS] mit meinen Führungskräften dann eben auch immer unzufriedener wurden und ich aber auch irgendwie aus der Abwärtsspirale auch nicht mehr rausgekommen bin. (Herr Moser, 1.)

Frau Sommer berichtet, dass sie vor lauter Überarbeitung buchstäblich vor ihrem Computer zusammengebrochen sei und bis dahin funktioniert habe. Wiederholt sagt sie, dass sie immer viel aus ihrer Arbeit gezogen habe. Das sei möglicherweise ein

Grund dafür gewesen, dass sie bis zum Zusammenbruch weitergearbeitet habe. Nicht gebraucht zu werden, schmerzt sie sehr: „Ich denke, das geht ja alles ohne mich, meine Arbeit wird gemacht, auch meiner Familie geht es gut, das sehe ich jetzt, wo ich nicht mehr dort bin. Wenn ich in die Arbeit zurückkomme, hat mein Chef gesagt, brauche ich auch nicht voll zu arbeiten. *Erboster Ton und Gesichtsausdruck* Ich kann auch nur das Obst auffüllen“ (Hautzinger-Gruppe, 21.02.2013).

Die Erfahrungen, die Herr Neuner und Frau Filling gemacht haben, sind weitere Beispiele für die Konzeptualisierung der Arbeit als Depressionsauslöser. Herr Neuner hat schon mehrfach an Depressionen gelitten und berichtet in einem Interview vom Phänomen des „Montagsmorgenkollaps“:

Herr Neuner: Das mündet dann im klassischen Montagsmorgenkollaps, da liegt man heulend im Bett und nichts geht mehr.

Stülpnagel: Was meinen Sie damit, mit dem Montagsmorgenkollaps?

Herr Neuner: Das war bei mir am 2. Mai. Meine erste Depression begann auch an einem Montag, bei Platzeck [dem brandenburgischen Ministerpräsidenten; es ging gerade durch die Medien, dass er aufgrund seiner Gesundheit – eines Schlaganfalls etc. – abdankt, VS] war es auch ein Montag. Der hat doch eindeutig eine Depression! Wenn ich die Sätze lese, die er sagte: „Ich konnte nie zwischen Leben und Politik unterscheiden“ oder: „Politik ging mir schon immer unter die Haut“, sieht man ja eindeutig die fehlende Distanz. (Herr Neuner, 2.)

Frau Filling, die schon viele depressive Episoden hat erleben müssen, berichtet von einem Muster ihrer Erkrankung. Bei ihr hat gar jeder Depressionsausbruch mit Überforderung im Job zu tun, wie hier mit der Aufnahme von zwei neuen Stellen:

Dann habe ich einen neuen Job angefangen, wieder in [einer Institution, VS], und da kam das eigentlich dann auch relativ schnell, nachdem ich da so sechs Wochen gearbeitet hab. Da hab ich mich dann ziemlich heftig wiedergefunden, also dass ich dann nicht schlafen konnte und das Gefühl hatte, ich kann das alles nicht, das ist alles zu schwierig und zu viel und ja dann auch mit allen körperlichen Beschwerden, die es da so gibt, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, morgendliches Erbrechen hab ich immer, wenn ich so nervös bin. [...] Dann, als [...] ich praktisch dann wieder den nächsten Job angefangen hab in [einer Stadt, VS], da kam es dann eigentlich gleich wieder. (Frau Filling, 1.)

Jana hingegen erzählt mir in einem persönlichen Gespräch, dass ihr die Arbeit oft guttue. Sie könne auch manchmal arbeiten, wenn sie in der Depression sei (Jana, 15.07.2013).

Insgesamt wird ersichtlich, dass es für die Betroffenen schwer ist, zwischen Dingen, die guttun (Schutzfaktoren), und Dingen, die krank machen (Auslösern bzw.

Risikofaktoren), zu unterscheiden. Die Arbeit ist ein von vielen genanntes Beispiel für diese Ambivalenz. Jana bezeichnet dies in einem Gespräch mit mir als „Sortierungsproblem“:

Ich habe ein Sortierungsproblem, manches ist ein Schutzfaktor, klar, Sport, aber manches ist dann eine Belastung gleichzeitig wie ein Schutz. [Eine bestimmte Aktivität, VS] beruflich und privat tut mir total gut, ich finde da Entspannung, andererseits ist es ein totaler Auslöser. Mit der [Arbeit, VS] geht es mir genauso, manchmal, wenn ich [bestimmte Aufgaben erledige, VS], tut mir das total gut, manchmal ist es aber sehr belastend. Es ist schwer zu erkennen, wann es umkippt. (Jana, 25.07.2013)

Janas Begriff „Umkippen“ ist hier besonders interessant. Er umschreibt metaphorisch das, was viele Betroffene erleben: Tätigkeiten, Menschen und Dinge, die ihnen „normalerweise“ ein gutes Gefühl verschaffen und Spaß machen, werden entweder schleichend oder plötzlich zu Belastungen, sie „kippen“ in die Kategorie von Stressoren. So etwas zu kontrollieren, das zeigt der letzte Absatz des obigen Zitats, ist für viele völlig unmöglich, was sie als sehr frustrierend empfinden.

Für Milena hat die Arbeit eine andere Bedeutung: Sie sei einfach etwas, das sie tue, um Geld zu verdienen, aber nichts, wobei sie sich sehr verausgabt. Sie sagt, dass sie „nicht ihre Arbeit“ sei, was ich als eine geringe Identifikation mit der Arbeit interpretiere. Wenn sie ihren Job verliere, so sagt sie, dann mache sie eben etwas anderes. Derart pragmatisch gehen nicht alle mit ihrer Arbeit um, die meisten fühlen sich von ihrer Arbeit gestresst. Viele verspüren außerdem große Angst, aufgrund ihrer Krankheit nie mehr vollständig und dauerhaft arbeitsfähig sein zu können.

Schuldgefühle sind für viele Betroffene ein zentrales Thema. Zu diesem Empfinden führt der Zustand, im Privat- und Arbeitsleben nicht mehr „funktionsfähig“ zu sein. Hier mischt sich der arbeits- mit dem familienbezogenen Narrativtypus. Die folgende Erzählung führt Schuldempfinden als einen Auslöser der depressiven Phase an. Auf meine Frage, ob sie das Gefühl habe, sie hätte in einer sehr arbeitsintensiven Zeit keine Aufgaben an andere vergeben sollen, sagt Frau Filling:

Ja, ja, klar, [...] ich hätte das eigentlich alles alleine machen müssen, und dann kommt der Kreisel auch echt so schnell, dass ich dann nicht schlafe und dass ich dann unkonzentriert bin und dass ich dann schon zwei, drei Tage dann gar nichts mehr machen kann und dann summiert sich das natürlich. Irgendwann ist es ja dann wirklich so weit, dass einem die Sachen entgleiten, und damit kann ich dann relativ schlecht umgehen. (Frau Filling, 1.)

Viele Aufgaben und Verantwortungen im Leben zu haben, spielt ebenso eine Rolle und hat für die Betroffenen mit dem sich einschleichenden Hintergrundgefühl der Depression zu tun. Kinder und ein interessanter Job sind vielen wichtig. Dennoch äußern besonders die im Beruf sehr Erfolgreichen, dass sie zwischen ihren Aufgaben zerrieben würden. Frau Filling beschreibt ihre „Abwärtsspirale“ so:

Es kommt eigentlich immer alles zusammen, was die klassischen Symptome sind, diese absolute Unentschlossenheit, was man machen soll, aber irgendwie dieses totale Getriebensein, ständig etwas zu machen, also hier und zu Hause, und dann gehe ich doch zum Sport, aber ich weiß nicht, und gehe ich jetzt doch nicht, dieses Hamsterrad, gleichzeitig aber eigentlich total antriebslos, sodass dann das, was man anfängt, einen auch wahnsinnige Kraft kostet, dann eben ab nachmittags das dann umschlägt, diese totale Betriebsamkeit in totale Antriebslosigkeit und Erschöpfung, diese Flucht ins Bett *lacht* einerseits, wo man denkt, jetzt habe ich wenigstens heute geschafft, morgen wird alles besser. Aber so ab der Mitte der Nacht merkt man, man kann eigentlich nicht schlafen, dass es dann wieder von vorne losgeht. Stundenlanges Grübeln, stundenlanges Listenschreiben. Dann reine körperliche Phänomene, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit ein bisschen, Nervosität, die sich bei mir in Erbrechen äußert, und Traurigkeit natürlich auch, Angstgefühle. Das hatte ich früher eigentlich noch stärker, dass alles um einen herum zusammenbricht und man dann richtige Heulattacken kriegt, das ist jetzt bei den letzten zwei Malen auch ein bisschen weniger geworden. (...) Das ist es eigentlich. (Frau Filling, 1.)

Herr Neuner sieht bei einer seiner depressiven Phase die empfundene Verantwortung für seine Familie und bei einer anderen die berufliche Neuorientierung als Auslöser. Auch hier mischen sich die Narrative, die sich auf die Arbeit beziehen, mit jenen, die mit der Familie zu tun haben:

Dann sozusagen die erste depressive Episode, die ich zeitlich festmachen kann, war, als meine Frau mit unserer ersten Tochter schwanger wurde. Damals habe ich aber keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen und hab das auch eher so verarbeitet als Baby Blues, sozusagen das ist einfach ein Rieseneinschnitt in mein Leben und die wilden Jahre sind jetzt vorbei, das ist wirklich ein Wendepunkt in meinem Leben und da darf es einem auch mal schlecht gehen, obwohl der Anlass ja ein freudiger ist. So habe ich das damals verarbeitet, in etwas abgemilderter Form kam das auch immer wieder, mit meinen beiden nächsten Kindern. Erstmals diagnostiziert worden bin ich vor sieben Jahren, als ich auch nach einem großen Wechsel, nämlich war ich 18 Jahre [in der gleichen Arbeitsstätte, VS] und hab dann meine Weiterbildung [für einen neuen Beruf, VS] angefangen, hab dann [die Arbeitsstätte, VS] gewechselt und hab dort zum ersten Mal erlebt, so wirklich als völliger Novize wieder anzufangen, sowohl fachlich als auch organisatorisch als auch mit den ganzen Leuten, und hab auf diese Belastungssituation depressiv reagiert. (Herr Neuner, 1.)

Die Depression entsteht für diese Betroffenen zum Teil aus Versagensangst und/oder aufgrund von innerem und äußerem Leistungsdruck:

Psychologe Jakob: Was uns die Gesellschaft als gut verkauft, ist das nur gut für das Bruttosozialprodukt oder ist das auch gut für uns selbst?

Frau Filling: Ich bin mit einem Leistungsdruck aufgewachsen, der ist jetzt in mir drin, ich komm da nicht raus.

Milena: Mein Psychotherapeut hat da eine ganz gute Methode! *Sie will sie Frau Filling später zeigen.*

Frau Hahn: Ich bin sehr perfektionistisch, ich kriege schon Probleme, wenn ich mal eine 1,3 kriege. Aber manchmal mache ich Sachen auch richtig beschissen.

Frau Filling: Mir passiert so was nicht, weil ich vorher eine Depression kriege und mich rausflüchte. Ich bin noch nie richtig gegen die Wand gefahren. Ich habe panische Angst davor.

Psychologe Jakob: Es dauert lange, wenn es um eine Verhaltensänderung geht. Wir müssen Verständnis für uns selbst haben, uns nicht unter Druck setzen.

Milena: Es geht um einen achtsamen Umgang mit dir selbst.

Psychologe Jakob: Genau.

(Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013)

Auch in dieser Gruppe wird der Leistungsdruck als Auslöser der Depression genannt:

Psychologin Anja: Heute wollen wir das Thema aus der Gruppentherapie gestern, die Kognitionen, vertiefen. Wie würden Sie das Denken in der Depression beschreiben? Was für Gedanken haben Sie?

Herr Moser: Es ist ein Grübeln und Grübeln.

Herr Neuner: Eine Endlosschleife. Immer eine negative Sicht, sehr angstbesetzt, man hat Insuffizienzgedanken.

Psychologin Anja: Es ist also eine negative Sicht auf die Umwelt, auf sich, auf die Zukunft?

Herr Neuner: Ja.

Wolfgang: Es sind nicht nur negative Gedanken. Ich denke, ich kann mit allem umgehen, aber der externe Druck, alles gleichzeitig machen zu müssen, ist sehr belastend, das schaffe ich nicht. Es dauert seine Zeit, Dinge zu tun, und dann bekommt man nur noch mehr Druck als Reaktion. Das ist das, was mich [fertig macht]. Den externen Druck kann ich nicht beeinflussen. Wenn ich das könnte, wäre ich nicht hier.

Psychologin Anja: [Ich finde es schade, dass sie auf den so interessanten Kommentar von Wolfgang nicht eingeht.] Die Depression ist auch eine Denkstörung. Die Sicht, die man hat, ist nur ein Ausschnitt aus der Realität.

(Hautzinger-Gruppe, 06.06.2013)

Meine Beobachtungsnotizen zeigen, dass Herr Neuner sehr perfektionistisch ist: *„Er hat wieder seine dicke Mappe dabei, mit vermutlich allen Infos und Notizen aus der Klinik, die er letzte Woche auch bei sich hatte. Mir drängt sich das Bild des Musterschülers auf, der alles mitnehmen, alles richtig machen will und alles an Wissen aufzusaugen versucht. Eine ‚typisch depressive‘ Eigenschaft?“* (Herr Neuner, 2.). Seine Selbstbeschreibung im Kontext seines problematischen Arbeitslebens bestätigt meine Beobachtung in einem späteren Gespräch:

Und zweiter Nebengedanke, das führt letztlich zu dem Problem, dass ich Kritik ganz schwer formulieren kann, weil ich ja immer... brav sein will und immer... alles richtig machen will, dass

ich eigene Bedürfnisse immer weiter zurückstelle und dass sich dabei Druck aufbaut, der irgendwann in einem emotionalen Ausbruch oder in einer Freud'schen Fehlleistung mir richtig gefährlich wird. Dass sozusagen diese unterdrückte Aggression letztendlich die Arbeitsgrundlage zu dem Vorgesetzten zerstört. (Herr Neuner, 5.)

Es allen recht machen zu wollen, „ein Musterschüler zu sein“, sieht Herr Redmüller als einen der Gründe für seine Depression an:

*Ich frage noch einmal, wie es ihm geht, er sagt, er würde gerade nachdenken, er hätte gestern Abend gemerkt, dass er auch hier in der Klinik, wie sonst auch, versuche, alles perfekt zu machen, alle Therapien. Er versuche, ein Musterschüler zu sein. Aber heute in der Sporttherapie war er nicht perfekt und fand das o. k. und hat das dann auch gesagt. [...] Gestern Abend habe er gemerkt, dass er wieder versuche, es allen recht zu machen, der fröhliche, gut gelaunte Mensch zu sein, das wäre nicht gut. Er habe gestern Abend Zahnschmerzen bekommen, obwohl er wisse, dass er nichts an den Zähnen habe, sein Magen sei übersäuert gewesen und Kopfschmerzen kamen auch hinzu. (Herr Redmüller, 1.)*

### 3.1.2 Familie und Partnerschaft

Auf meine das Gespräch eröffnende Frage, wieso sie in der Klinik sei, antwortet Milena auf außergewöhnliche Art. Die anderen Hauptakteure erzählen auf diese Frage entweder vom Stress im Job oder vom depressiven Hintergrundgefühl, das sie in die Klinik geführt habe. Sie jedoch erzählt zuallererst von ihren familiären Verpflichtungen und Problemen:

Zu viel von allem, zu dicht, zu schnell. Ich habe halt ein schwieriges Leben. Ich habe zwei Kinder, elf und acht [Jahre, VS], und ein Kind ist, ja, doch, kann man sagen, ist behindert, das wusste ich aber lange Zeit nicht. Seit zehn Jahren renne ich hin und her und weiß, irgendwas stimmt nicht, aber ich weiß nicht, was. [...] Was die Zukunft betrifft, aber auch die Vergangenheit, warum meine Ehe gescheitert ist, ich bin konfrontiert worden mit meiner eigenen Hilflosigkeit, mit 25, 26 mit einem Kind, was sich nicht richtig entwickelt, und **niemand** wusste, was da eigentlich los ist. Das hat mich zermürbt und manchmal auch verbittert und natürlich sehr traurig gemacht. Wenn es dann so von einem fällt und man weiß, was eigentlich los ist und was man geschafft hat, ja genau, dann sieht man sich so, in der Retrospektive, sehr einsam, sehr traurig, sehr überfordert, sehr hilflos. (Milena, 1.)

Wolfgang berichtet von seiner letzten Partnerschaft, die er als sehr belastend empfinde. Rückblickend sei sie für ihn einer von vielen Faktoren gewesen, die seine aktuelle Depression ausgelöst hätten:

In der Klinik habe er sich zum ersten Mal von seiner Freundin losgelöst und nachgedacht.

Seine Freundin sei ein emotionaler Vampir, sie wolle immer mehr und mehr Liebe, würde regelrecht sein Blut leer saugen. Das sei emotionaler Missbrauch. Er habe es auch gegoogelt, das treffe sehr gut auf sie zu. Auf meine Frage, woher er das Konzept „emotionaler Missbrauch“ habe, sagt er, er habe es selbst gegoogelt, wie vieles; von Frau [Anja], seiner Therapeutin, sei nichts gekommen.

Er habe vor der Klinik nicht gesehen, was seine Exfreundin ihm alles angetan habe.

Sie habe schon zu Beginn der Therapie gemeint, er werde sich von ihr trennen: Es sei der Einfluss der Mitarbeiter, er werde dort überredet, sich zu trennen.

Er verändere sich, habe sie auch gesagt. Aber er habe nachgedacht und schlussendlich mit ihr Schluss gemacht. Es sei definitiv. (Wolfgang, 2.)

Herr Neuner hingegen erzählt, seine Frau helfe ihm sehr, zu erkennen, wenn es mit ihm bergab gehe. Sie kenne ihn sehr gut und könne ihn in bestimmten Situationen daher warnen:

Gut, und ich bekomme einfach, wie gesagt, ich bin 25 Jahre verheiratet, bekomme relativ gute und engmaschige Rückmeldung von meiner Frau. Und das ist was, was sie mehr so ganzheitlich wahrnimmt. Also sie sagt, also das ist für mich so, wie wenn eine Decke auf dich runterfällt, so erlebe ich das. Und da ist sie mittlerweile doch sehr sensibel und meldet mir das auch zurück und sagt, du bist anders, hört das an meiner Stimme auch. Also wir telefonieren relativ viel, also grade, wenn es schlechte Tage sind, dann rufe ich sie mittags auch noch mal an und dann meldet sie mir das auch eigentlich immer zurück: „Mensch, du klingst besser.“ Dann merke ich auch oft, es geht mir auch besser. Oder sie sagt: „Du klingst aber nicht gut“, dann sage ich: „Ja, irgendwie hatte ich grade ein Scheißerlebnis.“ Also das funktioniert relativ gut, also da profitiere ich unglaublich von dem Erfahrungswissen meiner Frau und der Sensibilität meiner Frau. (Herr Neuner, 3.)

Die Wurzeln der Krankheit sehen die meisten Menschen, mit denen ich gesprochen habe, in ihrer Kindheit oder Jugend. Die Depression wird als etwas konzeptualisiert, das sich aus vielen Erlebnissen und Charaktereigenschaften zusammensetzt, es summiert sich alles, und wie in einem Fass, das überläuft, ist irgendwann alles zu viel und resultiert in einer depressiven Erkrankung. Milena beschreibt ihre in der Kindheit angelegte depressive Tendenz so:

Ich habe das, sagen wir mal so, als Kind... Ich bin lange mit dem Gefühl herumgerannt, da kann ich mich auch daran erinnern, als Jugendliche, irgendetwas ist mit mir anders. Ich habe mich immer so isoliert gefühlt. Ich habe mich immer von der Welt abgeschnitten gefühlt und nicht angekommen, nicht im Hier und Jetzt, nicht verwurzelt. Nicht dazugehörig. Das war nicht so ein ganz starkes/ aber so latent war das immer da. (Milena, 1.)

### **3.1.3 Physisches und Verhalten**

Die Teilnehmer einer Interaktionsgruppe diskutieren mit dem Psychologen und Gruppenleiter Jakob biologische und Verhaltensgründe als Depressionsauslöser. Es geht unter anderem um die Frage, welche Therapie bei welchem Auslöser Sinn macht:

Herr Redmüller: Die Depression ist immer auch eine Autoaggression. Die Aggression, die ich eigentlich nach außen auf andere richten müsste, richte ich aber gegen mich. Ich bin auch einer dieser Konfliktunfähigen. Ich rationalisiere das dann immer, was für ein friedlicher Mensch ich doch bin, das fällt mir dann als Stein auf die Füße. Bei mir ist es ein Helfersyndrom.

Frau Sommer: Ja.

Herr Redmüller *an Frau Sommer gerichtet, in einem vehementen Ton*: Ja, aber was willst du damit bewirken?

Frau Sommer: Gar nix, ich bin so ein Mensch, ich bin einfach so.

Herr Redmüller: Aber das ist nicht immer schon so, wir verfestigen das.

Psychologe Jakob: Niemand wird so geboren. Auch wenn der Ursprung meist in der Familie liegt.

Herr Pulick *an den Psychologen Jakob gerichtet, in einem leicht erbosten bzw. herausfordernden Ton*: Machen Sie sich das jetzt nicht zu einfach? Wenn Sie den biologischen Teil rauslassen aus der biopsychosozialen Entstehung der Depression? Ich sag mal so, wer einen Hammer hat, für den sehen alle Probleme aus wie Nägel. *Jakob lacht, die meisten anderen auch*. [Es ging in einem vorherigen Kommentar von Herrn Pulick bereits darum, dass der Psychologe eben nur in seinen Kategorien zu denken vermag. VS] Das Problem ist in diesem Krankenhaus, dass die Schuld an der Krankheit bei mir gesehen wird, warum wird es nicht wie Diabetes behandelt, hier ist es ein anderer Mangel, der an Serotonin. Es sind, wie ich glaube, immer die Gene und das Soziologische, wie ich aufwachse.

Psychologe Jakob: Ja, aber konzentrieren wir uns doch hier auf das, was wir verändern können, die Gene kann ich nicht verändern, meine Verhaltensweise schon, deshalb eben Verhaltenstherapie. (Interaktionsgruppe, 18.03.2013)

Die Depression wurde für Frau Wege durch den Tod ihres Mannes und die darauffolgende Einsamkeit ausgelöst: „Ich bin hier, weil mein Mann verstorben ist, das ist nun schon zehn Jahre her, aber ich habe mich immer mehr einsam gefühlt, jetzt hier geht es mir aber gut“ (Interaktionsgruppe, 14.02.2013).

### 3.2 Erleben der Depression

#### Im Nebel

Seltsam, im Nebel zu wandern!  
Einsam ist jeder Busch und Stein,  
Kein Baum sieht den andern,  
Jeder ist allein.

Voll von Freunden war mir die Welt,  
Als noch mein Leben licht war;  
Nun, da der Nebel fällt,  
Ist keiner mehr sichtbar.

Wahrlich, keiner ist weise,  
Der nicht das Dunkel kennt,  
Das unentrinnbar und leise  
Von allen ihn trennt.

Seltsam, im Nebel zu wandern!  
Leben ist Einsamsein.  
Kein Mensch kennt den andern,  
Jeder ist allein.

November 1905 (Hesse 1995)

Betroffene sagen immer wieder, jemand, der nie so etwas wie eine Depression erlebt habe, könne diesen Zustand nicht nachvollziehen. Nichtsdestotrotz gibt es viele

Erklärungsansätze und Analogien, die sich in meinen Gesprächen mit Betroffenen und in der Literatur finden. Dieses Kapitel soll ein Versuch der Annäherung an die Lebenswelt von Menschen in einer Depression sein. Hier steht das individuelle Erleben existenzieller Gefühle (Ratcliffe 2008) im Vordergrund.<sup>32</sup> Dies sind Hintergrundgefühle, die den Rahmen für alle anderen Gefühle bilden und sich auf alle Lebensbereiche auswirken (ebd.).

In der Gruppensitzung fragt eine Psychologin die anwesenden Patienten, welche Symptome der Depression sie kennen würden. Die Auflistung der Patienten bringt einige auch von Experten als wichtige Symptome gelehrt Erfahrungen zutage:

*Die Psychologin Ulrike bittet die Patienten, Symptome aufzuschreiben. [...] Ulrike fragt nach den auf Karten geschriebenen Symptomen.*

Frau Filling: Antriebslosigkeit.

Herr Redmüller: Unruhe, Dinge nicht zu Ende zu bringen. Erschöpfung.

Herr Millner: Antriebslosigkeit, die führt zu Müdigkeit, die wiederum zu Erschöpfung [...], zu Passivität und zu Angst.

Frau Castra: Lustlosigkeit.

Frau Filling: Getriebensein, ein Hamsterrad, sich gehetzt fühlen, aber nichts zu machen den ganzen Tag. Appetitlosigkeit.

Frau Arrel: Unruhe, Traurigkeit, schnell erschöpft zu sein, auch körperlich.

Herr Redmüller: Schlaflosigkeit.

Frau Hahn: Gleichgültigkeit.

Herr Millner: Negatives Denken.

Frau Arrel: Grübeln.

(Gruppensitzung, 20.02.2013)

Eine Depression bahnt sich für die meisten Betroffenen im Nachhinein betrachtet nicht plötzlich an, sondern schleichend. Die Stimmung wird immer schlechter, körperliche Probleme kommen hinzu und die Depression entsteht:

Stülpnagel: [...] was ist denn am 2. Mai bei Ihnen genau passiert?

Herr Neuner: Das war ja nicht erst am 2. Mai, es war ein schleichender Prozess, irgendwann bricht der Boden ein. Ich stelle mir das so vor wie einen morschen Scheunenboden, man läuft mit immer mehr Mehlsäcken darauf herum, bis er irgendwann einbricht. Ich habe davor 14 Tage lang nicht geschlafen und sehr wenig gegessen. Die körperlichen Symptome wurden immer

---

<sup>32</sup> S. Kapitel 2.5 Existenzielle Gefühle und Emotionsarbeit (S. 42 ff.).

mehr. Dann waren da immer diese Gedanken, das Grübeln. Ich hatte kaum geschlafen, bin unter die Dusche und habe gemerkt, ich kann nicht mehr. Meine Frau steht immer vor mir auf, sie ist eine Frühaufsteherin und wir haben da so unsere Routine, sie macht dann immer schon den Kaffee und ich muss immer um 6:20 Uhr los in die Arbeit. Ich stand dann heulend da, habe zu ihr gesagt: „Ich kann da nicht hingehen.“ Sie nahm mich in den Arm und sagte: „Du musst da nicht hin. Du gehst jetzt in eine Klinik.“ Dann habe ich mich wieder ins Bett gelegt und meine Frau hat wie wild herumtelefoniert. (Herr Neuner, 2.)

Herr Moser empfindet das ähnlich:

Herr Moser: Es ist ein schleichender Prozess, würde ich sagen, nicht. Es wird immer schlechter und schlechter, ich bin auf Rückzug und trotzdem innerlich nervös. Das ist so ein typisches Symptom, was ich von mir kenne. Ich bin irgendwie auf Rückzug, weil mir alles zu viel wird, die ganzen Aufgaben. Mache mir immer schon eine Agenda schon abends, was ich nicht erledigt habe, für morgens, was ich am nächsten Morgen zu tun habe. Irgendwann passt das alles nicht mehr auf die Agenda, dass ich gar nicht mehr zurechtkomme, immer mehr auf Rückzug, obwohl die Arbeit immer mehr wird. Ziehe mich zu Hause zurück, Decke über den Kopf, aber werde immer nervöser, weil ich natürlich merke, ich bin den Anforderungen gar nicht mehr gewachsen.

Stülpnagel: Also es kam für Sie recht überraschend?

Herr Moser: Überraschend auch nicht, weil es eigentlich schleichend kommt. Man merkt dann/ also merkt gar nicht, dass man irgendwo reinfährt, wo man gar nicht rein soll oder will. Das ist glaube ich auch das Tückische an der Depression. Fällt ja nicht/ oder bricht nicht von heute auf morgen plötzlich wie 40 Grad Fieber, sondern dass die ganze Sache schleichend ist und dann, gut vor 20 Jahren auch nicht so bekannt und erkannt wurde. (Herr Moser, 1.)

Auch heute noch ist es für viele Betroffene ein langer Prozess von den ersten, immer schlimmer werdenden Symptomen bis zur Vermutung, dass man es mit einer Depression zu tun haben könnte. Häufig dauert es viele Jahre, bis Menschen beginnen, die Krankheit mit ihrem Leid zu verbinden. Ein Betroffener hierzu: „Andere können es aber nicht verstehen, wie ich mich fühle, auch wenn es ihnen leidtut, dass ich diese Krankheit habe. Ich selbst, als ich sie zum ersten Mal hatte, habe die Krankheit nicht einmal erkannt, ich konnte sie nicht greifen“ (Depressionsbewältigungsgruppe, 07.03.2012). Die Phase, bevor man versteht, dass man an einer Depression erkrankt ist, ist in dieser Dissertation nicht oft Thema. Das liegt daran, dass die meisten meiner Gesprächspartner seit Jahren im therapeutischen System sind und sich längst – nicht immer unkritisch, aber dennoch – mit der Depression identifizieren.

Jana erzählt in einem Interview von einer zu diesem Zeitpunkt circa drei Jahre zurückliegenden Episode, die während eines Urlaubs mit ihrer Mutter aufgetreten sei:

Dann bin ich mit meiner Mutter [in ein Mittelmeerland, VS] gefahren und da ist es das erste Mal so krass aufgetreten, dass ich wirklich zu nichts mehr in der Lage war, also ich war wie total verrückt sozusagen *sie lächelt leicht*, also ich konnte nicht mehr das Zimmer verlassen, ich

konnte nicht mehr richtig laufen, ich konnte nur noch ganz langsam sprechen, ich war wie... also wirklich auch physisch total beeinträchtigt. Meine Mutter war wahnsinnig erschrocken und auch wahnsinnig/ immer so wechselnd, wahnsinnig wütend, weil sie brauchte den Urlaub und sie war hilflos und überfordert und es war dann eine ganz schlechte Kombination und da hatte ich halt das Gefühl, ich schaffe es überhaupt nicht mehr nach Hause, ich weiß überhaupt nicht, wie ich wieder nach Hause kommen soll. Das war dann so der Punkt, wo ich gedacht habe, o. k., das ist eine Depression. Irgendwie. Wo ich auch schon das erste Mal gedacht hab, ich muss nach Hause und sofort in die Klinik. Es geht überhaupt nicht so weiter.<sup>33</sup> (Jana, 1.)

„Physische Symptome“ sind in der Depression häufig, wie die Psychiater Hegerl et al. (2006[2005]: 19) schreiben:

So leiden viele Patienten auch unter *körperlichen Beschwerden*. Dies ist ein wichtiger Aspekt, da nicht selten die körperlichen Beschwerden so im Vordergrund stehen, dass die zugrunde liegende Depression nicht erkannt wird. Die Depression wirkt wie ein Vergrößerungsglas, das tatsächlich vorhandene körperliche Beschwerden drastisch vergrößert und unerträglich macht. Leichte Schmerzen bekommen die Note des Quälenden, alle Empfindungen werden zu Missempfindungen. [...] (ebd., Hervorhebung im Original)

Frau Hahn bemerkt über ihren physischen Zustand, dass sie etwas für ihr psychisches Wohl tun muss: *„Frau Hahn hatte drei Monate lang Grippe. Sie wusste in dem Moment eigentlich, dass es ein Warnsignal ist, sagt sie, und dachte sich: ‚O. k., Körper, ich weiß was du meinst‘, aber sie konnte nichts ändern. Sie hatte Angstattacken, bevor sie in die Klinik kam, ohne jeglichen Grund, wie sie sagte, in verschiedensten Situationen“* (Frau Hahn, 14.03.2013).

Ähnlich sind auch für Milena körperliche Probleme ein Zeichen, dass sie sich um sich selbst kümmern muss:

Dann hatte ich ja auch noch den Tinnitus und habe verschwommen gesehen, dann wusste ich nicht, habe ich jetzt Hunger oder nicht, das hielt tagelang an. Dazu kamen Panikattacken und dann Personalisierungserfahrungen<sup>34</sup>, das ist nicht mein Fuß, das ist nicht mein Arm, das waren immer nur kurze Momente, aber ich dachte, du bist fertig, kümmer dich um dich selber. Ich war irgendwann so satt und sauer. (Hautzinger-Gruppe, 31.01.2013)

Auch Schmerzen oder das Wegbleiben der Stimme können als Depressionssymptome gewertet werden:

Psychiaterin Müller: Wie geht es Ihnen?

Frau Kuhn: So lala. *Die Patientin flüstert leise in einem sehr heiseren Klang, als wäre ihr Hals sehr entzündet.*

---

<sup>33</sup> Tatsächlich hatte sie ihren ersten Klinikaufenthalt erst Jahre später, in der Klinik, in der wir uns trafen.

<sup>34</sup> Milena hatte sich versprochen, ihre Erklärung beschreibt das Phänomen der Depersonalisierungserfahrungen.

Psychiaterin Müller: Ich habe gehört, es hat Ihnen die Sprache verschlagen?

Frau Kuhn *bejahend*: Mhm.

Psychiaterin Müller: Das gehört bei Ihnen dazu, dass, wenn es Ihnen schlechter geht, Ihre Stimme wegbleibt.

[...]

Psychiaterin Müller: Man weiß heutzutage, es gibt Menschen [...] die kriegen eine Blindheit, oder eine Lähmung [...]. Es gibt Menschen, die reagieren in einer Stresssituation so, das wird aber wieder gehen. (Oberarztvisite, 18.03.2011)

Grundsätzlich ist anzumerken, dass das, was man in der Depression fühlt und erlebt, sich trotz aller scheinbaren Ähnlichkeiten von allen nicht depressiven Hintergrundgefühlen unterscheidet:

Pfleger Traunstein: Es gibt eine Vielzahl an Symptomen, [...] die Depression ist sehr unspezifisch [...]. Das ist es, was die Diagnosestellung so kompliziert macht [...]. Es [die Symptome, VS] sind oft auch Sachen, die man im Alltag kennt [...], in milder Form kennt das jeder von uns.

Frau Hauser: Es ist oft schwer für uns, das [Erleben der Depression, VS] rüberzubringen [...]. Du weißt oft nicht, wie du dich ausdrücken sollst.

Herr Gröbel: Das stimmt.

(Psychoedukationsgruppe<sup>35</sup>, 07.03.2011)

Für Frau Sommer besteht ihre Depression nicht vorrangig aus Themen wie Emotionslosigkeit<sup>36</sup>, Selbsttötungsgedanken oder fehlender Energie, die für die meisten Betroffenen zentral sind. Stattdessen machen für sie „ärgerliche Gefühle“ ihre Depressionserfahrung aus. Sie habe, so sagt sie, diese Gefühle immer für sich behalten, weiterhin funktioniert und sehr viel gearbeitet, bis es eines Tages plötzlich zum Zusammenbruch gekommen sei.

Mehrere Betroffene berichten von einer häufig quälenden und lähmenden Unfähigkeit, Dinge zu tun, die zuvor alltäglich gewesen sind. Selbst Routinetätigkeiten werden zu einer unmöglichen Anstrengung, bis die Person sich ihnen nicht mehr gewachsen sieht:

Da hab ich meine Diplomarbeit geschrieben und hatte irgendwie plötzlich eben dieses Gefühl, ich funktioniere gar nicht mehr, ich renne nur noch herum und ich kann nichts mehr schreiben, und es war eben mehr als das, was man halt öfters mal so hat als Student *lacht*, sondern dass ich

---

<sup>35</sup> In dieser Gruppe werden die Patienten mittels Psychoedukation über die Depression informiert.

<sup>36</sup> Das „Gefühl der Gefühllosigkeit“ (Hegerl et al. 2006[2005]: 18) und die Emotionslosigkeit können als existenzielle Gefühle (Ratcliffe 2008) betrachtet werden.

wirklich auch das Gefühl hatte, ich kann auch nicht mehr einkaufen und ich kann nicht mehr kochen und ich tue mir total schwer in solchen Alltagsdingen. (Frau Filling, 1.)

Das Unvermögen in der Depression, Alltägliches zu erledigen, beschreibt auch Herr Neuner:

Na gut, also das Vergraben [...] ist der Impuls, wenn die Depression richtig manifest wird. Das heißt, morgens wacht man auf, ein nächster furchtbarer Tag, Decke über den Kopf und so. Was passiert dann? Das hängt davon ab, ob man alleine lebt oder ob man in einer Beziehung lebt. Wenn man alleine lebt, kann man irgendwann sein Leben nicht mehr aufrechterhalten, man kommt letztlich seinen Verpflichtungen auch nicht mehr nach, da ist es dann natürlich interessant, hat man noch Arbeit oder nicht. Wenn man noch Arbeit hat, wird man relativ schnell Probleme mit der Arbeit kriegen [...]. (Herr Neuner, 5.)

Dies geht so weit, dass manche Betroffenen selbst einfachste Alltagstätigkeiten nicht mehr bewältigen können:

Psychiaterin Müller: Wie ist es mit dem Antrieb? Mit der Körperpflege und so was? [Das Haar von Herrn Hofer sieht ungewaschen aus, VS.]

Herr Hofer: Schwierig.

Psychiaterin Müller: Was ist schwierig?

Herr Hofer: Ich bin die Woche mehr im Bett gelegen. [...] Ich kriege die Kraft nicht auf, ich weiß nicht, warum.

(Oberarztvisite, 18.03.2011)

Von einigen Gesprächspartnern mit Depression erfahre ich, dass die Krankheit sie einsam macht, weil sie ihnen die Kraft nimmt, auf andere Menschen zuzugehen und soziale Kontakte zu pflegen. Gleichzeitig aber ist es sehr schwer für viele, einsam und isoliert zu sein, und viele wünschen sich nichts sehnlicher als menschlichen Kontakt (vgl. Karp 1996: 14).

Der Therapeut im folgenden Gruppentherapieprotokoll nennt die „Konzentrationsstörung“ ein typisches Phänomen der Depression, die anwesenden Betroffenen stimmen dem zu:

Pfleger Traunstein: Ja [...], auch Konzentrationsstörungen. [...] Die hat fast jeder in einer Depression. Das kennen Sie wahrscheinlich, Sie lesen ein Buch, haben eine Seite zu Ende gelesen und wissen danach nicht mehr, was drin stand. [...]

*Alle stimmen zu. Das ist wohl etwas, was wirklich alle Anwesenden kennen.*

Pfleger Traunstein: Da kann ich Ihnen den Tipp geben, grad wenn es um Literatur geht, muten Sie sich nicht zu viel zu.

[...]

Frau Hauser: Wie lange dauert das [die Konzentrationsstörung, VS] an?

Pfleger Traunstein: Wie lange meinen Sie? *Es wird keine Antwort gegeben.* Ich weiß es nicht, bis die Depression vorbei ist.

(Psychoedukationsgruppe, 09.03.2011)

Die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, kann beispielsweise im Arbeitsleben zu großen Problemen führen. Ebenso kann eine fundamentale Kraftlosigkeit, wie sie in der Depression oft empfunden wird, solche Probleme hervorrufen. Eine Patientin erläutert ihren Energieverlust so: „Ich stehe auf und bin wie ein Zementsack. Ich brauche ewig, die Treppe runterzukommen, da bin ich sonst runtergehüpft. Sport kann ich auch keinen machen, das bedeutet etwas, sonst macht mir Sport solchen Spaß“ (Patientin in Psychoedukationsgruppe, 09.03.2011).

Die Depression wird häufig als eine Gleichgültigkeit schaffende Krankheit konzeptualisiert. Der Psychiatriepfleger und Gruppentherapeut Herr Traunstein erklärt hier das Problem der Emotionslosigkeit, das viele Patienten sehr belastet:

Was es auch noch gibt, sind Beziehungsstörungen und einen Verlust oder Rückgang der Emotionen. [...] Das wird oft als sehr belastend empfunden. Was oft kommt, ist ein Elternteil, der depressiv ist und heimgeht am Wochenende, dann die Kinder in den Arm schließt und dabei nichts empfindet. Das wird als extrem belastend empfunden. [...] Das ist auch ein Ausdruck der Depression. (Pfleger Traunstein in Psychoedukationsgruppe, 09.03.2011)

In diesen Interviewauszügen zeigt sich, wie quälend die Emotionslosigkeit sein kann:

Stülpnagel: Was würden Sie sagen, was für Gefühle sind da, wenn es Ihnen dann so geht?

Herr Moser: [...] Ja also, fast gar keine mehr, nicht. Ich war ja, also, als ich hierhergekommen bin, habe ich immer gesagt, ich schwimme in so einer Ursuppe. Also ich habe überhaupt keine positiven oder negativen Gefühle. (Herr Moser, 1.)

[...] ich kann sagen, ich freue mich (...), das stimmt, vom Kopf her, aber ich habe kein Gefühl dazu. Das ist was ganz Furchtbares, weil es stimmt dann/ es ist so, als wenn man durchgeschnitten ist, so der Bauch ist weg, ist nur der Kopf da, im Bauch findet ja viel statt zu einer Emotion. Ich/ klar, ich freue mich, das stimmt, aber ich hab kein Gefühl dazu. Und das ist jetzt zum Beispiel überhaupt nicht mehr der Fall. Wenn ich sage, ich freue mich, au fein, dann habe ich/ dieses „au fein“ ist schon ein Gefühl. Da habe ich noch gesagt *in gleichgültigem Ton*: „Ja, ich freue mich.“ [...] Und es war kein Gefühl dabei. Ih *als Laut des Ekels*, ist das eklig! (Frau Redmüller, 2.)<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Frau Redmüller ist selbst keine Patientin im Feld. Sie ist die Ehefrau eines Patienten, hat aber auch selbst immer wieder Depressionen erlebt und war auch in Behandlung. In zwei Interviews sprachen wir darüber, wie sie die Depression bei ihrem Mann und bei sich selbst erfuhr. Erzählungen über ihre eigene Erkrankung stelle ich ausschließlich hier, wo es um das Erleben der Depression geht, dar.

Frau Redmüller ekelt sich in dieser Situation, weil sie kein Gefühl empfinden kann. Die starke Emotion Ekel der an Depressionen leidenden Frau zeigt deutlich, wie belastend diese Erfahrung sein kann. Die Psychiater Hegerl et al. (2006[2005]: 18) nennen die Emotionslosigkeit „Gefühl der Gefühllosigkeit“ und grenzen sie deutlich von anderen Zuständen wie der Trauer ab:

Bei schweren Depressionen geht diese depressionsbedingte Unfähigkeit, Freude oder überhaupt Gefühle zu empfinden, so weit, dass die Patienten sich wie versteinert, wie innerlich abgestorben empfinden. Der Fachausdruck hierfür ist *Gefühl der Gefühllosigkeit*. Dieser Zustand unterscheidet sich von Trauer, der gerade durch eine intensive Gefühlswahrnehmung [...] gekennzeichnet sein kann. Hier wird deutlich, dass sich schwere Depressionen auch in der Qualität der Symptome von dem unterscheiden, was umgangssprachlich als depressive oder gar melancholische Verstimmung bezeichnet wird. (ebd., Hervorhebung im Original)

In der Depression sind negative Gedanken sehr dominant. Sie resultieren für diese Betroffenen in einem „Tunnelblick“ und einem „Karussell im Kopf“:

Ich bin mit Depressionen gesegnet seit meinem 14. Lebensjahr. Das heißt, das wichtigste Merkmal ist so ein Tunnelblick. Dass man alles negativ sieht und durchdenkt [...] und ein Karussell sich im Kopf dreht. Durch die Meditation habe ich gelernt, das einfach so zu lassen. O. k., da sind wieder die Gedanken und hab mich aber auf meine Empfindung konzentriert, [...] und kam dann raus aus diesem Rattenrennen im Kopf. Das wiederum hat die Depressionen erheblich vermindert. (Frau Redmüller, 2.)

Depressionen gehen mit bestimmten Arten von Angst einher. Die Ängste sind oft nicht ausformulierbar. Jana: „Also die Angst hat explizit keinen Gedanken, sondern die ist da als Gefühl und auch ein bisschen körperlich, sodass ich schwitzige Hände kriege oder einen schnelleren Herzschlag, das merke ich schon. Aber mit der Angst ist kein konkreter Gedanke verbunden“ (Jana, 1.). Sie beschreibt die Angst so, dass sie sich als existenzielles Gefühl (Ratcliffe 2008) interpretieren lässt:

Es ist mehr so ein/ es hat damit zu tun, dass sämtlicher Antrieb weg ist, und es ist dann mehr so ein Gefühl der Unsicherheit, was sich auf alles bezieht. Überhaupt nichts Konkretes, aber es ist dann schon so, wenn ich zu Hause bin und morgens Brötchen holen soll, dann ist da einerseits das Gefühl, ne, ich will nicht, es geht nicht, ich kann nicht, und auch so ein diffuses Gefühl, ich hab irgendwie auch Angst davor, ohne dass ich sagen würde, es gibt irgendeinen Teil des Weges, vor dem ich konkret Angst hab. Ich habe keine Angst, vor die Tür zu gehen, konkret, hab keine Angst, zu sagen, ich will drei Brötchen haben, aber es ist trotzdem die ganze Zeit da, *Geräusch wie "Öh"* ich hab Angst. Also sehr, sehr unbestimmt. Einfach so eine ständige Begleitung von allen Gedanken. (Jana, 1.)

Ihre Gedanken in der Depression würden, so sagt Jana an anderer Stelle, um solche Themen wie Sterben, Endlichkeit, Altwerden, Tod kreisen. Sie werde immer verzweifelter und denke immer mehr über diese Themen nach.

Viele Betroffene erzählen, sie hätten in der Depression Probleme, sich zu orientieren. In der Depression macht sich bei Milena ein alle Sinne ergreifendes Hintergrundgefühl, die Orientierung zu verlieren, breit:

Ich bin hier reingegangen, weil ich gemerkt habe, oh Milena, das wird dir jetzt zu viel, du bist mal wieder an einem Punkt, wo du aus deinem Körper, also ich habe meinen Körper manchmal nicht mehr gefühlt, das hat sich getrennt, vor lauter Überarbeitung und Überlastung. Ich hatte Schwierigkeiten, mich zu orientieren, in Straßen und Gebieten, die ich eigentlich kenne, Wortfindungsschwierigkeiten, der Tinnitus sowieso, vor den Augen verschwamm manchmal alles, ich konnte mir nichts mehr merken, mir war alles egal. Kuck ich das, kuck ich das, esse ich das, esse ich das? Mir war alles egal. (Milena, 1.)

Eine Angehörige berichtet, dass die Depression ihres Mannes sich für sie vor allem in einer Einschränkung der gemeinsamen Möglichkeiten bemerkbar mache:

Die Aktivitäten wurden immer eingeschränkter. Rad fahren immer weniger und immer kürzer, was vor Jahren ja schon mal der Fall war, aber es bahnte sich dann eben wieder so an. Die gemeinsamen Möglichkeiten wurden immer weniger. Die... (...) Möglichkeiten der Hilfestellung auch immer weniger, oder abzulenken, das ging dann auch alles gar nicht mehr. Sodass dann das Bedürfnis immer größer wurde, da von außen sich Hilfe zu holen. (Frau Redmüller, 1.)

Sehr häufig ziehen Menschen sich in depressiven Phasen von Angehörigen zurück. Damit umzugehen ist für die Angehörigen mitunter schwer. Frau Redmüller:

Frau Redmüller: Er war mehr mit seinem Innen beschäftigt als mit dem Außen. Organisatorisches liegt ihm generell nicht so besonders, aber in dem Falle war es einfach zu viel. Es war zu viel/ er hatte so mit sich zu tun, da konnte er nicht noch so Kleinigkeiten überblicken und einordnen und planen, das ging nicht. Es rutschte alles durcheinander.

[...]

Frau Redmüller: Ja, weil er ganz unruhig war, er kriegte mich auch gar nicht mehr mit. Also ich war daneben, aber ich war wirklich daneben, nicht mit. (Frau Redmüller, 1.)

In der großen Verzweiflung, die die Depression oft mit sich bringt, denken viele auch an Selbsttötung, ebenso Frau Can:

Da ging es mir sehr schlecht, so am Anfang dieser OP, ich war zu Hause, krank, ich habe... wie sagt man? Ich wollte nicht mehr leben. Es war so schlimm. Ich habe auch mehrmals versucht, irgendwas zu machen, Selbstmord und so. Habe ich nicht gemacht, aber deswegen, mein Kopf, kann auch immer noch sein, wenn die Beine mich nerven, dann habe ich auch irgendwie denke ich keine Wahl/ andere Wahl. (Frau Can, 1.)

Jana hat keine Suizidgedanken in der Form wie andere Menschen in der Depression, bei ihr ist dieses Thema sehr paradox:

Ich würde sagen, über die Zeit ist es immer schlimmer geworden, die depressiven Phasen. [...] Ich glaube nicht, dass ich mich jemals umbringen würde, weil es ja eigentlich diese paradoxe Situation ist, es geht mir so schlecht, weil ich nicht sterben will *klings lächelnd* irgendwann. Und es geht mir aber emotional so schlecht in dieser Zeit und die Verzweiflung ist so groß, also es

fällt mir auch total schwer, dafür Worte zu finden, weil es einfach so ein Zustand ist, wo ich das Gefühl hab, mir geht es so schlecht, dass ich es eigentlich nicht ertragen kann, hier zu sein. Ich kann es nicht ertragen, auf dem Sofa zu sitzen, ich kann es nicht ertragen, irgendwo zu sein. Es fühlt sich halt so an, als gebe es/ als würde es nie mehr besser und als gebe es auch keinen Ort, an dem man einfach nur das Dasein ertragen könnte, noch nicht mal positive Emotion, sondern einfach nur neutral zu sein. Und in dem Moment, in dieser totalen Verzweiflung, ist halt einfach so der Gedanke da, wenn man überhaupt keinen Ort mehr hat, wo man es aushalten kann, was bleibt denn dann noch. In der Form taucht der Gedanke auf, aber gleichzeitig taucht der Gedanke auf, ne, das ist total absurd, ich will ja nicht sterben, ich will ja leben. Also in passiver Form ist der Gedanke da, aber ich würde auch nach wie vor sagen, dass ich das nie machen würde. (Jana, 1.)

Von körperlichen Beschwerden berichten alle Betroffenen. Eine Frau mit türkischem Migrationshintergrund<sup>38</sup> konzeptualisiert das existenzielle Depressionsgefühl anders als alle weiteren meiner Gesprächspartner: „Ja. Es ist sehr schlimm, ich kann das gar nicht so/ es bohrt in mein Gehirn, in mein Herz, bis unten. *Seufzt* Das ist so schlimm“ (Frau Can, 1.).

Bei manchen Betroffenen treten gleichzeitig mit Depressionen vermehrt Alpträume auf. In der Expertenliteratur werden solche Alpträume kaum angesprochen, die Betroffenen leiden jedoch sehr darunter:

Frau Can: Wenn ich schlafe, ist mein Kopf manchmal so schwer, als wenn jemand auf meinem Kopf sitzt. Das macht es so schwer, ich schreie, schreie nach Hilfe, aber mein Mann hört mich nicht. Dann stehe ich auf, irgendwie, ich will aufstehen, aber ich kann nicht aufstehen. [...] Mein Mann sagt: „Du hast gar nicht gerufen! Das sind Alpträume.“

Stülpnagel: Haben Sie die Alpträume seit Ihrer OP?

Frau Can: Ja.

Stülpnagel: Hatten Sie davor solche Probleme?

Frau Can: Davor nicht. Jetzt habe ich alle paar Tage Alpträume. Das macht mich verrückt.

(Frau Can, 1.)

Als eine Patientin in der Visite nach ihrem Befinden gefragt wird, beschreibt sie ihre sie beherrschende Stimmung so: „Ich bin, wie als wär ich nicht da, als wär ich von einem anderen Stern. *Sie fängt an zu weinen, kann sich kaum halten, man sieht, dass es ihr wirklich miserabel geht und es gerade aus ihr herausbricht.*“ (Visite, 07.03.2011).

---

<sup>38</sup> Frau Can wanderte mit ihrem Mann nach Deutschland ein. Beide arbeiteten und bekamen Kinder. Dann erkrankte die Frau schwer und musste, nachdem nach einer langen Phase der Unsicherheit eine Diagnose vorlag, notoperiert werden. Danach begann ihre erste Depression.

Frau Meyer formuliert ihre Depressionserfahrung ähnlich: „Ich hatte das Gefühl, wie in einem Film zu leben, ich war gar nicht richtig da.“

Als absolut surreal und gleichzeitig furchtbar real erfährt der Sachbuchautor Solomon seine Depression: „Antonin Artaud betitelte eine seiner Zeichnungen: ‚Nie wirklich, jedoch immer wahr‘, und genau so fühlt sich die Depression an. Du weißt, dass sie irreal ist und du ein anderer bist, aber auch, dass sie absolut wahr ist. Das kann sehr verwirrend sein“ (Solomon 2006: 79).

Jana erlebt dies ähnlich, ihre Welt fühle sich in der Depression vollkommen abgetrennt an:

Wenn's mir schlecht geht in diesen Phasen, kann ich überhaupt nicht mehr verstehen, wie ich denke, wenn es mir gut geht. Ähm... Oder auch, wie ich lebe, wie ich Entscheidungen treffe, wenn es mir gut geht; und es ist eigentlich alles, was ich wahrnehme, so ein bisschen wie eingefärbt. Ich habe ganz andere Assoziationen als im gesunden Zustand. Ich deute alles komplett anders als in den Phasen, in denen es mir gut geht. Und ich kann mir auch überhaupt nicht mehr vorstellen, wie ich oder irgendjemand anderes anders denken kann, als ich in den depressiven Phasen tue. Also es ist völlig unzugänglich. Das ist auch so ein Gefühl, dass ich halt in derselben Umgebung bin, zum Beispiel in meiner Wohnung, also in der Umgebung, in der sich eigentlich mein altes, normales Leben abgespielt hat, aber dass ich überhaupt nicht ankomme, also dass ich wie hinter einer Wand, also sehr abgetrennt bin. Ich bin zwar in dem Raum, aber ich komme nicht ran und ich kann nichts machen und ich bin sehr, ja, irgendwie wie versetzt, im selben Raum, aber eben doch nicht im selben Raum, sozusagen. (Jana, 1.)

Diese völlig andere Deutung der Welt, das Eingefärbtsein aller Erfahrung und die absolute Unzugänglichkeit zum nicht depressiven Erfahren sind existenzielle Gefühle (Ratcliffe 2008). Es nimmt Jana in diesen Phasen völlig ein. Von dieser anderen Realität und der Verzweiflung darüber, in die nicht depressive Realität nicht zurückkehren zu können, erzählen viele Betroffene.

Jana kontrastiert für sie normales Erleben mit dem, was für sie die Depression ausmacht: „Das Depressive ist dann wirklich eher eine große Verzweiflung, so ein Gefühl von Lähmung, bisschen Angst, das Gefühl, Antrieb zu verlieren, ganz stark, und das Traurig- und Enttäuschtsein war eher eine angenehme, normale Emotion in Anführungsstrichen“ (Jana, 1.). Zur Verzweiflung kommt für sie in der Depression der Wunsch „Ich würde gerne wollen“ (vgl. Woggon 2000[1998]):

Stülpnagel: Hast du dann das Gefühl, das gerne wollen zu können [...]?

Jana: Ja, ich habe, das ist, wie du es gerade formuliert hast, das ist auch eine Formulierung, die ich benutzt hab, um das zu beschreiben, ich würde gerne wollen. Also *sie lächelt*, ich will wollen.

Es ist schon so, dass ich die ganze Zeit mein altes Leben zurück will, aber es erscheint so unmöglich, dass dieser Wille immer schon so ein bisschen, ja, die Hoffnungslosigkeit steckt da schon ein bisschen drin. [...] Die Sachen, die ich normalerweise gern mache, die kann ich dann nicht mehr wollen, obwohl ich weiß, normalerweise tun sie mir gut. Wie Sport und Klettern, aber in dem Moment, wo es mir so schlecht geht, da ist das nicht mehr zugänglich, also die positiven Emotionen, die das normalerweise in mir auslöst, [...] das ist vollkommen weg. [...] so richtig auch physisch, es ging nicht, ich konnte nicht klettern, weil ich mich so schwach gefühlt hab und gedacht hab, das ist doch sowieso sinnlos, da jetzt eine Wand hochzuklettern. Und gleichzeitig wusste ich aber, dass ich es früher mal wollte. Das wär dieses „Ich würde gern wollen, aber ich kann grad nicht“. (Jana, 1.)

Für Jana ist es problematisch, im depressiven Zustand allein zu sein. Es helfe ihr, von jemand anderem aus ihrem „Alleindenken“, wie sie es nennt, herausgeholt zu werden:

Das Aufnahmegespräch [...] war dann schon ein Moment der Erleichterung. Das hat meine Stimmung nicht besser gemacht, aber während dem Gespräch war ich schon raus aus dem Alleindenken. Und total Ausgeliefertsein.

[...]

In der ganzen ersten Woche, in der es mir sehr schlecht ging, hatte ich immer das Gefühl, bloß nicht allein sein, weil wenn ich allein bin, verstärke ich immer nur meine eigenen Gedanken und meine eigenen Emotionen und gerate immer tiefer rein, weil ich auch so wenig in der Lage war, irgendwas zu tun, zu lesen oder irgendeine Ablenkung zu suchen, und ich war halt überhaupt nicht in der Lage, dieser Verzweiflung und den Gedanken irgendwas Positives entgegenzusetzen, sondern die haben sich immer nur verstärkt und verstärkt und verstärkt. Und wenn ich mit jemandem drüber geredet hab, über die Depression, dann habe ich mich drauf konzentriert, zu formulieren, also das ist ja schon mal, selbst wenn ich was über die Depression formuliere, denke ich schon drüber nach, wie sage ich das denn jetzt, und das ist zumindest ein anderer Gedanke, der so neben die Depressionsgedanken tritt. Und das lenkt einfach ab, in einer sozialen Situation zu sein, wo man nicht so komplett in sich geschlossen seine Schleifen denkt, sondern ver/, also ich versuche dann zumindest immer auch, mich sozial angemessen zu verhalten sozusagen. Und das ist irgendwas anderes, was daneben tritt, so klein die Erleichterung dann auch ist. (Jana, 1.)

Vor dem Hintergrundgefühl der Depression nehmen Betroffene alles Negative sehr stark wahr. Experten sagen, sie würden alles unrealistisch verzerren. Für die Betroffenen ist das Negative aber absolute Realität und nicht durch ihre Krankheit verfärbt:

Ja also ich, ich hab halt/ [...] Ich seh in der Welt total viel Bestätigung für meine negativen Gedanken. Ich sehe dann alte Leute, die sehen ganz unglücklich aus, ich sehe überall negative Ereignisse, die eintreten können oder die eintreten. Ich denke dran, dass ich weiß, dass meine Eltern irgendwann sterben, und dass ich weiß, dass das ganz furchtbar sein wird. Und nehme das sozusagen vorweg als Gefühl und denke mir dann, wie kann ich denn glücklich sein, wenn ich weiß, dass das passiert. *Klingt leicht lächelnd* Ich hab dann eigentlich das Gefühl, dass meine Reaktion von totaler Verzweiflung nicht krankhaft ist, sondern [...] auf externe Umstände und Ereignisse und Dinge, die ich weiß, reagiert. Ich bin halt nicht mehr in der Lage – und da sehe ich inzwischen auch ein, dass das die Krankheit ist –, ich bin halt überhaupt nicht mehr in der Lage, was Positives wahrzunehmen. Oder die Welt so wahrzunehmen, wie ich sie in gesunden Phasen wahrnehme. Und es tritt dann das Paradoxe ein, dass ich nicht sterben will, weil ich mein Leben behalten will, dass ich aber in den Phasen der Depression eigentlich genau in diesen Zustand

gerate, nicht mehr leben zu können. [...] *Sie erzählt, dass Dinge, die sonst Freude machen, dann keine Freude mehr machen.* Ok, wahrscheinlich ist es schon eine Depression. Eigentlich rational sehe ich es ein. Aber es ist immer noch so ein bisschen so / die Emotion ist halt so überwältigend, dass ich denke, nein, das muss doch im Grund / die Emotion scheint so real, dass sie so eine Überzeugungskraft hat sozusagen. Dass es schwer ist, dann zu sagen, das ist **nur** in Anführungsstrichen eine Krankheit und eine falsche Einschätzung der Welt, eine emotional falsche Reaktion auf die Welt. (Jana, 1.)

Depressionstypische Erfahrungen wie ein beengtes, negatives Denken werden auch in dieser Gruppentherapie-Sitzung ausführlich besprochen:

Herr Redmüller: In der Depression begibt man sich in eine Reuse hinein, die ein breit angelegtes Denken nicht mehr zulässt. Man kann das auch als einen Tunnel bezeichnen. Es wird zunehmend enger. In dieser Enge dreht man sich um sich selbst herum und hat das Geschick, sich aus allen Variationen möglicher Ereignisse die negativen herauszusuchen. Es kommt dann zu deprimierenden, defizitären Gedanken, die keine Öffnung mehr nach irgendwohin bieten.

Frau Sommer: Es sind überwiegend negative Gedanken, kein Rauskommen mehr zu haben, bis hin zum Suizid, alles ist nur noch schwarz und schlecht.

Psychologe Jakob: Was Sie beschreiben ist, wenn ich richtig verstehe, auch ein Mangel an Perspektivwechseln, man kann nicht mehr raussehen.

Frau Sommer: Absolut. Das war ja nun meine erste [Depression].

Psychologe Jakob: Wie realistisch ist das [so negativ zu denken]?

Herr Redmüller: Es kommt auf die Situation an. Aber es ist eine ganz enge Sicht auf die Dinge, auf das, was man nicht kann.

Psychologin Anja: Geht es anderen ähnlich?

Frau Breuer: Ich stimme dem zu.

Frau Mick *Sie spricht sehr leise und zögerlich. Es ist das erste Mal, dass ich sie sprechen höre, bisher hielt sie sich in den Gruppen zurück:* Ich auch. Die Gefühle, die ich habe, die formuliere ich dann auch gedanklich, dann denke ich mir zum Beispiel, jetzt habe ich wieder keine Lust, was zu machen, jetzt liege ich wieder da, obwohl ich aufstehen wollte.

Herr Redmüller: Wie mit Scheuklappen ist es, mit der Depression durchs Leben zu gehen. Wir gestalten es ein Stück weit selber, deshalb können wir auch selber wieder hinaus.

Psychologe Jakob: Es geht auch darum, dass Sie lernen, diesen [negativen und depressiven, VS] Gedanken zu misstrauen.

Herr Kölln: Ich würde es eher nicht als Reuse sehen, denn die führt ja nur in den Käfig hinein, eher als eine Straße, auf der man geht. Man sieht nur sie, es gibt aber auch andere Wege.

(Hautzinger-Gruppe, 26.03.2013)

Das Gefühl, wertlos und anderen nur eine Last zu sein, wird als sehr häufige und quälende Erfahrung in der Depression berichtet:

Pfleger Traunstein: Was kennen Sie für Symptome?

Frau Hauser: Wertlosigkeit.

Pfleger Traunstein: (...) Ich bin nicht mehr zu gebrauchen [zum Beispiel, VS]. (...)

Frau Hauser: Jedem fällst du zur Last.

(Psychoedukationsgruppe, 07.03.2011)

Das Zeitempfinden verändert sich in der Depression, wie die Psychiaterin Woggon schreibt: „Depressive leben oder befinden sich in einer Nicht-Zeit. Die Vergangenheit wird oft negativ verzerrt, die Gegenwart ist qualvoll bis unerträglich, die Zukunft trostlos, beängstigend oder gar nicht vorhanden“ (Woggon 2000 [1998]: 13). Damit verbunden rückt die Gegenwart für viele betroffene Menschen in den Vordergrund. Ihr Leben wird erschüttert, Vergangenheit und Gegenwart erscheinen in einem neuen Licht, wie es der Philosoph Svenaeus (2011: 339) meines Erachtens treffend formuliert: „If one compares accounts by people suffering from illnesses – for example, in biographies, fiction, or medical case studies – one thing stands out: an accentuated focus on the present, amidst a shrinking away of the past and the future“ (ebd.).

Eine Depression zu haben bedeutet entgegen der landläufigen Meinung nicht, ununterbrochen in traurigen Gefühlen gefangen zu sein. Auch die Emotionslosigkeit hält nicht ununterbrochen an. Für Menschen, die bisher keinen näheren Kontakt zu Personen mit schweren Formen von Depressionen gehabt haben, mag es verwunderlich sein, dass man auf Depressionsspezialstationen durchaus auch scherzende, gut gelaunte Patienten antrifft. Auch mich hat das zunächst verwirrt. Zum Erleben von Depressionen gehört es aber auch, dass das Befinden sich – bei manchen sehr schnell, bei anderen in einem langsamen, wochenlangen Prozess – ändert, vom depressiven Zustand zum „normalen“ Erleben und wieder zurück. Mit „normal“ meine ich jeweils das, was eine Person als ihr normales Emotionserleben definiert. Darüber ist keine allgemeingültige Aussage möglich. Besonders wenn eine Person unter chronischen Depressionen leidet, hat sie immer die nächste mögliche depressive Phase vor Augen. So identifiziert sie sich auch in „guten Zeiten“ mit der Depression.

Um zusammenfassend das existenzielle Gefühl der Depression aufzuzeigen, möchte ich diesen Abschnitt nun mit einem Originaltext<sup>39</sup> einer meiner Hauptgesprächspartnerinnen<sup>40</sup> abschließen. Es handelt sich um eine E-Mail, die sie ihrem Vorgesetzten geschickt hat. Sie erklärt ihm darin, dass sie an einem Arbeitstreffen nicht teilnehmen können, weil sie unter Depressionen leidet und zu dem Zeitpunkt in eine neue Episode geraten ist. Sie formuliert dieses „Coming-out“ sehr eindrücklich und versucht zu erklären, wie sie sich in der Depression fühlt. Außerdem schildert sie ihre zahlreichen Versuche, dagegen anzukommen:

Ich würde sehr viel darum geben, eine greifbarere, „intelligiblere“ Krankheit zu haben [...]. Es fällt mir sehr schwer, „mich zu erklären“, vor allem, da ich im Moment noch nicht genau sagen kann, wie es weitergeht. Ich habe schon seit mehr als zehn Jahren immer wieder mit depressiven Phasen zu tun (rezidivierende Depression sagt die Fachterminologie), seit dem [Arbeitstreffen] stecke ich in einer Phase, die ich in dieser Länge und „Schwere“ noch nicht erlebt habe und die eigentlich über meine (und [meines Partners]) Kraft geht. Ich habe eine Odyssee durch Berliner psychotherapeutische und psychiatrische Institutionen hinter mir, ich habe das Für und Wider verschiedener Medikamente theoretisch durchdacht und körperlich durchlebt, ich habe diverse Strategien im Umgang mit der Krankheit ausprobiert, ich habe mich auf den Stand der wissenschaftlichen Forschung gebracht, ich bin in vielerlei Hinsicht ein Experte für Depressionen geworden. Und wenn es mir gut geht, ist das durchaus eine Art „Reichtum“, ein produktives Wissen – mein [...] Verstand ist ja auch in diesen Phasen nicht ausgeschaltet, sondern bildet einen schwer zu integrierenden Gegenpol zum emotionalen Erleben, die Hälfte eines Spagats. Aber all das hat bisher leider noch nicht zu einer „Lösung“ oder „Heilung“ geführt. Ich habe immer versucht, die Depression fernzuhalten und zu verstecken – weil ich dachte, ich habe alles unter Kontrolle, weil sie sich wie ein Stigma anfühlt, weil sie mich disqualifiziert für das, was ich gerne machen möchte, weil sie möglicherweise falsche Assoziationen wachruft. Sie ist eben nicht ohne weiteres nachvollziehbar, es ist nicht sichtbar, woran ich leide, und ich kann es nicht ohne weiteres in Worte fassen. Mein ganzes Welterleben ist von einem Moment auf den anderen verändert. Ich verliere eine ganze Reihe von Emotionen – alles, was ich wahrnehme, ist mit einem „negative bias“ eingefärbt, positive Emotionen sind nur noch in Ausnahmesituationen zugänglich. Ich verliere jede Handlungsleichtigkeit, alles kostet unglaublich große Anstrengungen und nichts macht mehr Spaß, das einzig Erreichbare ist ein Nachlassen der Depression. Ich verliere die Fähigkeit, Sinn zu erleben, Sinn „zu machen“. Ich habe einen Drang, mich aus allem zurückzuziehen, mein Denken wird langsamer, mein Sprechen wird ungelenker, meine Konzentration verschwindet, mein Körper spielt verrückt. Ich fühle mich nicht mehr wie „ich“. Ich bin in meinem Leben, sehe genau, was passiert, und „komme nicht ran“. Ich bin nicht in der Lage, das zu tun, was ich „eigentlich“ will, was mir wichtig ist, was mich glücklich macht, es ist ganz nah, aber außer Reichweite. Das ist furchtbar, nicht zuletzt, weil ich immer wieder sagen muss, allen um mich herum: Ich will das nicht, ich habe mir das nicht ausgesucht, ich kämpfe, ich versuche alles, was mir möglich ist. Ich bin nicht einfach faul oder uninteressiert oder langweilig oder dumm. „Ich bin eigentlich ganz anders“ – aber darin steckt so viel Widerspruch, so viel Unerklärbares, dass es viel leichter ist, zu verschwinden und zu hoffen, dass alles einfach bald

---

<sup>39</sup> Der Text wurde gekürzt und anonymisiert, beispielsweise wird der Beruf der Verfasserin nicht genannt.

<sup>40</sup> Um ihre Anonymität bestmöglich zu wahren, nenne ich hier weder das Pseudonym der Verfasserin der E-Mail noch das Datum des Mailversands.

besser ist und niemand etwas merkt. Gleichzeitig ist in diesen Phasen ja auch mein „normales“ Denken keineswegs ausgeschaltet. Ich arbeite, ich wirke in vielen Situationen sehr normal, und von außen ist vieles wie immer, und ich sehe ja, wie sehr ich mich entferne von den üblichen (Er-)Lebens- und Verhaltensweisen. Ich bin immer noch sehr da, sehr denkfähig, sehr ansprechbar, keineswegs „verrückt“, aber gleichzeitig trotzdem in einem ganz anderen „Modus“.

### **3.3 Aufbruch in die Klinik**

In stationäre psychiatrische Behandlung zu gehen, ist ein drastischer Schritt, der eine Verabschiedung aus dem alltäglichen Leben bedeutet, meist für mehrere Monate. Die Menschen, die diesen Schritt wählen, sind zuvor stark von der Depression beeinträchtigt. Durch den temporären Umzug in die Klinik räumen sie der Krankheit die Bedeutung ein, die sie in ihrem Leben vorher ohnehin schon eingenommen hat. Weil die unmittelbare Vorgeschichte auch Auswirkungen darauf hat, wie die Zeit auf der Station erlebt wird, zeige ich nun exemplarisch einige Aufbruchsgeschichten meiner Hauptgesprächspartner auf.

Herr Neuner leidet, als wir miteinander sprechen, bereits seit sieben Jahren unter Depressionen. Er erzählt vom Anfang seiner zu dem Zeitpunkt gerade andauernden Depressionsepisode und wie er danach in die Klinik gekommen sei, in der wir miteinander gesprochen haben:

[...] habe dann eine tiefenpsychologische, analytisch ausgerichtete Therapie angeschlossen, über drei Jahre, die dann auch abgeschlossen ist. War dann lange beschwerdefrei und auch so wenig depressiv oder nicht depressiv, das war immer der Standardspruch von meinem Psychiater: „Herr [Neuner], Sie sind nicht depressiv.“ Konsequenterweise wurden dann irgendwann die Antidepressiva abgesetzt. Sozusagen jetzt die aktuelle depressive Episode hat im letzten Sommer begonnen. Hat sich so langsam aufgebaut, meine Frau sagt, so seit September, Oktober hätte sie mich als doch zumindest mittelgradig depressiv eingeschätzt. Ich selber hab erst um die Weihnachtszeit herum gemerkt, dass ich wirklich in 'ner Depression bin, für mich ist das wirklich mehr so schwarz-weiß und nicht graduell, und hab da auch professionelle Hilfe gesucht, wobei da das Problem war, dass mein Psychiater sich justament zum Jahreswechsel aus der Niederlassung zurückgezogen hat und ich dann ohne Psychiater dastand. Habe dann meinen Psychotherapeuten wieder aufgesucht, der so versucht hat, so ein bisschen gegenzusteuern, aber das waren sehr wenige Termine. Dann habe ich parallel einen neuen Psychiater gesucht, habe parallel für mich die Emotions Anonymous entdeckt, also eine Selbsthilfegruppe, bin dorthin gegangen, was mich sehr stabilisiert hat, ja. Und letztendlich haben aber die Stressoren so ein starkes Übergewicht erhalten, dass ich dann Anfang Mai zusammengeklappt bin mit einer schweren Depression, erst vom Hausarzt krankgeschrieben worden bin und dann nach einer knappen Woche hier aufgenommen worden bin. Seit 2. Mai bin ich krankgeschrieben, seit 7. Mai bin ich hier in der Klinik. (Herr Neuner, 1.)

Für Herrn Neuner, wie für viele andere Betroffene auch, ist die Bedeutung der nächsten Angehörigen in dieser Zeit nicht zu unterschätzen. Seine Frau habe gesagt, er solle in die Klinik aufbrechen, und habe dies auch für ihn organisiert.

In den Erzählungen vom Aufbruch in die Klinik spielen Verwandte und Freunde immer wieder eine wichtige Rolle. Milena etwa erzählt, sie habe einige Tage bei einer Freundin gewohnt, als sie aufgrund ihrer Depression nicht mehr allein zurechtgekommen sei, und habe sich dann mit ihrer Hilfe in die Psychiatrie einweisen lassen.

Auch Jana habe die Erfahrung gemacht, dass ihr Freund ihre Therapie und ihren aktuellen Klinikaufenthalt für sie habe organisieren müssen, weil sie sich in der Depression dazu nicht imstande gefühlt habe. Sie berichtet, ihr Freund sei ihr eine große Hilfe; wenn er nicht alles organisiert hätte, hätte sie nicht gewusst, was sie getan hätte (Jana, 15.07.2013).

Angehörige sind für viele Betroffene auch eine Art Kontrollinstanz, die ihr Verhalten von außen betrachten, ihnen Feedback geben und damit ermöglichen, die Depression im Zaum zu halten. Milena erzählt über ihren Freund: „Er passt gut auf mich auf und schaut, dass ich nicht zu viel mache, er macht selbst auch sehr viel, wir kontrollieren uns gegenseitig *lacht*. Das ist sehr gut“ (Milena, 14.06.2013).

Frau Can, die vor ihrer depressiven Erkrankung eine lebensbedrohliche körperliche Krankheit hatte, ist von ihrem Arzt in die psychiatrische Klinik überwiesen worden. Aus ihren Erzählungen geht hervor, dass sie in der Zeit vor dem stationären Aufenthalt sehr niedergeschlagen gewesen sei und „unruhige Beine“ gehabt habe. Ihre Beine hätten extrem geschmerzt, worunter sie sehr gelitten habe, so sehr, dass sie an Suizid gedacht habe.

Auch Herr Weihe ist von einer Expertin, seiner Psychotherapeutin, in die Klinik gebracht worden. Dies ist direkt nach einem Suizidimpuls geschehen:

Retrospektiv kann ich sagen, dass ich seit spätestens November eine Depression erlebe, die... immer wieder schwankte und die im Prinzip darin gipfelte, und das war dann auch der Anlass, dass ich hierhergekommen bin, dass ich das erste Mal in meinem Leben... einen Suizidimpuls hatte. Also ich hatte auch vorher keine Gedanken oder Fantasien, aber ich habe mich plötzlich mit dem Drang konfrontiert gesehen, mich vor die U-Bahn zu stürzen, und das hat mich sehr

erschreckt. Ich konnte mich [...] (...) festhalten an einem... *lacht* Hydranten, das hat mir ein taktiler Feedback gegeben und hat mich vielleicht davor bewahrt, es tatsächlich zu tun, weil der Drang war sehr, sehr stark. Daraufhin hat mich meine Psychotherapeutin, zu der ich gerade auf dem/ ich war gerade auf dem Weg zu ihr, hat mich direkt hierher gebracht. (Wolfgang, 1.)

Frau Filling berichtet von ihrer Vergangenheit mit der Depression und wie sie sich entschieden hat, in der aktuellen, nun schon neunten Episode stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ihre Erzählung unterscheidet sich dadurch von anderen, dass sie sehr überlegt gehandelt hat:

Stülpnagel: Ich würde gerne, wenn Sie das so erzählen können oder möchten, gerne von Ihnen wissen, weswegen Sie jetzt hier sind, jetzt grade, in der Klinik.

Frau Filling: Also, ich bin hier zur Behandlung einer akuten Depression, aber auch, weil ich mir verspreche, dass ich zukünftige Depressionen vielleicht mit dem, was ich hier an die Hand kriege oder auch mit der medikamentösen Einstellung, die ich hier erfahre, besser vermeiden kann, als das in der Vergangenheit war. Weil ich hab jetzt glaub ich so, man kann es ja nicht so ganz genau zählen, aber nach meiner Zählung ist es glaub ich die neunten depressive Episode, die ich hab. Ich weiß zwar inzwischen, dass ich da irgendwie wieder rauskomme, immer, das war ja bisher immer so, mal schneller, mal langsamer, aber es ist erstens mal total schmerzhaft und total schwierig dann alleine und man quält sich sehr, und dann eben hatte ich auch das Gefühl, ich muss jetzt mal was anderes machen, damit es nicht so oft wiederkommt. Das ist auch mit der Hauptgrund, warum ich mich jetzt für einen stationären Aufenthalt entschieden hab. Ich war sehr unentschlossen und hatte dann hier auf eigene Initiative ein Gespräch mit dem stellvertretenden Klinikdirektor, weil ich einfach so ein bisschen, ich hab zwar einen behandelnden Arzt und behandelnden Psychotherapeuten, aber die hab ich jetzt halt auch schon relativ lange und es lief halt so ein bisschen im Kreis, man wird dann krankgeschrieben und dann heißt es wieder, na gut, kommen Sie in zehn Tagen wieder. Und man ist eigentlich, man sitzt dann zu Hause und ist ganz verzweifelt und denkt, eigentlich muss man doch irgendwie mehr machen können. Und der andere Grund ist, dass ich halt relativ viel im Ausland lebe und dass jetzt nächstes Jahr wieder ansteht und man so was im Ausland natürlich auch nicht so leicht machen kann, ob man in eine Klinik geht oder beziehungsweise je nachdem, wo man eben ist, die Methoden auch anders sind und die Sprachkenntnisse manchmal auch nicht so, dass es dann irgendwie was bringen würde. Und da dachte ich, bevor ich jetzt wieder irgendwo sitze, jetzt bin ich hier in Berlin und jetzt hab ich vielleicht alle Möglichkeiten, die ich dann vielleicht nicht habe. Jetzt kann ich das zumindest mal überlegen, ob ich das jetzt mache. Und dann bin ich eigentlich hergekommen, um mit dem Professor zu sprechen, also einmal eben die Einschätzung, bringt das was stationär, hat das irgendeinen Mehrwert für mich, jetzt auch Mehrwert gegenüber Tagesklinik oder Ähnlichem [...]. Da wollte ich mir halt erst mal eine zweite Meinung einholen. Nach so einem circa einstündigen Gespräch hat er mir eigentlich relativ klar hier gesagt, er würde es sehr empfehlen, das einmal stationär auch behandeln zu lassen.

Stülpnagel: Mhm.

Frau Filling: Ich hab dann mich relativ schnell, ich hab dann noch mit meinem Arzt gesprochen, das dem erzählt, *scherzender Ton* gebeichtet, dass ich fremd gegangen bin *lacht*.

Stülpnagel *lacht*

Frau Filling: Und mit meiner Familie gesprochen und hab mich dann aber doch alleine entschieden, dass ich das dann hier mache. Das ging dann auch sehr schnell, das hat mich auch überzeugt.

(Frau Filling, 1.)

Für viele ist die stationäre Behandlung das Äußerste, die letzte professionelle Depressionsbehandlung, die ihnen noch bleibt, und damit der letzte Hoffnungsschimmer. Frau Can über die Ärzte der psychiatrischen Station in Berlin: „Ich hoffe, die helfen mir, ich weiß nicht. Also, es ist meine letzte Hoffnung, das kann ich sagen, ja“ (Frau Can, 1.). Die mit dem Klinikaufenthalt verbundene Hoffnung ist oft sehr groß. Der Zustand mancher Betroffenen bessert sich schon deutlich, wenn sie nur hören, dass für sie ein Platz in der Klinik frei geworden ist.

### **3.4 Zwischenfazit**

In den Narrativen der erkrankten Menschen spielen die empfundenen Auslöser der Depression eine wichtige Rolle. Es stellt sich heraus, dass alle Betroffenen immer wieder nach Gründen und Auslösern für ihre Erkrankung suchen und dass für eine Person mehrere Gründe nebeneinander existieren können oder bestimmte Ereignisse eine Zeit lang als vorrangige Auslöser der Depression gesehen und später verworfen werden. Außerdem gibt es für manche Betroffene ambivalente Aspekte ihres Lebens, hierzu zählt vor allem die Arbeit – sie wird von einigen sowohl als Schutzfaktor als auch Risikofaktor der Depression gesehen.

Neben dem Narrativtypus Arbeit und Leistungsdruck werden zudem in der Familie und in der Partnerschaft Krankheitsauslöser gesehen. Überfordernde Gefühle der Verantwortung für die Familie, eine problematische Kindheit und Einsamkeit werden hier genannt.

Der dritte Narrativtypus zu Depressionsauslösern betrifft physische und Verhaltensfaktoren. Betroffene erklären sich ihre Krankheit durch einen Mangel an Serotonin oder aufgrund eines Helfersyndroms.

Nahezu alle Teilnehmer der Studie berichten ausführlich von ihren Emotionen in der Depression. Die Hauptakteure der Studie beschreiben den Beginn ihrer Depressionen als schleichend. Körperliche Beeinträchtigungen wie Schlaf- und Appetitlosigkeit kommen fast bei allen Betroffenen vor. Viele erzählen von Panikattacken oder lähmender Energielosigkeit, die sich bis zur Unfähigkeit, morgens aufzustehen, steigern kann. Besonders quälend finden viele Menschen die Emotionslosigkeit in der

Depression, das Unvermögen, sich über irgendetwas zu freuen oder überhaupt irgendetwas zu empfinden. Stetiges Grübeln und Suizidgedanken gehören für viele Betroffene zu ihren depressiven Phasen. Letzteres zeigt, dass die Krankheit durchaus lebensgefährlich werden kann.

Die Depression baut sich den meisten Betroffenen zufolge zwar über einen langen Zeitraum sukzessive auf, in die Klinik jedoch geht es für viele relativ plötzlich, beispielsweise nach einem Zusammenbruch. Fast alle Hauptakteure der Studie sind auf die Hilfe ihrer Angehörigen, im Normalfall der Partner, angewiesen gewesen. Häufig haben die nächsten Angehörigen sie in die Klinik gebracht, andere sind von ihrem Hausarzt überwiesen worden. Gemeinsam ist vielen, dass die stationäre Therapie eine der letzten Hoffnungen auf Besserung bedeutet.

In den Narrativen der Patienten über die Auslöser der Depression und darüber, wie sie die Krankheit wahrnehmen, sind zahlreiche fachsprachliche Begriffe erkennbar. Die an dieser Studie teilnehmenden Patienten sind – bis auf sehr wenige Ausnahmen – aufgrund ihrer Depression schon lange in Behandlung. Die Beschäftigung mit der Welt der Experten bringt bei vielen Patienten eine Sprachangleichung mit sich.

Die Narrative der Patienten rund um die Depression sind auch kulturell geprägt. So fällt in den Narrativen etwa die Fokussierung auf die Erkrankung als primär individuelle Angelegenheit der Betroffenen auf. Diese Konzeptualisierung der Depression als vorrangig im Individuum verortet ist bei den Patienten klar vorherrschend und stimmt in diesem Punkt mit der Konzeptualisierung der Experten im Feld überein.

## 4 „Am Ende ist man selbst verantwortlich“<sup>41</sup> – Therapie als Anleitung zum Emotions- und Selbstmanagement

We feel. We try to feel. We want to try to feel.

(Hochschild 1979: 563)

Auf den psychiatrischen Stationen lässt sich beobachten, wie verschiedene Inhalte, unter anderem auch gesellschaftlich geprägte *feeling rules* (Hochschild 1979), an die Patienten vermittelt werden. Dabei wird deutlich, dass die Patienten diese Inhalte nicht passiv aufnehmen, sondern sich und ihre individuellen Erfahrungen einbringen. Sie entwickeln eigene Wege, mit den *feeling rules* umzugehen.

### 4.1 Ankunft auf der Station

Viele Betroffene haben, wenn sie in die Klinik<sup>42</sup> kommen, bereits eine lange Phase hinter sich, in der sie ohne ausreichende Hilfe von Experten haben zurechtkommen müssen. Dies ist oft eine sehr schwere Zeit, für sie und ihre Nächsten. So wie Frau Redmüller, die Frau eines Patienten, berichten viele Angehörige von ihren erfolglosen Versuchen, einem nahe stehenden, depressiv erkrankten Menschen zu helfen. Ihren Mann abzulenken habe nicht funktioniert, denn „[...] das hilft ja auch immer nur kurz, und meistens ging es dann auch nach hinten los, also die Aktivitäten, die haben dann eher noch alles verschlimmert. [...] Und selbst [am Lieblingsurlaubsort, VS], wo es eigentlich wirklich ganz entspannt war, wo wir so gerne sind, wo wir also wirklich jede Sekunde genießen [...]“ (Frau Redmüller, 1.). Dieses Gefühl der Hilflosigkeit teilt Frau Redmüller mit vielen, die finden, dass sie ihren Angehörigen nicht helfen können. Dennoch steht sie ihrem Mann zur Seite und erzählt, wie sie ihn schließlich in die Klinik begleitet hat: „Dann war ich da auch sehr froh, dass wir da waren. [...] Wenn

---

<sup>41</sup> Hier wurde ein Teil eines Satzes von Frau Filling zu einem allein stehenden Satz umformuliert. Sie sagte: „Das kriegt man natürlich dann hier auch schnell mit, dass es zwar alle möglichen Sachen gibt, die man machen kann, aber dass man am Ende selbst verantwortlich ist, und dass man irgendwie am Ende vielleicht nur sich selber helfen kann oder sich auch nicht selber helfen kann [...]“ (Frau Filling, 1.).

<sup>42</sup> In dieser Arbeit gehe ich vorrangig auf die psychiatrische Station in Berlin ein, auf der ich die Hauptstudie des Dissertationsprojektes durchführte. Ist die Vorstudienstation in München gemeint, wird dies erwähnt.

therapeutische Hilfe greifbar wird, dann lässt die Anspannung auch nach, und Gott sei Dank, jetzt passiert was!“ (ebd.).

Hier berichtet der Patient Herr Neuner in einem Interview von seiner Ankunft in der Klinik und der ersten Zeit dort:

Stülpnagel: Können Sie sich erinnern, wie die erste Zeit hier für Sie war?

Herr Neuner: Ich kann mich noch genau erinnern, wie ich hier hochgekommen bin und [...] Frau Kammner [Pflegeleitung, VS] war als Erste da, sie hat mich nur begrüßt, [der Pfleger Franz, VS] hat nur kurz ein Aufnahmegespräch mit mir gemacht. Das fand ich beides so menschlich und empathisch, dass ich angefangen habe zu heulen. Ich merkte, es ist in Ordnung, es darf so sein, ich habe mich in den Arm nehmen lassen, bei meiner Frau ist das schwer, das hier sind Profis, die dürfen mich in den Arm nehmen. Die geben dafür ihre Arbeitskraft her, damit ich sein darf, wie ich bin. Das war wirklich körperlich spürbar, als würde ein tonnenschweres Gewicht in den Graben fallen. [...] ich wusste, alle, die hier sind, haben etwas Ähnliches erlebt, alle hier können mich verstehen. Ganz wichtig war für mich, dass alle Gesichter, in die ich blickte, selbst Betroffene waren oder Profis – das war der Beginn der Therapie. Im Alltag bin ich ja umgeben von Menschen, denen ich es nicht sagen konnte. Das war so eine 180-Grad-Drehung, das war der wichtigste Aspekt überhaupt. Ich wunderte mich, nachdem ich 14 Tage nicht geschlafen hatte, dass ich die erste Nacht hier durchgeschlafen habe. (Herr Neuner, 2.)

Diese körperlich spürbare Entlastung ist eine Erfahrung, von der auch viele andere Patienten berichten. Sie erzählen, dass in der Klinik alle zuvor belastenden Verpflichtungen regelrecht „von ihnen abfallen“ würden. Dass Herr Neuner sich in den Händen von Profis sicher fühlt, stellt eine weitere Parallele zu vielen anderen Patienten dar. Den Profis kann man die eigenen Probleme und Ängste ehrlich anvertrauen, denn sie halten es aus, es ist ihr Job. Viele Patienten finden, dass ihre Angehörigen durch ihre Erkrankung sehr viel mitmachen und ertragen müssten. Experten können anders damit umgehen. Das empfinden manche Patienten als Erleichterung, denn sie müssen in der Klinik nicht mehr dagegen ankämpfen, depressiv zu sein. Herrn Neuners Aussage „Ganz wichtig war für mich, dass alle Gesichter, in die ich blickte, selbst Betroffene waren oder Profis – das war der Beginn der Therapie“ ist ein Schlüsselsatz: In dieser besonderen Umgebung mit diesen besonderen Menschen zu sein, das an sich macht schon einen wichtigen Teil der therapeutischen Erfahrung aus.

Nicht alle Patienten starten so schnell in die Therapie wie Herr Neuner, im Gegenteil. Die meisten Patienten und Mitarbeiter der Klinik sind sich einig, dass ein Patient für gewöhnlich einige Zeit braucht, bis er auch gefühlsmäßig in der Klinik „angekommen“

ist. Er muss sich erst eingewöhnen, die Menschen und Abläufe kennenlernen, bevor er sich auf die Therapien einlassen kann. Immer wieder wird von Experten gesagt, dass das Vertrauen in die Therapeuten eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist. Eine Metapher, die eine Psychiaterin für ihre Überzeugungsarbeit verwendet, ist „den Fuß in die Tür kriegen“. Sie spricht damit den Prozess an, in dem sie einen Patienten für sich gewinnt und für die Therapie bereit macht. Diese Metapher kann auch als ein – mehr oder weniger gewaltsames – Eindringen von außen in den persönlichen Bereich einer Person interpretiert werden. Die Mitarbeiter der Station sprechen untereinander, jedoch nicht vor den Patienten, auch von „Fassaden“, die manche Patienten aufrechterhalten würden. Man beginne das dahinter Liegende zu erkennen, sobald diese Fassaden anfangen würden zu „bröckeln“, wie eine Psychiaterin sagt (Teambesprechung, 29.01.2013). Erst dann sieht man, wie es einem Menschen wirklich geht, und die therapeutische Arbeit wird möglich. Mehrfach wird für die Phase des gefühlsmäßigen Ankommens – von Patienten und Experten – ein Zeitraum von mindestens zwei Wochen genannt. Stationär werden Menschen mit einer Depression behandelt, wenn beispielsweise ein Suizidrisiko, eine besonders schwere Erkrankungsform oder eine ständige Symptomverschlechterung besteht oder wenn das soziale Netz kollabiert ist (de Jong-Meyer et al. 2007: 46). Unter diesen schwierigen Bedingungen muss manchmal noch abgewartet werden, bevor mit einer Psychotherapie begonnen werden kann. Sie sollte aber nach circa 14 Tagen, flankiert von anderen Therapien, gestartet werden, wie auch psychiatrische Lehrbücher formulieren (ebd.). Obwohl im Feld und in der Literatur häufig zwei Wochen genannt werden, ist die Dauer der Ankommensphase doch individuell verschieden. Eine Patientin hat mir beispielsweise erzählt, das Ankommen habe bei ihr knapp zwei Monate gebraucht.

Schon in dieser Zeit der Eingewöhnung sind Medikamente wichtig, vor allem das Beruhigungsmittel Tavor® der Arzneimittelgruppe Benzodiazepine<sup>43</sup>. Solche Medikamente werden als therapeutische „Brücke“ verwendet, bis das

---

<sup>43</sup> S. Kapitel 4.6.1 Benzodiazepine (S. 103 ff.).

Antidepressivum seine Wirkung entfaltet, berichtet mir eine Psychiaterin (21.02.2011). Die Beruhigungsmittel haben eine starke Wirkung auf Menschen, die neu in einer psychiatrischen Klinik ankommen. Milena erzählt, Tavor® habe sie gleichgültig gemacht, was für sie zunächst positiv gewesen sei:

*Gleichgültiger Ton:* Leck mich am Arsch. Das ist auch gut, am Anfang, für mich war es gut, wirklich ganz runterzukommen, ganz loszulassen, hätte ich glaube ich nicht geschafft ohne Medikamente, oder nur nach ganz vielen Wochen. Weil ich die ersten Tage noch viel nach draußen telefoniert habe und immer noch funktioniert habe und erst so nach 14, 15 Tagen gemerkt habe, jetzt bin ich wirklich angekommen. Es hat schon wirklich lange gedauert. Da hat Tavor® geholfen. (Milena, 1.)

So wie Milena geht es vielen Patienten: Sie müssen erst einen gewissen Abstand nach „draußen“, zu ihrer Familie, ihren Freunden und nicht zuletzt ihrer Arbeit und ihren Verpflichtungen aufbauen, um sich anschließend auf sich selbst und die Therapie konzentrieren zu können.

Nachdem Milena das Medikament 14 Tage lang genommen habe, habe sie sich gedacht: „Was ist mit dir los? Das bist du nicht.“ Ich war mir nicht völlig fremd, aber ich war mir zu ruhig.“ Sie habe sich ständig müde und träge gefühlt. Dann sei das Mittel aber abgesetzt worden (ebd.). Milenas Erzählung über die Wirkung, die ihr zunächst sehr geholfen hat und dann problematisch geworden ist, ist typisch, sehr vielen ergeht es so. Die Psychiater erklären den Patienten, dass dieses Mittel wichtig für sie ist, jedoch in Maßen und von ihnen als Experten beobachtet gegeben werden muss, weil es stark abhängig macht.

Den schwierigsten Start all meiner Interviewpartner auf den Stationen hat Jana:

Erst mal furchtbar, total furchtbar. [...] niemand so richtig da. [...] hatte irgendwie das Gefühl, ich weiß überhaupt nicht, was jetzt passiert, ob irgendwas passiert, was ich machen muss, ob's Essen gibt oder nicht. [...] dass ich überhaupt nicht nachfragen konnte. [...] nach sechs Stunden mal wieder jemand ans Zimmer geklopft hat und verwundert war, dass ich nichts zu trinken habe. Und in dem Moment konnte ich halt auch überhaupt nichts/ ja sozusagen konnte ich nicht sagen: „Zeigt mir die Station, bitte, wo bin ich denn hier?“ Das war total blöd. Weil es mir auch die ganze Zeit so total schlecht ging, dass ich das Gefühl hatte, ich halte es eigentlich nicht mehr aus. (Jana, 1.)

Sie ist in einer schweren Depression gefangen, kann nicht nach Hilfe fragen und dämmert durch eine unglückliche Verkettung von Umständen in ihrem Zimmer in diesem Zustand allein vor sich hin. Verstärkt wird das Problem noch dadurch, dass ihr Antidepressivum aufgrund eines Missverständnisses kurz nach ihrer Ankunft auf der

Station auf einen Schlag abgesetzt wird. Die meisten antidepressiven Medikamente müssen jedoch „ausgeschlichen“ werden, das heißt, dass sie stufenweise leichter dosiert genommen werden müssen, bis sie schließlich ganz weggelassen werden können. Fallen sie auf einmal weg, führt das oft zu sehr unangenehmen Absetzerscheinungen, so auch bei Jana. Sie habe gezittert, Schlafstörungen gehabt, sich sehr schwach gefühlt und einen derart starken Schwindel verspürt, dass sie kaum mehr gehen können. Am schlimmsten sei für sie gewesen, dass sich ihr sowieso schon schwer depressives Erleben noch mehr intensiviert habe. Wie sie beschreibt, seien ihre Gefühle der Hoffnungslosigkeit und des Ausgeliefertseins weiter angestiegen und sie habe sie sich in dunklen Gedankenschleifen gefangen gefühlt. Dieser Zustand habe etwa eine Woche angedauert. Das habe dazu geführt, dass sie in den darauffolgenden Tagen Medikamenten gegenüber sehr kritisch geworden sei, denn so etwas wolle sie nicht noch einmal durchmachen. Außerdem sei sie wütend wegen des Missverständnisses, das sie in diese Situation gebracht habe. Ihre zu der Zeit behandelnde Ärztin sagt ihr daraufhin, sie bekäme ein neues Medikament, das ihren Schlaf verbessern würde. Da sie ihr keine weiteren Informationen gibt, nimmt Jana an, es handle sich um ein Schlafmittel. Als sie es im Internet recherchiert, bemerkt sie, dass es ein Antidepressivum ist:

Das fand ich doof, ich will halt/ einige wollen es nicht wissen, aber ich will halt schon gerne wissen, was ich kriege und warum. Damit ich (...) ja, damit ich weiß, was passiert, ich will nicht, dass mir irgendwas erzählt wird, was nicht stimmt. [...] Da war ich dann ein bisschen sauer und skeptisch, wobei ich auch im Nachhinein verstehen kann, dass sie meinem Misstrauen begegnen wollte, was ich grade gegen Medikamente hatte und dass sie einfach wollte, dass es mir besser geht, aber da habe ich sehr hin- und hergehadert, was ich denn jetzt eigentlich/ mache ich grade was, was gut für mich ist, oder bin ich in vier Wochen wieder an dem Punkt, wo ich jetzt bin. Das habe ich halt sehr mit mir selber auch ausgemacht und nicht ausgesprochen, und in dem Moment, wo ich dann genauer nachgefragt hab, hat Frau Schubert [ihre behandelnde Psychiaterin, VS] mir auch sehr genau auch alles erzählt und ist sehr genau auch auf meine Zweifel eingegangen. Das war halt auch so/ hat das sehr gut verstanden auch, wie es mir ging. Das war so der Moment, wo ich mir dachte: O. k., jetzt fühle ich mich gut aufgehoben. Hat sich/ sie hat sich auch sehr viel Zeit genommen. Das war auch total gut. (Jana, 1.)

Dieser Vertrauensbruch zeigt einen Konflikt, in dem viele Therapeuten sich befinden. Sie können, gerade zu Beginn der stationären Therapie eines neuen Patienten, nur schwer einschätzen, wie viel Verantwortung diese Person im Rahmen der Therapie übernehmen kann und will. Hiermit hat zu tun, wie mündig der Patient ihnen erscheint. Diese Punkte hängen mit der Erkrankung und ihrer aktuellen Phase, aber

auch mit anderen Faktoren wie der Persönlichkeit des Patienten zusammen, die dem Behandelnden zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt ist. Jana gehört zu den sehr gut informierten Patienten. Sie möchte aktiv beteiligt werden am Therapieprozess und auch Verantwortung übernehmen. Zu Beginn der stationären Therapie ist sie jedoch in einer so starken Depression gefangen, dass die Ärztin dies anders einschätzt und sich dafür entscheidet, sie nicht korrekt über ihre Medikation zu informieren.

Nach den erheblichen Startproblemen in der Klinik bringt ein offenes Gespräch mit der Ärztin den Wendepunkt. Ähnlich wie Herr Neuner benennt Jana damit einen klar definierbaren Zeitpunkt, an dem ihre Gesprächstherapie losgehen kann. Gleichzeitig beginnen sich die Absetzerscheinungen zu legen. Sie bekommt nun das neue Antidepressivum und beginnt, starkes Vertrauen zu ihrer behandelnden Ärztin aufzubauen. All das führt dazu, dass es ihr schnell besser geht, sie sagt sogar, zu diesem Zeitpunkt habe sie sich plötzlich gesund gefühlt. Auch äußerlich ist nach meinen Feldnotizen eine extreme Veränderung zu bemerken. Jana entwickelt sich von einer sehr zurückhaltenden, blassen, in sich versunkenen zu einer wachen, an ihrem Umfeld interessierten, regelrecht strahlenden Person.

## 4.2 Stationäre Interventionsformen

Rasch nach der Ankunft wird jedem neuen Patienten ein sogenannter Therapieplan ausgehändigt, der bis auf die individuell vereinbarten Einzelpsychotherapien alle Interventionen auf der Station beinhaltet. Der Therapieplan sieht in etwa so aus wie der folgende von einer der Berliner Stationen (s. Abb. 1).

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
Ab 7:30	wecken Frühstück	wecken & wiegen Frühstück	wecken Frühstück	wecken Frühstück	wecken Frühstück	wecken Frühstück
8:00 – 8:30		08:00 – 08:20 Vitaltherapie	Betten beziehen / Vitaltherapie	08:00 – 08:20 Vitaltherapie	08:00 – 08:20 Vitaltherapie	
8:30 – 9:00		08:30 – 08:55 Walkinggruppe		08:30 – 09:20 Bewegungs- therapie		
9:00 – 9:30						
9:30 – 10:30	9:30 – 10:20 Gruppenvisite	9:30 – 12:00 Einzelvisite	9:30 – 10:20 Gruppenvisite/ -therapie	9:30 – 12:00 Einzelvisite	9:30 – 10:20 Gruppenvisite	Zwischen 10:00 und 12:00 Einzelvisite
10:30 – 11:00		10:30 – 11:45 Abhängigkeits- gruppe	10:30 – 10:55 Patienten- plenum	10:30 – 11:45 Abhängigkeits- gruppe	10:30 Vorbereitung der Kaffeetafel	
11:00 – 12:00	11:00 – 11:50 Hockergruppe	11:15 – 12:00 Rückenschule			Genussgruppe / Hockergruppe	
12:00 – 13:00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13:00 – 14:00	13:00 – 15:00 Interaktionsgruppe	13:00 – 13:50 Depressionsgruppe Hautzinger	13:00 – 13:50 PMR	13:00 – 13:50 Depressionsgruppe Hautzinger	13:00 – 13:50 Achtsamkeitsbasierte Entspannung	
14:00 – 15:00			14:00 – 14:45 Bewegung mit Musik	14:00 – 14:30 PMR	14:00 – 15:00 Vorbereitung der Kaffeetafel	
15:00 – 15:30		15:00 – 15:30 Bewegungstherapie			15:00 – 16:15 Gemeinsame Kaffeetafel	
15:30 – 16:30			15:30 – 16:30 Ergotherapie	15:30 – 16:20 Angstgruppe		
16:30 – 18:00	16:30 – 18:00 Ergotherapie					
18:00 – 19:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen

Legende:	Verbindlich	Privatvisite	Zuordnung durch das therapeutische Team	Ohne Anmeldung
----------	-------------	--------------	---	----------------

Medikamenteneinnahme: 8:15 – 8:45 / 12:15 – 12:45 / 18:15 – 18:45 / 22:00 – 23:00

Abb. 1: Therapieplan einer Woche

In der Münchner Klinik weicht der Plan nur geringfügig vom obigen ab. Es gibt dort zusätzlich eine Wochenendplanungsgruppe, eine Musiktherapie und bei Bedarf eine Informationsstunde zur Ernährung bei bestimmter Medikation.

Wie auf der Abbildung erkennbar ist, sind nicht alle Interventionsformen für sämtliche Patienten verpflichtend, sondern jeder Patient wird individuell zugeteilt. Hierzu versucht das therapeutische Team, die Fähigkeiten und Bedürfnisse jedes Einzelnen einzuschätzen und ihm entsprechende Therapien zu verordnen. Auf dem Plan werden außerdem händisch die Einzelpsychotherapie-Termine („Einzel“) vermerkt; sie finden mindestens einmal wöchentlich jeweils bei einem Psychiater und einem Psychotherapeuten statt.

Jede Interventionsform im Therapieplan soll als ein Baustein ihren Beitrag im stationären Behandlungskanon leisten.

Nach explorativer Teilnahme an verschiedenen Therapien habe ich entschieden, dass diese Dissertation die Einzel- und Gruppensite, die Fallbesprechung<sup>44</sup>, die pharmakologische Therapie sowie die Einzel- und Gruppenpsychotherapie behandeln wird. Die Gruppenpsychotherapie (kurz Gruppentherapie) wird besonders intensiv betrachtet.<sup>45</sup> Dies ist sinnvoll, weil dort am meisten Austausch über die Erkrankung und die unterschiedlichen Erklärungsmodelle von Experten und Betroffenen stattfindet. Weder die Visiten noch die Fallbesprechung sind im engeren Sinn als Therapien zu bezeichnen. Da sie sich jedoch auf die Therapien auswirken, werden sie erläutert – in aller Kürze und ohne Verweise auf therapeutische Lehrbücher, die diese Methoden ohnehin nicht thematisieren. Welche der genannten sechs Interventionsformen welche Wirkung zeigen soll und tatsächlich zeigt, wird dabei deutlich.

### **4.3 Einzelvisite**

Die Einzelvisite dient in der psychiatrischen Klinik mehreren Zielen: Sie wird als wichtig für die Diagnosestellung betrachtet, weil beispielsweise sowohl Laborergebnisse als auch psychotherapeutische Aspekte beleuchtet werden können (vgl. Veigel 2010: 8).

---

<sup>44</sup> Die Fallbesprechung ist nicht im Therapieplan aufgeführt, weil sie nur die Mitarbeitenden, nicht aber die Patienten der Klinik betrifft – bis auf den jeweils vorgestellten „Fall“.

<sup>45</sup> Außerdem habe ich die gemeinsame Kaffeetafel, die Teamsitzungen, die Nachbesprechungen von Depressionsgruppen mit den leitenden Psychologen, die Interaktionsgruppe und die Wochenendplanungsgruppe besucht – aus Zeitgründen allerdings nicht jedes Mal.

Der Arzt soll sich in der Visite regelmäßig jedem Patienten einzeln widmen, was für die Beziehung zwischen beiden bedeutsam ist (vgl. ebd.). Außerdem wird in der Einzelvisite oftmals die Therapieplanung für den Patienten durchgeführt (vgl. ebd.). Das Expertenteam kann sie dazu nutzen, die therapeutische Vorgehensweise gemeinsam abzustimmen (vgl. ebd.). In der einen Klinik nehmen Patienten zweimal die Woche, in der anderen dreimal die Woche an einer Einzelvisite teil. Die Einzelvisite unterscheidet sich im Feld stark von der Gruppensuche.

In Berlin ist die Einzelvisite für die privaten Patienten vorgesehen, während bei den gesetzlich versicherten Patienten die Gruppensuche durchgeführt wird. In München hingegen werden alle Patienten einzeln besucht.

Die personelle Zusammensetzung der Einzelvisiten ist unterschiedlich: In der privaten Visite der Berliner Klinik nimmt ein Psychiater in leitender Funktion teil, während in der Münchner Klinik einmal die Woche der Oberarzt mit besucht. Das restliche Visitenteam besteht in beiden Städten aus sämtlichen Psychiatern der Station, mindestens einem Vertreter der Psychologen und einem der Pfleger sowie zum Teil noch aus einem oder mehreren Praktikanten oder einer Sozialpädagogin.

Die Einzelvisiten laufen in beiden Kliniken ähnlich ab: Die Patienten werden, einer nach dem anderen, in den Besprechungsraum gebeten. Dem jeweiligen Patienten wird ein Stuhl zugewiesen, auf dem er Platz nimmt. Meist sitzen die Experten in einem Halbkreis nebeneinander und der Patient sitzt ihnen mit etwas größerem Abstand gegenüber. Diese Anordnung im Raum unterstreicht den Befragungscharakter der Einzelvisite – der Laie sitzt den Experten gegenüber, ähnlich wie in einer Prüfungssituation. In der Regel wird der Patient zunächst von dem ihn therapierenden Psychiater gefragt, wie es ihm geht. Manchmal stellt auch einer der anderen Psychiater oder die Sozialpädagogin dem Patienten eine Frage. Die Psychologen und Pfleger hingegen halten sich weitestgehend zurück. Das Expertenteam spricht wenig miteinander, den Großteil der Zeit unterhalten sich der behandelnde Arzt und der Patient. Im Allgemeinen hat ein Vertreter der Pfleger die Krankenakte vor sich ausgebreitet und schreibt Protokoll. In manchen Fällen wird bei Fragen, beispielsweise nach einem Medikamentenspiegel, während der Visite in der Akte nachgesehen.

Inhaltlich drehen sich die Gespräche oft um psychiatrisch relevante Befindlichkeiten. So fragen die Psychiater kurz und gezielt verschiedene symptomatisch relevante Punkte ab, beispielsweise Antrieb, Stimmung, Grübeln, Suizidgedanken, körperliche Beschwerden oder Schlaf. Manche Patienten sind sehr versiert in der Visitsituation und geben über diese Themen bereits Auskunft, ohne dass die Behandler nachfragen müssen. In vielen Fällen stellen die Psychiater auch offenere Fragen, etwa nach dem letzten Wochenende, wie es für den Patienten gewesen ist und was er gemacht hat. Immer wieder werden in Einzelvisiten für die Patienten bedeutende Themen besprochen, zum Beispiel die Medikation, der Entlassungszeitpunkt oder die Angehörigenbesuche. Der Patient bekommt zudem für gewöhnlich die Möglichkeit, selbst Fragen an das Behandlungsteam zu stellen. Danach verlässt er den Besprechungsraum wieder. Zumeist spricht das Team im Anschluss noch über den Patienten und fast immer wird dabei das Thema Medikamente besonders intensiv und lange behandelt. Hier spiegelt sich die hohe Bedeutung wider, die die Experten den Psychopharmaka im Rahmen der stationären Therapie zuschreiben. Andere Therapien werden deutlich seltener und weniger lange besprochen, was auf deren geringere Geltung schließen lässt – vor allem aus der Sicht der Psychiater, die die Einzelvisiten anleiten.

Auch daran, wer seitens der Experten an der Einzelvisite teilnimmt, lässt sich eine Hierarchisierung der Behandlungseinheiten und Berufsgruppen ablesen. Ein Muss ist sowohl in Berlin als auch in München nur die Teilnahme aller Psychiater und jeweils eines Vertreters der Psychologen und der Pfleger. Alle Psychiater, nicht aber alle Psychologen und Pfleger nehmen teil; das zeigt, dass vor allem die Mediziner hier als wichtig erachtet werden. Zumindest für die Einzelvisite bzw. aus Sicht der Psychiater scheinen weitere Berufsgruppen wie die Sozialpädagogik nicht ganz so bedeutsam zu sein. Die anderen Berufsgruppen sind bei den Einzelvisiten nur sporadisch anwesend.

Eine Hierarchisierung ist auch an den Aufgaben der Berufsgruppen während der Einzelvisite erkennbar: Visitenleitung und Gesprächsführung fallen dem jeweils behandelnden Psychiater zu. Der Vertreter der Pfleger kümmert sich um die Patientenakte, schlägt auf Aufforderung etwas darin nach und führt Protokoll. Die

weiteren Anwesenden können dem Patienten gegebenenfalls Fragen stellen oder sich am experteninternen Gespräch beteiligen, haben darüber hinaus aber keine Funktion und halten sich sehr zurück.

Obwohl die Einzelvisite zu einem festen Zeitpunkt startet, dauert sie bei jedem Patienten jedes Mal unterschiedlich lange. Daher ist es für den einzelnen Patienten kaum vorhersehbar, wann er an die Reihe kommt, zum Teil muss er stundenlang warten. Als Wartender ist er abhängig vom Psychiater, sprich von demjenigen, der die Bestimmungsgewalt über den Ablauf hat. Der Patient findet sich in einer passiven Situation mit wenig Handlungsmacht wieder.

Zum Ablauf der Visite gibt es Vorgaben der Experten, die aber nur implizit kommuniziert werden; ein Abweichen hiervon kritisieren sie sofort. Die Passivität der Patienten ist außerdem daran erkennbar, dass sie keine Wahl über ihre Platzierung im Besprechungsraum haben, sondern ihnen ein Stuhl zugewiesen wird. Zudem ist die inhaltliche Ausrichtung des Gesprächs vom behandelnden Psychiater abhängig, der Fragen stellt und das Gespräch lenkt.

Der standardisierte Ablauf der Einzelvisite mit seinen beispielsweise wiederkehrenden Fragen lässt einen Objektivierungsprozess erkennen. Jeder Patient wird dazu angehalten, sich in den Kategorien zu positionieren, die die Experten als relevant erachten. Was über diese Kategorien hinausgeht – etwa körperliche Beschwerden –, muss an anderer Stelle besprochen werden.

Die Atmosphäre im Raum ist während der Einzelvisiten meist positiv und die Experten sprechen in freundlichem, zugewandtem Ton mit ihren Patienten und miteinander; in manchen Visiten jedoch kippt die Stimmung. Hieraus wird deutlich, dass die Situation und die besprochenen Themen sehr von den Anwesenden, insbesondere von den wortführenden Ärzten abhängen. Eine Psychiaterin, die Einzelvisiten leitet, behandelt die der Reihe nach eintretenden Patienten unterschiedlich. Manche werden relativ kurz visitiert, andere lange und ausführlich. Auch was die besprochenen Inhalte angeht, werden die Patienten ungleich behandelt. Die Visitenleiterin beginnt in einem Fall sogar einen Streit mit einem Patienten. Die Situation endet damit, dass der Patient regelrecht aus der Visite gedrängt wird, ohne die Möglichkeit bekommen zu

haben, seinen Standpunkt zu äußern. Eine der nachfolgenden Patientinnen wird ganz anders behandelt. Mit ihr spricht die Visitenleiterin in einem völlig veränderten, freundlichen Ton und wirkt verständnisvoll, interessiert und zugewandt. Sie nimmt alles ernst, was die Patientin sagt, und lässt sie auch stets ausreden, im Gegensatz zum zuvor beschriebenen Patienten. Ihren Umgang mit dieser Patientin habe ich im Protokoll „mütterlich“ genannt. Wenngleich die streitbehaftete Interaktion der leitenden Ärztin problematisch verläuft, sind die weiteren Visiten an diesem Tag doch sehr von Empathie und Hilfsbereitschaft der Experten geprägt. Dies gilt auch für die anderen beobachteten Einzelvisiten.

Wenn einer der Patienten in der Einzelvisite persönliche Themen anspricht, reagieren die Ärztinnen häufig schnell mit dem Satz: „Das müssen wir uns in der Einzelpsychotherapie anschauen.“ Während man sich in der Einzelvisite eher einen groben Gesamtüberblick über den Patienten verschafft, dient die Einzelpsychotherapie dazu, psychotherapeutisch zu arbeiten. In den Einzelvisiten stehen für gewöhnlich nur einige Minuten pro Patient zur Verfügung, womit schlicht nicht genug Zeit vorhanden ist, um bei jedem Patienten tiefer in aktuelle problematische Lebensumstände und biografische oder ähnliche Themen einzutauchen.

Einige Patienten freuen sich auf die Einzelvisite, die meisten allerdings haben – auch abhängig vom Verhältnis zu ihrem Behandelnden – ein wenig Angst davor; manche sogar große. Besonders Menschen mit Problemen im sozialen Umgang haben erhebliche Schwierigkeiten, sich vor mehrere Experten zu setzen und ihnen Auskunft über sehr persönliche Themen zu geben. Doch egal, mit welcher Einstellung die Patienten in die Einzelvisite gehen: Ihre Wirkung auf sie ist nicht zu unterschätzen. Bedeutsam ist allein schon die Tatsache, dass sich in solch einer Visite das behandelnde Team jedem Patienten gesondert widmet und ihm seine ganze Aufmerksamkeit schenkt. Themen, die in der Einzelvisite besprochen werden, können dadurch einen höheren Stellenwert beim Patienten erhalten, weil er sie mehr ernst

nimmt als zuvor. Die Therapieadhärenz<sup>46</sup> kann durch das Besprechen der Therapieschritte in diesem speziellen Rahmen verstärkt werden.

Die Einzelvisite erfüllt im Kanon der regelmäßigen stationären Interventionsformen die Rolle einer gemeinsamen und exklusiven Reflexion des Stationsteams über Diagnose und Therapie der Patienten. Dies geschieht nur in der Einzelvisite teilweise auch *mit* den Patienten, anders verhält es sich etwa in Teambesprechungen. Die Einzelvisite trägt manchmal zu einer veränderten Behandlung bei, was schließlich einen Wandel im Zustand eines Patienten bewirken kann.

#### **4.4 Gruppensvisite**

Während in der Münchner Klinik nur einzeln visitiert wird, finden in Berlin zusätzlich sogenannte Gruppensvisiten statt. Zu diesen versammeln sich alle Patienten, zwei Psychiater und die an diesem Tag anwesenden Psychologen und Schwestern der Station, nicht jedoch die in der Krankenhaushierarchie höher stehenden Ärzte. Letztere sind nur in den Einzelvisiten anwesend.

Die räumliche Anordnung ist nicht wie in den Einzelvisiten frontal ausgerichtet, stattdessen setzen die Teilnehmer sich im Aufenthaltsraum der Patienten in einen großen Stuhlkreis. Interpretieren lässt sich dies so, dass in den Gruppensvisiten und Gruppenpsychotherapien die Patienten und Experten in einem ähnlichen Ausmaß zur Sprache kommen sollen und die Patienten aktiv an der Ausgestaltung der Sitzung mitwirken dürfen und auch sollen.

Auch die Gruppensvisiten laufen nach einem wiederkehrenden Schema ab, das sich in der Regel nur marginal ändert. Zunächst stellt die Gruppenleiterin, eine Ärztin oder Psychologin, Fragen in die Runde, beispielsweise wie es einem gehe oder welchen Film man gern sehen würde. Oft wirft sie dann einen kleinen Ball zu einem der Patienten, der die Fragen beantwortet und den Ball dann zur nächsten Person wirft. Das wiederholt sich so lange, bis alle Patienten geantwortet haben. Meist wird noch eine

---

<sup>46</sup> Therapieadhärenz wird im Feld auch als „Therapietreue“ bezeichnet. Damit meinen die Experten, dass Patienten den von Experten vorgeschlagenen Therapien Folge leisten. Ein anderer Begriff für Therapieadhärenz ist Compliance.

weitere Frage gestellt, fast immer geht es beispielsweise freitags darum, welche Pläne man für das Wochenende hat. Eine andere Frage lautet, in welcher Situation man zuletzt Glück gehabt hat.<sup>47</sup> Das Format dieser Einheiten kann sich allerdings auch ändern und vom soeben beschriebenen abweichen. So wird etwa in einer Gruppensitzung einige Wochen lang psychoedukativ<sup>48</sup> gearbeitet.

In der Gruppensitzung auf der Berliner Station, auf der mehr Privat- als Kassenpatienten behandelt werden, erzählen auch die Experten etwas von sich. Dies ist gegenteilig zur Einzelsitzung, wo lediglich die Patienten den Experten Rede und Antwort stehen. Hier wird weniger hierarchisch kommuniziert als in den anderen Interventionsformen – was sich unter anderem daran zeigt, dass die Experten auch etwas von sich preisgeben. Über die eher oberflächlichen, ausschließlich unverfänglichen Themen der Gruppensitzung können alle problemlos reden. Dass dies gemeinsam geschieht, kann auch als Strategie, um Vertrauen zwischen Experten und Laien aufzubauen, interpretiert werden.

Auf der Berliner Depressionsstation, auf der mehr Kassenpatienten behandelt werden, läuft die Gruppensitzung anders ab. Dort verlassen die Ärzte die Runde, sobald die Patienten die ersten kurzen Fragen nach ihrem Befinden beantwortet haben. Von Expertenseite bleibt nur die Psychotherapeutin, die die Gruppe leitet. Außerdem erzählen die Experten nichts von sich. Ein weiterer Unterschied ist, dass auf dieser Station nicht nur eine Zeit lang, sondern institutionalisiert auf die Frage nach dem Befinden eine psychoedukative Lehrinheit zur Depression folgt.

Die meisten Betroffenen setzen sich während ihres Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik mit sehr schwierigen Themen in ihrem Leben auseinander. Zu diesen Themen müssen Fragen der Gruppensitzung wohl einen starken Kontrast darstellen und besonders banal wirken. Milena berichtet mir in einem Gespräch unter vier Augen, dass sie mit der Gruppensitzung manchmal nichts anfangen könne, vor

---

<sup>47</sup> Ein Zettel mit Ideen für solche Fragen hängt im Teamraum.

<sup>48</sup> Die Psychoedukation wird vor allem in Kapitel 4.8.2 Phase 2: Expertenmodelle (S. 121 ff.) beschrieben.

allem nicht, wenn sie unter starker Müdigkeit leide. Sie und auch einige andere Patienten machen während der Gruppensitzung ihrem Unmut über die Inhalte Luft, indem sie etwa bei den Fragestellungen und Ballübungen keine Antworten geben, mit ihrer Körperhaltung ihrer Ablehnung Ausdruck verleihen oder sogar den Raum verlassen. Dies sind nicht zuletzt Formen des Widerstands.

Gruppen- und Einzelsitzungen haben für das behandelnde Team vor allem den Zweck, das allgemeine Befinden der Patienten zu sehen und abzufragen. Die Gruppensitzung ist jedoch nicht so intensiv wie manche Einzelsitzung, denn in der Gruppe können die Patienten nur oberflächlich über ihr Befinden sprechen. Es können mit den Behandelnden weder gemeinsam Therapieziele formuliert noch therapeutische Inhalte angepasst werden. Den Patienten wird außerdem nicht die ganze Aufmerksamkeit der Experten zuteil – ein weiterer Gegensatz zur Einzelsitzung.

Die Gruppensitzung kann auch als Versuch der Behandelnden interpretiert werden, die Patienten untereinander ins Gespräch zu bringen. Während bei anderen Interventionsformen immer nur ein Teil von ihnen anwesend ist, kommen in der Gruppensitzung alle Patienten regelmäßig zusammen. Sie können über ein Thema sprechen, das alle tangiert. Dadurch werden gemeinsame Bezüge geschaffen, Anstöße für Inhalte zur Unterhaltung der Patienten untereinander gegeben und möglicherweise auch der Gruppenzusammenhalt gestärkt.

Implizit schwingt in der Klinik, in der die Privatpatienten einzeln und in der Gruppe und die Kassenpatienten nur in der Gruppe visitiert werden, eine unterschiedliche Wertung mit. Die Patienten bemerken diese Unterscheidung. Dass in den Einzelsitzungen in Berlin stets eine Person in leitender Funktion anwesend ist, wirkt auf manche Patienten so, als würde diesen Patienten eine größere Wertschätzung entgegengebracht, als würde man sich für sie mehr Mühe geben. Das ist eine von mehreren Möglichkeiten. Tatsächlich liegen dahinter aber auch nicht selten versicherungstechnische Gründe. Privatpatienten haben häufig ein Anrecht auf eine sogenannte Chefarztbehandlung, Kassenpatienten hingegen nicht.

Stark auffällig ist auch, dass die Ärzte die Gruppensitzung auf der Berliner „Kassenstation“ nach der kurzen Begrüßungsrunde verlassen. Dies lässt darauf

schließen, dass ihnen die Gruppensitzung über ein kurzes In-Augenschein-Nehmen der Patienten hinaus als nicht wichtig erscheint.

Der Faktor Zeit ist bedeutungsgeladen. In der Gruppensitzung spricht jeder Patient nur wenige Sätze, in der Einzelsitzung hingegen wird mit jedem Patienten ausführlicher und deutlich länger gesprochen.

#### **4.5 Fallbesprechung**

Bei keiner der Fallbesprechungen (auch Fallvorstellungen genannt), an denen ich teilnehmen darf, wird ein Patient mit der Hauptdiagnose Depression vorgestellt. Einige leiden zwar auch unter depressiven Symptomen, im Vordergrund steht aber eine andere Erkrankung. Weil die Fallbesprechung jedoch unabhängig von der Diagnose gleich abläuft (also auch bei Patienten mit der Hauptdiagnose Depression in der gleichen Weise durchgeführt würde) und sie einen wichtigen Teil des Geschehens in den Kliniken ausmacht, möchte ich sie thematisieren.

In einer Fallvorstellung präsentiert ein Arzt einen seiner Patienten dem Expertenteam der Klinik, das aus allen dort tätigen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten sowie einigen Vertretern der Pfleger, der Ergo-, Sport- und anderer Therapien besteht. In Berlin finden solche Sitzungen jede Woche und in München jede zweite Woche statt.

Den jeweiligen Patienten für eine Fallbesprechung wählt der behandelnde Arzt aus. Im Feld werden mir von den Psychiatern mehrere mögliche Gründe für die Auswahl mitgeteilt. So kann ein Patient selektiert werden, weil er einen besonders typischen oder aber besonders außergewöhnlichen Fall für eine bestimmte Diagnose darstellt. Wird letzterer in einer Fallbesprechung vorgestellt, dient sie vor allem Lehrzwecken, denn die unerfahreneren Experten können dabei lernen, wer diese Diagnose erhält. Darüber hinaus kann ein Patient ausgewählt werden, weil er auf die bisherige Therapie nicht anspricht. Der behandelnde Arzt nutzt die große Expertenrunde dann für eine Hilfestellung für ergänzende oder andere Therapien.

Vor einer Fallvorstellung muss der behandelnde Psychiater mit dem jeweiligen Patienten sprechen und sein Einverständnis für die Teilnahme einholen. In diesem

Gespräch schildert der Arzt die Situation der Sitzung und mögliche Schwierigkeiten, die der Patient während der Fallvorstellung erleben könnte. Zudem erklärt er, welche Nutzen sich aus der Intervention ziehen lassen können. Der Patient kann Fragen stellen und schließlich in die Teilnahme der Fallbesprechung einwilligen oder sie ablehnen. Leider ist es mir nicht möglich gewesen, bei diesen Gesprächen zwischen Psychiater und Patient dabei zu sein. Daher kann ich nur darauf verweisen, dass mir von den Ärzten gesagt worden ist, die Gespräche würden in der beschriebenen Form stattfinden. Ob tatsächlich immer alle erwähnten Themen so besprochen werden, bleibt unklar.

Für die Fallvorstellung trifft sich eine große Expertengruppe – mindestens 40 Personen<sup>49</sup> sind es bei meinen Beobachtungen, manchmal deutlich mehr – in einem Sitzungsraum. In beiden Städten sind in diesen Räumen lange Tischreihen für die Experten vorzufinden, der Psychiater und der Patient sitzen am Kopfende des Raumes.

Da die Patienten nicht von den Depressionsstationen kommen, kenne ich sie zum Zeitpunkt der Fallvorstellung noch nicht. Ohne ein Vertrauensverhältnis ist es mir im Anschluss an die Sitzungen leider nicht möglich, intensive Gespräche mit den Patienten zu führen, etwa darüber, wie sie die Fallbesprechung gefunden haben. Die folgenden Daten beruhen deshalb auf den unmittelbar vor, in und nach der Situation beobachteten Interaktionen.

Der Ablauf der Vorstellung wirkt standardisiert und gestaltet sich in beiden Kliniken so: Zunächst wird der Patient – ohne seine Anwesenheit – anhand des psychiatrischen Befundes kurz dem Fachpublikum präsentiert, meist per Power-Point-Präsentation. Der psychiatrische Befund wird vom behandelnden Psychiater erstellt und fasst alles zusammen, was für die Behandlung des Patienten als relevant kategorisiert worden ist. Nach den Psychiatrielehrbuch-Autoren Stieglitz und Freyberger (2012: 23-7) besteht er aus folgenden Punkten:

---

<sup>49</sup> Dies ist der Mittelwert in den Fallbesprechungen, an denen ich teilgenommen habe. Die Zahl der Experten ist von Sitzung zu Sitzung und auch von Klinik zu Klinik unterschiedlich.

- Soziodemografie: Hiermit ist die Beschreibung der Identität des Patienten gemeint, also Name, Adresse, Geburtsdatum, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung, Berufssituation etc.
- Biografie: Sie wird als sehr wichtig bezeichnet, weil viele psychische Erkrankungen durch Erfahrungen im Leben des Patienten mit ausgelöst werden können.
- Krankheitsanamnese: Sie dient dazu, frühere und aktuell bestehende körperliche und psychische Erkrankungen zu erfassen. Auch das „Krankheits- und Therapiekonzept des Patienten“ nimmt hier einen hohen Stellenwert ein, weil dieses zu kennen beispielsweise Complianceprobleme<sup>50</sup> zu vermeiden hilft. Die Familienanamnese wird im Zuge der Krankheitsanamnese erhoben. Sie soll für die aktuelle Krankheit relevante Informationen aus der Familie des Patienten erfassen. Hierzu gehören soziodemografische Daten der nahen Angehörigen, psychosoziale Probleme sowie psychische und somatische Erkrankungen in der Familie.
- Somatischer Befund: Er baut auf einer ausführlichen Untersuchung des Körpers auf. Ergänzt wird er um weitere Faktoren, etwa schwere Vorerkrankungen.
- Persönlichkeit: Die Analyse der Persönlichkeit soll den behandelnden Ärzten Aufschluss geben über Persönlichkeitszüge, die der psychischen Störung zugrunde liegen. Hier spielt beispielsweise die „Beziehungsfähigkeit“ eine Rolle.
- Psychopathologischer Befund: Er ist das Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung, die psychische Merkmale und Symptome dokumentiert. Generiert werden die Merkmale und Symptome durch Selbst- und Fremdeinschätzung. Zuerst bewertet der Patient seine Situation, danach wird

---

<sup>50</sup> Für Experten bedeutet Compliance, dass Patienten sich an die ihnen vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen halten, also etwa auch die Medikamente wie verordnet einnehmen. Patienten können mehr oder weniger compliant sein. Therapieadhärenz bzw. -treue sind Synonyme für Compliance.

diese Bewertung mit den Ansichten seiner Angehörigen, des Psychiaters und des Pflegepersonals ergänzt. In den psychopathologischen Befund fließt auch mit ein, wie der Patient sich in der Situation der Untersuchung verhält. Beispiele für solche Verhaltensmerkmale sind das äußere Erscheinungsbild, das Sprechverhalten, der Antrieb und die Affektivität.

Im Anschluss an die Präsentation mittels psychiatrischen Befundes wird der Patient, der manchmal schon vor der Tür wartet, in den Saal geholt. Ihm wird ein Stuhl vor dem Publikum zugewiesen, neben ihm nimmt der behandelnde Psychiater Platz. Dieser begrüßt den Patienten kurz im Namen aller Anwesenden, die nicht vorgestellt werden. Der Arzt beginnt nun ein Gespräch mit dem Patienten, bei dem die anderen Experten im Saal zuhören. Dabei stellt er zunächst meist offene Fragen, etwa „Können Sie uns sagen, warum Sie zu uns gekommen sind?“, „Welche Krankheit haben Sie?“ oder „Wie war die Depression?“. Der Patient antwortet auf diese Fragen in der Regel in wenigen Sätzen. Hierauf folgen spezifischere Fragen, die den Patienten beispielsweise in eine Richtung lenken, von der der Arzt sich erhofft, weitere Anhaltspunkte von der Expertenrunde für eine erfolgreiche Behandlung des Patienten zu erhalten. Nach einigen Minuten beendet der Psychiater den Dialog und öffnet das Gespräch für die gesamte Runde, oft eingeleitet durch den Satz: „Dürfen Ihnen jetzt die Kollegen noch Fragen stellen?“ Die Experten im Publikum erkundigen sich dann beim Patienten über weitere Themen und unterhalten sich über ihn. Sie besprechen untereinander, welche Untersuchungen bzw. Therapien schon durchgeführt wurden und welche ihrer Ansicht nach noch sinnvoll wären. Dann bedankt sich der die Runde leitende Arzt bei seinem Patienten und schickt ihn aus dem Raum. Es folgt ein Gespräch unter den Experten, das meist länger dauert als die Vorstellung des Betroffenen vor der Runde. Hierbei geht es um Diagnose und Therapie; Der behandelnde Arzt bekommt einige Fragen gestellt, auf die er eingeht, und begründet seine Diagnosestellung und Therapiewahl. Häufig haben diese Expertengespräche auch Brainstorming-Charakter: Gemeinsam wird noch einmal darüber nachgedacht, woran der Patient genau leiden könnte und welche Untersuchungen oder Therapien anzuraten sind. Manchmal wird in den Fallvorstellungen der Berliner Klinik auch eine

Idee für einen wissenschaftlichen Artikel besprochen. Als beispielsweise einmal erwähnt wird, dass der vorgestellte Patient eine außergewöhnliche Nebenwirkung auf ein bestimmtes Medikament zeigt, überlegen einige Experten in der Runde, dies zu publizieren.

Meistens ist die Haltung der Experten den Patienten gegenüber freundlich und es herrscht eine Atmosphäre der Empathie und Hilfsbereitschaft – Empathie des Behandelnden dem Patienten gegenüber in Form einer freundlichen und zugewandten Art, mit ihm zu sprechen, und Hilfsbereitschaft der Expertenrunde der Psychiater-Patient-Dyade gegenüber.

Einzelne Vorstellungen jedoch lösen bei mir Befremden aus, weil die Patienten meiner Meinung nach im negativen Sinn „vorgeführt“ werden. Ein Beispiel (Fallbesprechung, 22.02.2011) möchte ich nun ausführlicher darlegen: Die Diskussion in der Münchner Klinik ist schon so weit fortgeschritten, dass bereits das Publikum einbezogen wird. Der Patient, der die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung erhalten hat, fragt, wer denn bestimme, welcher Mensch normal sei und welcher in eine psychiatrische Klinik komme. Eine Therapeutin aus dem Publikum fragt ihn daraufhin, ob er denn nicht einsehe, dass er bestimmte Dinge in der Familie gemacht habe und sie ihm deshalb helfen wollen würden, er aber dazu auch ausgebremst werden müsse. Der Patient sagt zur Therapeutin, sie spiele keine Rolle, denn sie sei der kleinere Gott, er der höchste, und der höchste Gott könne von kleineren Göttern gestört werden. An dieser Stelle unterbricht ihn der behandelnde Psychiater und sagt in scherzendem Ton: „Vielleicht ist das eigentliche Problem ja ein Nerv im Gehirn, der zu eng ist.“ Das Publikum lacht laut auf. Der Patient jedoch reagiert auf diese mir sehr unangenehme Situation souverän und meint: „Ist es schon so weit, lachen Sie mich aus?“ Das Lachen verstummt schlagartig, der behandelnde Psychiater verneint. Es folgt eine Sequenz, in der die Behandelnden versuchen, den Patienten von der fehlenden Logik seiner Gedanken und der Notwendigkeit der psychiatrischen Behandlung zu überzeugen. Dieser Versuch scheitert meiner Meinung nach. Der Patient wird daraufhin verabschiedet und verlässt den Raum. Es wird noch einmal kurz über ihn gesprochen, vor allem darüber, ob eine körperliche Erkrankung hinter seinen Symptomen stecken

könnte. Trotz dieser Situation ist zu der Gesamtatmosphäre der geschilderten Fallbesprechung zu sagen, dass sie eher auf freundliche Art verlaufen ist und die Experten zugewandt und hilfsbereit gewesen sind und das Auslachen des Patienten in der Sitzung eher aus dem Rahmen gefallen ist (ebd.).

Grundsätzlich kann der Gedanke, in einen Raum mit 40 Psychiatriemitarbeitern geführt zu werden, um dort vor all diesen fremden Menschen sehr persönliche Dinge von sich preiszugeben, bereits eine Person *ohne* jegliche Erkrankung aus der Fassung bringen – erst recht problematisch kann solch eine Situation für Menschen *mit* einer psychischen Erkrankung sein. Die Patienten reagieren jedoch unterschiedlich. Es gibt auch Vorstellungen, bei denen sie aufmerksam in die Runde blicken und selbstsicher, kaum nervös wirken. Bei einem Patienten hat es den Anschein, dass er die Aufmerksamkeit regelrecht genießt. Dass sich so viele Experten ausschließlich ihnen widmen, kann Patienten das Gefühl verleihen, etwas Besonderes zu sein. Sie bekommen sozusagen eine „Sonderbehandlung“, denn die anderen Patienten auf ihrer Station werden nicht in eine Fallvorstellung eingeladen. Allein die Beobachtung, dass sich so viele Experten intensiv um einen kümmern, kann bewirken, dass sich die psychische Verfassung eines Patienten bessert.

Interessant ist zu beleuchten, was in der Fallvorstellung *nicht* zur Sprache kommt. In psychoanalytischer Tradition wird das Äquivalent zum psychiatrischen Befund als „Fallbericht“ bezeichnet. In diesen Fallbericht wird neben den Symptomen und der subjektiven Krankheitserfahrung des Patienten noch dessen Lebensgeschichte und darüber hinaus die Behandlung, also „die Geschichte des Prozesses, der sich zwischen Patient und Analytiker entwickelt“ (Michels 2009: 17), mit aufgenommen. Diese Beziehungsdimension wird in der kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychiatrie jedoch von Beginn an, nämlich von der Befunderstellung an, ausgeblendet. Der Befund liefert damit lediglich Informationen in eine Richtung – nur Ansichten *des Therapeuten über den Patienten*. Durch diese Auslassung entsteht der Eindruck, der Psychiater als Person bzw. die Beziehungsdimension Patient/Psychiater hätte keinen Einfluss auf die Therapie. Es wird impliziert, die Sicht des Therapeuten auf den Patienten wäre objektiv. Tatsächlich jedoch ist in der Psychiatrie der Arzt selbst sein

wichtigstes Messinstrument. Diagnosen etwa stellt er ausschließlich aufgrund von subjektiven Einschätzungen, weil es für psychische Erkrankungen keine Labortests<sup>51</sup> oder anderen Tests gibt, die in die Diagnostik einfließen könnten. So kann Objektivität nur scheinbar hergestellt werden.

Das Arrangement der Fallbesprechung zeichnet sich durch den standardisierten Ablauf, die frontale Präsentation des Patienten vor den Experten und das Sprechen über den Patienten auch in dessen Anwesenheit aus. Dieses Arrangement als Ganzes gesehen deutet auf den Versuch der Experten hin, die Krankheitserfahrung eines Patienten zu objektivieren. So wird der Mensch für die Experten zu einem bearbeitbaren „Fall“ und damit zu einem Objekt.

Dieser Prozess der Objektivierung ist auch daran festzumachen, dass alles aus der Biografie des Patienten „herausdividiert“ wird, was den Experten für die Erkrankung nicht relevant erscheint. Zwar werden seine Biografie und Persönlichkeit thematisiert, aber nur zu den Teilen, die für die Experten für die psychische Erkrankung bedeutend sind (etwa im Rahmen des psychopathologischen Befundes). Die Objektivierung zeigt sich zudem darin, dass die Behandelnden dem Patienten zu Beginn nicht vorgestellt werden, stattdessen wird nur der Patient als Fall präsentiert. Wer in einer Fallbesprechung vorgestellt wird, der erscheint nicht mehr als Mensch mit einer komplexen persönlichen Geschichte, sondern wird reduziert auf seine Rolle als Patient – der Mensch wird damit zum Fall.

In dieser Rolle muss ein Mensch während einer Fallbesprechung mit Geschehnissen umgehen, die anderswo kaum denkbar wären. Beispielsweise wird vor ihm über ihn gesprochen, was in anderen Kontexten nicht als adäquates soziales Verhalten gelten würde. Außerdem versuchen die Experten selten, ihre Aussagen dem Patienten

---

<sup>51</sup> Auch Labortests würde ich nicht als vollkommen objektiv und eindeutig bezeichnen – ganz abgesehen davon, dass Objektivität grundsätzlich als Konzept infrage zu stellen ist. Die Aussagekraft eines Labortests hängt von der jeweiligen Spezifität und Sensitivität des Tests ebenso wie von weiteren Faktoren ab. Beispielsweise können Verwechslungen in der Übermittlung der Proben und andere Fehler auftreten. Zudem sind Labortests für sich genommen meist nicht aussagekräftig, sondern müssen um ärztliche Einschätzungen zum klinischen Bild ergänzt werden.

verständlich zu machen. Diese Verhaltensweisen können ebenfalls als Teil des Objektivierungsprozesses betrachtet werden.

Nachdem der Patient als Fall präsentiert worden ist, folgt der anhand der zeitlichen Priorisierung erkennbare wichtigere Teil: Die Experten beraten sich untereinander. Es wird weniger lang mit dem Patienten gesprochen als über ihn, nachdem er hinausgeschickt worden ist. So scheint der Beitrag des Patienten in nicht mehr als dem Lebendigmachen eines Falles zu liegen. Dies verstärkt den Eindruck, dass die Patienten in Fallbesprechungen „vorgeführt“ werden.

Neben der Thematisierung der therapeutischen Beziehung fehlt in den Fallvorstellungen häufig noch Weiteres. Oft werden beinahe ausschließlich medikamentöse Therapien der Patienten angesprochen. In viel geringerem Ausmaß wird darüber gesprochen, welche Art der Psycho-, Sozio-, Bewegungs- oder einer anderen Therapie der Patient erfahren hat bzw. welche künftig noch geplant ist. Dies kann daran liegen, dass die hauptsächlich wortführenden Personen Psychiater sind, deren Hauptaugenmerk – zumindest in den Kliniken, in denen ich forsche – die medikamentöse Therapie der Patienten zu sein scheint. Da alle Behandlungen in der Klinik einander ergänzen und Fallbesprechungen nicht nur ein Austausch über medikamentöse Therapien sein sollen, sondern eine Gesamtbesprechung eines Patienten, scheint diese Hierarchisierung der Behandlungseinheiten eine problematische Verkürzung darzustellen.

Nicht thematisiert wird in der Fallvorstellung zudem, dass die Standards in der Psychiatrie unscharf sind. So sind etwa die Diagnoseinstrumente nur mit dem subjektiven Urteil des Behandelnden einsetzbar und viele Therapien nach der Trial-and-Error-Methode anzuwenden. Möglicherweise ist die Herstellung scheinbarer Objektivität ein Versuch, solche Unschärfen zu kompensieren.

Als Versuch, solcher Unsicherheit habhaft zu werden, kann auch die Verortung in körperlichen Prozessen gesehen werden. Nach wie vor ist die cartesianische Trennung von Körper und Geist in der Medizin und Psychologie üblich, wenngleich einige Vertreter dieser Fächer immer wieder darauf verweisen, dass diese Trennung jeglicher empirischer Grundlage entbehrt. Nach der Vorstellung des Mannes, der sich als „Gott“

bezeichnet hat (ausführliche Beschreibung der Situation s. oben), wird vorrangig besprochen, ob eine körperliche Erkrankung hinter seiner schizophrenen Erkrankung stehen könnte. Psychotherapeutische Verfahren kommen gar nicht zur Sprache. Die Experten scheinen zu hoffen, dass eine andere, physisch deklarierte Krankheit der Grund für die Schizophrenie ist, weil sie dieser eventuell medikamentös beikommen können.

Vor allem in Lehrkrankenhäusern sollen Auszubildenden in der Fallvorstellung entweder für ein Krankheitsbild besonders typische oder besonders außergewöhnliche Patienten gezeigt werden. An ihrem Beispiel wird die Erstellung einer Diagnose oder die Wahl einer Therapie vorgeführt. Dies hilft zunächst den Experten und manchmal auch den Patienten der Klinik durch längerfristig besser qualifizierte Experten. Dem Patienten, der sich in der großen Runde vorstellen soll, hilft es aber nicht direkt.

Für den einzelnen, der Expertenrunde vorgestellten Patienten kann die Fallbesprechung bedeutend sein, wenn es dem behandelnden Team etwa gelingt, die gegebene bzw. angedachte Diagnose zu überdenken. So kann ein gemeinsames Brainstorming dazu führen, dass der behandelnde Arzt nach der Sitzung weitere diagnostische Tests in Angriff nimmt, sich daraus neue Hinweise ergeben und der Patient schließlich eine neue Diagnose erhält. Wenn die neue Diagnose für den Patienten passender ist, dann kann die daraufhin erfolgende Therapie zur Besserung oder sogar Heilung seines Leidens führen. Eine andere Möglichkeit ist, dass die Expertenrunde zwar nicht die Diagnose infrage stellt, dafür aber beispielsweise eine vom behandelnden Arzt noch nicht durchgeführte Therapie vorschlägt, die sich später möglicherweise positiv auf den Zustand des Patienten auswirkt.

Im Rahmen der Gesamtheit aller Therapien eines Patienten kann die Fallbesprechung – wenngleich nicht jeder Patient an ihr teilnimmt – somit als Instrument der Diagnose- und Therapiereflexion gesehen werden. Dies geschieht durch den Einbezug einer großen Expertengruppe. Die Fallbesprechung wirkt damit wie eine stark erweiterte Visite, die neben anderen Zwecken auch diesen Reflexionsprozessen dient.

Besonders bei den ersten Beobachtungen von Fallbesprechungen empfinde ich es als sehr unangenehm, einen Menschen als „Fall“ vorgeführt zu bekommen. Die Fallvorstellungen rufen bei mir manchmal Erinnerungen an Berichte aus vergangenen geglaubten Zeiten hervor, zu denen Menschen mit außergewöhnlichen Merkmalen, etwa Kleinwüchsige, in Zirkusschauen dem Publikum zur Unterhaltung vorgeführt worden sind. Obwohl ich durchaus den Sinn der Fallbesprechungen für die einzelnen Patienten und für die Patientenschaft insgesamt erkennen kann, bleibt für mich das Gefühl bestehen, dass Vorfürungen psychisch kranker Menschen problematisch sind.

## **4.6 Pharmakologische Therapie**

Im stationären Alltag werden Menschen mit Depressionen Medikamente verabreicht. In diesem Kapitel richtet sich der Blick auf die zwei Arten, die auf den Stationen die größte Rolle spielen: Antidepressiva und Benzodiazepine. Anstatt ausführlicher Beschreibungen dieser Psychopharmakotypen – ihrer Zusammensetzungen, Wirkungen und Nebenwirkungen – folgt ein Überblick über den psychiatrischen Einsatz der Medikamente. Zudem wird auf die Erfahrungen eingegangen, die Betroffene mit ihnen machen.

### **4.6.1 Benzodiazepine**

Im Bedarfsfall, beispielsweise bei einer Verschlechterung der Symptome oder eintretender Suizidalität, können Benzodiazepine wie etwa Tavor® als „Beruhigungsmittel“ gegeben werden (Benkert und Regen 2014: 11). Ein solcher Einsatz ist nur kurzzeitig ratsam – nach zwei bis vier Wochen sollen Benzodiazepine ausgeschlichen werden (ebd.: 33), bis schließlich ganz auf ihre Einnahme verzichtet werden kann. Diese zeitliche Befristung der Einnahme ist entscheidend, weil Benzodiazepine schnell abhängig machen.

Das folgende Zitat aus einem Aufnahmegespräch in der Münchner Klinik zeigt, welche Bedeutung die Ärztin Medikamenten, in diesem Fall Benzodiazepinen, beimisst:

*Frau Breuer hat gerade starke Kopfschmerzen.*

Psychiaterin Detmold: Wollen Sie eine Kopfschmerztablette?

Frau Breuer: Nein, danke. Ich nehme keine Medikamente eigentlich.

Psychiaterin Detmold *sieht mich an und sagt leise, kaum hörbar*: Das kann was werden.

Psychiaterin Detmold: Da müssen wir jetzt auch nichts überstürzen, wir schauen jetzt mal, wie es Ihnen geht, beobachten das, und Sie müssen wissen, wenn es Ihnen schlecht geht, Sie Suizidgedanken bekommen oder sich quälen, dann sollen Sie jederzeit zu uns kommen. Wir können damit umgehen, wir packen Sie nicht so schnell auf die [Geschlossene, VS]. In der Psychiatrie arbeiten wir mit einem Mittel, das wir Ihnen geben, damit Sie sich ruhiger fühlen. Das hilft Ihnen, sich zu entspannen. Das geben wir bei Bedarf. Es macht wie Alkohol auch abhängig, aber wenn man es nicht zu viel nimmt, passiert das nicht, nur der Gewöhnungseffekt ist problematisch. Aber da achten wir darauf. Wir sagen Ihnen dann schon, wenn Sie es zu viel nehmen.

(Aufnahmegespräch, 14.02.2013)

Die Patientin äußert eine generelle Abneigung gegen Medikamente, was die Ärztin mit einem ablehnenden Kommentar quittiert, den allerdings nur ich hören kann. Dieser Kommentar verweist darauf, dass das Einverständnis der Patienten, medikamentös behandelt zu werden, Grundvoraussetzung für eine Therapie auf der Station ist. Interessant ist, dass die Ärztin der Patientin auf freundliche und beschwichtigende Weise erklärt, wie in der Psychiatrie mit einem Mittel zur Entspannung (gemeint ist Tavor®) gearbeitet wird. Sie möchte der Patientin den Eindruck vermitteln, dass die Mitarbeiter der Station sich ihrer annehmen und dass die Patientin sich in deren Hände fallen lassen kann, mindestens hinsichtlich der medikamentösen Therapie: „[...] da achten wir darauf, wir sagen Ihnen dann schon, [...]“ (ebd.). Eine generelle Skepsis gegenüber Medikamenten, wie in diesem Fall, kommt im Feld nur in Einzelfällen vor. Die große Mehrheit der Patienten stellt die Einnahme von Medikamenten hingegen nicht infrage und akzeptiert sie als sinnvoll und zur Therapie gehörend.

In der Klinik werden Benzodiazepine in Bedarfsfällen und vor allem, wie zuvor beschrieben, zu Beginn der Therapie eingenommen. Die beruhigende Wirkung der Medikamente soll den Patienten während der Anfangszeit in der Klinik dabei helfen, aus ihrem akut depressiven Zustand herauszukommen, sich etwas zu stabilisieren und für die verschiedenen therapeutischen Interventionen bereit zu werden.

Einige Patienten berichten, sie hätten die Beruhigungsmittel gerade zu Beginn der Therapie gebraucht, weil sie ihnen geholfen hätten, ruhiger zu werden und nicht nur physisch, sondern auch psychisch in der Klinik anzukommen. Milena erzählt aber auch, dass die Wirkung sie rasch gestört habe, weil sie sich „wie in Watte gehüllt“ gefühlt habe. Dass Gefühle unter der Einnahme von Benzodiazepinen nur noch sehr schwach

wahrgenommen würden, ist von vielen Patienten zu hören, die diese Mittel nehmen. Viele empfinden diesen Zustand als sehr unangenehm. Hinzu kommt, dass Benzodiazepine Symptome der Depression unterdrücken und die psychische Verfassung einer Person für andere schwerer einschätzbar machen. Experten benötigen viel Erfahrung, um in der Lage zu sein, die Wirkung dieser Medikamente richtig einzuordnen und den Betroffenen die nötige Hilfe zukommen zu lassen.

#### **4.6.2 Antidepressiva**

Über Antidepressiva wird auf den Stationen mehr gesprochen als über alle anderen Medikamente. Sie sind die größte medikamentöse Konstante für die Patienten, weil sie häufig über den längsten Zeitraum eingenommen werden. Außerdem stellen sie die Medikamentenkategorie dar, die *spezifisch* gegen Depressionen eingesetzt wird.

Die Wirkungen und Nebenwirkungen von Antidepressiva sind je nach Präparat unterschiedlich, es handelt sich um eine heterogene Pharmakagruppe. Die einzelnen Präparate können bei den verschiedenen Formen von Depressionen unterschiedlich stimmungsaufhellend und/oder antriebssteigernd wirken (Benkert und Regen 2014: 1).

Um ein für den Einzelfall geeignetes Medikament zu finden, sollen Ärzte medizinischen Standards zufolge Antidepressiva nach bestimmten Kriterien auswählen, etwa nach möglichen Nebenwirkungen, weiteren Erkrankungen und früheren Erfahrungen mit Antidepressiva (ebd.: 11-2). Doch auch bei strenger Befolgung aller Kriterien der Medikamentenwahl bleibt es letztlich unmöglich, einen individuellen Therapieerfolg mit einem bestimmten Antidepressivum zuverlässig vorherzusagen (ebd.).

Im Folgenden paraphrasiere ich die Beschreibung von Benkert und Regen (2014: 10-1) zum ärztlichen Vorgehen bei der Gabe von Antidepressiva. Medizinische Standards sehen vor, dass Antidepressiva im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans gegeben werden, der neben den Medikamenten auch Psycho- und Soziotherapie, Psychoedukation und andere Interventionen beinhaltet. Mit der Therapie soll möglichst früh begonnen werden. Die Medikamente verschreibenden Psychiater

sollen ihren Patienten ein verständliches biopsychosoziales Konzept ihrer Krankheit und der Therapie vermitteln. Die Behandlungsstrategien, erhofften Wirkungen, möglichen Nebenwirkungen und Phasen der Therapie sollen mit den Patienten gemeinsam erörtert werden. Außerdem soll den Patienten erklärt werden, dass sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische und gegebenenfalls andere Maßnahmen zur Verringerung der Beschwerden notwendig sind. Falls möglich, soll die Therapieentscheidung eine gemeinsame zwischen Behandler und Behandeltem sein. Den Patienten zu informieren und mit einzubeziehen, ist für die Psychiater nicht zuletzt in puncto Therapieadhärenz der Patienten wichtig (ebd.).

Von vielen Erkrankten wird die Depression als körperliches, präziser gesagt im Gehirn verortetes Phänomen aufgefasst. Auf meine Frage, wo ihre Depression sitze, antwortet beispielsweise Frau Filling: „Ich würde schon sagen im Kopf. Ich bin eh sehr kopflastig und ich bin dann schon auch immer sehr böse auf meinen Kopf, dass der immer so viel arbeitet *lacht*, wo er vielleicht auch einmal nicht arbeiten sollte. Ich denke, manchmal wäre es einfacher, wenn der Kopf sich auch einmal ausschalten könnte“ (Frau Filling, 1.). Auf dieselbe Frage antwortet Milena so:

Milena: Ja. *Sie führt beide Hände an ihren Kopf. Da! Sie lacht.*

Stülpnagel: Ja, ja. Eindeutig für dich.

Milena: Ja.

Stülpnagel: Und auch schon immer?

Milena: Nein, ich glaube, früher war sie mehr im Herzen. Jetzt ist sie mehr im Kopf.

(Milena, 1.)

Milena erzählt hier von einer veränderten Wahrnehmung, die mit therapeutischen Einflüssen einhergehen könnte. Sie hat im Lauf der Zeit in verschiedenen Therapien, so ist zu vermuten, gelernt, ihre Erkrankung mehr und mehr im Kopf zu verorten.

Zum Krankheitskonzept solcher Patienten passt eine Therapie, die spezifisch auf das Gehirn einwirkt, besonders gut: Wenn Experten ihnen erklären, die Depression sei eine Stoffwechselerkrankung des Gehirns, gegen die antidepressive Medikamente wirken würden, nehmen sie dies dankbar auf.

Patienten erhalten in der Klinik sehr oft neue Medikamente. In diesem Fall ist es gesetzlich vorgeschrieben, dass sie von ihrem behandelnden Psychiater über Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt werden. Diese sind je nach Medikament in ihrer Art und Häufigkeit unterschiedlich. Sie reichen von weniger belastenden Erscheinungen wie Mundtrockenheit bis zu schweren Erkrankungen verschiedener Organe, beispielsweise des Herzens (Benkert und Regen 2014). In der Empirie zeigt sich, was für viele Therapien nachgewiesen ist: Meist erinnern sich die Patienten nur bruchstückhaft an die Themen, die sie aus der ärztlichen Aufklärung wissen müssten. Dies kann an lückenhafter Information durch den Arzt, kognitiven Einschränkungen beim Patienten oder auch einem Kommunikationsproblem – etwa unterschiedlichen Milieus und Sprachweisen – liegen. Oft sind es Patienten mit hohem Bildungsstand, die genau über ihre Medikamente, deren Wirkungen und Nebenwirkungen Bescheid wissen. Das liegt auch daran, dass sie sich zusätzlich selbst informieren.

Die meisten Patienten möchten ihren Umgang und ihre persönlichen Erfahrungen mit Antidepressiva mit ihren Mitpatienten besprechen, etwa in den verschiedenen therapeutischen Gruppen. Für sie ist es besonders interessant zu erfahren, wie andere Betroffene die Medikamente erleben. Häufig beobachte ich, dass neu in der Klinik angekommene Patienten von Patienten informiert werden, die sich schon länger auf der Station befinden. Oft berichten die erfahreneren Patienten beispielsweise, dass es mindestens zwei bis drei Wochen dauere, bis man in der Klinik wirklich ankomme, und dass man auch ungefähr ab diesem Zeitpunkt die gewünschte Wirkung der Antidepressiva zu spüren beginne. Die neueren Patienten sollten geduldig sein, wenn sie in der ersten Zeit keine Veränderung oder nur unangenehme Nebenwirkungen erfahren, erzählen erfahrene Patienten. Damit nehmen sie manchmal eine unterstützende Rolle für die Experten im Feld ein, indem sie deren Aussagen, wie etwa, dass die Wirkung erst nach circa zwei Wochen eintrete, untermauern. Seltener beeinflussen sie neue Patienten mit einer negativen Haltung der medikamentösen Therapie gegenüber.

Herr Redmüller berichtet, er nehme das Antidepressivum weiter, obwohl es ihm gut gehe. Damit wolle er eine Verschlechterung seines Zustands verhindern. Wie für ihn sind Antidepressiva für viele von Depressionen betroffene Menschen eine Art Stabilisierungsinstrument, denn im Feld wird nicht von „Heilung“ gesprochen. Ein gutes Ergebnis der Depressionstherapie ist eher eine Stabilisierung auf einem Niveau, das der Patient in Ordnung findet, und die Vermittlung von Kompetenzen, falls sich sein Zustand wieder verschlechtern sollte. Antidepressiva sind ein wichtiges Mittel dieses Stabilisierungsprozesses.

Einige Patienten berichten davon, ohne Absprache mit Ärzten ihre Medikation wieder einzunehmen oder abzusetzen. Frau Filling etwa hat eigenständig begonnen, ihre Medikamente zu nehmen, als sie eine sich anbahnende Depression bemerkt hat. Zu diesem Zeitpunkt lebt sie in einer neuen Stadt:

Als ich mit dem ganzen Umzug und so, also ich hatte es schon wochenlang gemerkt, dass es mir nicht so gut geht, aber hab immer gehofft, na wenn es jetzt mal wirklich losgeht, dann ist vielleicht die Nervosität auch vorbei und dann geht es halt auch los und dann ist es auch ganz gut. Aber nach ein paar Wochen [...], auch wieder so Mitte August, da war es auch echt heftig, weil ich mich da natürlich auch besonders allein fühlte, ich hatte ja auch keinen Arzt und keinen Therapeuten und im Prinzip war alles neu. Dann hab ich angefangen, wieder Tabletten zu nehmen [...]. Ich dachte präventiv oder weil ich auch merkte, es geht wieder los, hab ich wieder das genommen, was ich vorher genommen hatte. Aber das hat dann auch nicht geholfen. Zumindest natürlich eh nicht so schnell und so allein und nicht wissend, wie viel eigentlich. Dann haben wir auch relativ schnell einen Arzt aufgetrieben. (Frau Filling, 1.)

Frau Filling macht hier deutlich, wie wichtig die Beziehungsdimension zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient für die Depressionstherapie ist. Allein, womit sie hier „ohne ärztliche Begleitung“ meint, hilft ihr das Antidepressivum nicht. Erst mit dieser Begleitung beginnt sich ihr Zustand wieder zu bessern.

Als mir Milena einige Zeit nach ihrer Entlassung erzählt, sie habe das Antidepressivum abgesetzt, frage ich sie, ob ihr Arzt ihr das nahegelegt habe. Sie verneint, die Ärzte hätten das Medikament ja auch immer weiter „raufgeschraubt“, also habe sie einige Tage zuvor angefangen, eine niedrigere Dosis zu nehmen, weil es ihr ja gut gehe. Seit fünf Tagen habe sie nun sogar komplett vergessen, das Antidepressivum zu nehmen. Weil es ihr gut gehe, habe sie vor, es jetzt nicht mehr zu nehmen (Milena, 18.06.2013).

Milena und Frau Filling beobachten ihr Befinden und passen ihren Medikamentenkonsum daran an. Im Lauf der Begleitung der Patienten in und nach der Klinik zeigt sich, dass viele Patienten ihre Medikamenteneinnahme auf ähnliche Weise selbstständig navigieren: Sie nehmen ihr Antidepressivum oft nicht nach Behandlungsplan, also aufgrund ihrer schwereren und wiederholten Erkrankungsformen jahrelang, sondern nur so lange, wie es ihnen selbst notwendig und richtig erscheint.

Im Feld berichten viele Patienten, dass sie selbst entscheiden, wann sie wie viele Medikamente einnehmen bzw. ob sie sie überhaupt nehmen. Dies merken auch die Experten im Feld wiederholt an. Frau Blum, eine Psychiaterin in leitender Funktion, fragt andere Psychiater während einer Fallvorstellung im Hinblick auf deren Patienten: „Ist er compliant? Klar hat er die Medikamente abgesetzt, das tun sie ja alle, aber kann man mit ihm gut arbeiten auf einer Verhaltensbasis?“ (Fallbesprechung, 01.02.2013). Dieser Satz impliziert, dass es nur eine Frage der Zeit ist, bis ein Patient seine Medikamente absetzt.

Ein Gespräch mit einer Psychiaterin der Münchner Klinik zeigt ihre Sicht hierzu:

Stülpnagel: Wie ist es mit dem Medikamenteabsetzen?

Psychiaterin Huber: Viele setzen ab, wenn sie sich wohl fühlen, sie sind dann sehr froh.

Stülpnagel: Kannst du das ungefähr abschätzen, wie viele prozentual?

Psychiaterin Huber: Nach einem Jahr sicher 50 Prozent. Wenn ich mir überlege, ich bin nicht krank, warum soll ich dann Medikamente nehmen, kann ich es schon verstehen. Man muss ein paarmal schwer krank gewesen sein, um das zu verstehen. [Dass man sie weiterhin nehmen muss, um gesund zu bleiben, VS]

Stülpnagel: Darf man die Medikamente irgendwann absetzen? Was sagen Sie so jemandem, der nach einer Zeit anruft und sagt, er fühlt sich gut und will sie absetzen?

Psychiaterin Huber: Also wir richten uns ja nach den WHO-Empfehlungen. Da heißt es, dass man sechs bis neun Monate bei der ersten Depression die Antidepressiva nehmen soll. Nach jeder weiteren Episode muss man sie drei bis fünf Jahre nehmen. Es gibt auch Zeitkriterien, wenn zwei schwere [Episoden, VS] innerhalb von fünf Jahren aufgetreten sind, dann muss man sie drei bis fünf Jahre nehmen. Dann sage ich den Patienten natürlich, dass sie sie nach drei Jahren absetzen können, aber sich die Frage stellen müssen, vielleicht noch mal schwer zu erkranken, noch schwerer oder in kürzeren Intervallen. Gegen was müssen sie das abwägen? Wenn es Nebenwirkungen gibt, Gewichtszunahme etwa, kann ich es noch verstehen, aber wenn es gut vertragen wird, (...) kommt mein Spruch: „Sie sind gesund, weil Sie sich an alles halten, auch an die Medikamente.“ Es geht doch schlussendlich um ein qualitativ hochwertiges Leben, wenn es mit Medikamenten geht, ist es doch gut. Natürlich gibt es eventuell späte Nebenwirkungen.

(Psychiaterin Huber, 21.02.2011)

Die Psychiaterin formuliert einen für sie bedeutenden Punkt: Wenn es den Patienten gut geht, dann gerade *weil* sie „sich an alles halten“, also compliant sind und auch die Medikamente nehmen. Dies sehen viele Experten so. Die dauerhafte Einnahme gut wirkender und ebenso gut verträglicher Medikamente ist für sie das Ergebnis einer Abwägung zwischen einem gegenwärtig mit Gewissheit besseren Leben und zukünftig nur möglicherweise eintretenden gesundheitlichen Einbußen.

Vor einem schlagartigen Absetzen des Antidepressivums warnen alle Experten. In diesem Fall könnten Absetzsymptome wie Schwindel, grippeähnliche Beschwerden, Übelkeit oder gedrückte Stimmung auftreten (Benkert und Regen 2014: 80). Als Nebenwirkung eines raschen Absetzens kann sogar eine neue Depressionsphase entstehen – eine tragische Ironie. Jana hat Erfahrungen gemacht mit dem plötzlichen Absetzen des Antidepressivums. Wir sprechen in der Klinik darüber, als sie sich etwas besser fühlt. Hierzu ein Auszug aus den Feldnotizen: *„Sie hatte Absetzungserscheinungen, als wir uns das letzte Mal sprachen. Sie habe da gerade das letzte Medikament abgesetzt und die Nebenwirkung beim Absetzen sei eben unter anderem genau die Depression. Ich sage mit einem sarkastischen Unterton, ja das sei natürlich super. Wir lachen beide.“* (Jana, 17.07.2013)

Um solche Absetzungserscheinungen zu verhindern, sollten Antidepressiva „ausgeschlichen“ werden, das heißt, dass die Dosis nach und nach verringert werden soll (Benkert und Regen 2014: 81).

Jana berichtet einige Monate nach ihrer Klinikentlassung, schon nach einem Tag einer versehentlichen Nichteinnahme ihres Antidepressivums sei es ihr schlecht gegangen. Das sei für sie ein Zeichen, dass es wirken würde, denn obwohl ihr gar nicht bewusst war, dass sie es zu nehmen vergessen hatte, habe sich ihr Allgemeinzustand verschlechtert.

Die meisten Patienten finden ihre Antidepressivatherapie wichtig und akzeptieren sie als Notwendigkeit. Auf den Stationen treffe ich auf keinen einzigen Patienten, der Psychopharmaka grundsätzlich ablehnt. Einige sind skeptisch oder haben mit Nebenwirkungen zu kämpfen. Die absolute Mehrheit jedoch vertraut wohl auf die Aussagen der Experten, die besagen, dass Antidepressiva wirksam und wichtig für ihre

Behandlung seien. Von der Gruppe der stationär behandelten Menschen mit Depressionen auf *alle* an dieser Erkrankung leidenden Personen zu schließen, wäre aber nicht richtig. Hier handelt es sich um eine spezielle Gruppe: Sämtliche Patienten befinden sich freiwillig in stationärer Behandlung. Sie haben sich, um stationär behandelt zu werden, einverstanden erklärt, dass man sie behandelt, und für diese Behandlung sind bestimmte Medikamente eine Grundvoraussetzung. Es ist denkbar, dass der Anteil derer, die Antidepressiva ablehnen, unter nicht stationär behandelten Menschen mit Depressionen deutlich größer ist.

#### **4.7 Einzelpsychotherapie**

Einzelpsychotherapien finden im Feld stets in einer Dyade statt, die aus einem Patienten und entweder einem Psychiater oder einem psychologischen Psychotherapeuten besteht. Da diese Gespräche in dieser Dyade stattfinden und nicht gestört werden sollen, kann ich nicht an ihnen teilnehmen. Dieses Kapitel beruht daher auf Erzählungen der Patienten und Experten über diese Therapien. Fast immer hat ein Patient im Feld jeweils einmal wöchentlich mit einem Psychologen und einem Psychiater ein im Feld sogenanntes Einzel. Diese Interventionsform ist die einzige, die unter vier Augen durchgeführt wird. Dafür wird das Büro des Therapeuten verwendet, wo man am ehesten ungestört ist.

Die in den Einzelpsychotherapien (kurz Einzeltherapien) am häufigsten angewendete Therapieform ist die kognitive Verhaltenstherapie. Im Folgenden paraphrasiere ich Stavemanns (2008: 88-90) Beschreibung der kognitiven Verhaltenstherapie. Ein kognitiv oder verhaltenstherapeutisch arbeitender Therapeut soll mit dem Patienten zusammen Ziele festlegen, die der Patient im Zuge der Behandlung autonom erreichen kann. Er soll dem Patienten dabei helfen, diese Ziele selbst zu formulieren, und keinesfalls eigene Vorschläge bringen. Dabei ist es wichtig, dass keine unspezifischen Therapieziele wie „Es soll mir wieder besser gehen“ (ebd.: 88) formuliert werden. Denkbare Ziele sind stattdessen beispielsweise „Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung“ oder „Abbau der sozialen Ängste und Stärkung der sozialen Kompetenz“ (ebd.: 89). Diese Ziele scheinen auf den ersten Blick schwer erreichbar und nur unwesentlich spezifischer als der Satz „Ich will wieder glücklich sein“ (ebd.).

Allerdings sollen sie gemeinsam weiter ausdifferenziert und damit spezifischer und klarer werden (ebd.: 90).

In der Praxis gehen Ärzte und Psychotherapeuten in Einzeltherapien kaum strikt nach Lehrbuch vor. Meist kombinieren sie Wissen aus Therapiemanualen mit Erfahrungswissen und bauen sich, wie eine Psychiaterin der Münchner Klinik dies ausdrückt, „einen Mischmasch an Behandlungen zusammen“ (Psychiaterin Huber, 21.02.2011). So werden auf der Basis der kognitiven Verhaltenstherapie verschiedene Therapietechniken angewendet. Beispiele hierfür sind klassisches Konditionieren, Modell-Lernen, Habituation und Löschung (beispielsweise systematische Desensibilisierung oder Konfrontations- bzw. Expositionstherapie), Methoden der Selbstkontrolle bzw. des Selbstmanagements, kognitive Techniken, Imagination oder Entspannungsverfahren (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2003: o. S.). Dass so viele unterschiedliche Techniken und auch Theorien in der Verhaltenstherapie Anwendung finden, ist eine wichtige Eigenschaft dieser Therapieform: Sie bezieht alle empirisch gestützten Methoden mit ein (ebd.).

Einzeltherapien haben wie andere Psychotherapie-Einheiten gewisse Voraussetzungen. Zu einer Psychotherapie, so höre ich es immer wieder in den Kliniken, muss ein Patient bereit sein. Er darf nicht suizidal oder in einer akuten Krise verhangen sein. Es braucht in jedem Fall erst eine gewisse Vorbereitung, die in einer Grundstabilisierung besteht. Erst wenn ein Patient über diese entscheidende Stabilität verfügt, kann die therapeutische Arbeit beginnen.

Was für ihn eine hochwertige Einzeltherapie ausmacht, erzählt mir Wolfgang im dritten Interview: In einem guten Einzel habe man das Gefühl, dass einem „der Therapeut unangenehm auf die Pelle“ rücke und „den Finger auf die Wunden“ (Wolfgang, 3.) lege. Ich habe nach:

Stülpnagel: Warum, denkst du, ist es so? Kannst du das festmachen, warum das gut ist, wenn man den Finger in die Wunde legt? Was macht das mit einem?

Wolfgang: Weil nur so kann was angerührt werden, nur so kann es zu Erkenntnisprozessen kommen, weil ich meine, das große Thema ist ja im Prinzip, sich mit sich selbst zu beschäftigen und da irgendwie weiterzukommen. Das große Thema für die meisten Leute, die Depressionen haben, ist, dass sie eben das **vermieden** haben – sich mit sich selbst zu beschäftigen und mit ihren Themen und Problemen. Das ist für mich schon eine Rolle eines Therapeuten, dass er die Menschen da hinbringen muss, wo es vielleicht auch weh tut und so. (ebd.)

Die Therapie müsse die Betroffenen berühren, sagt Wolfgang im Interview an anderer Stelle. Mit diesen Verweisen auf das körperliche Erleben einer Gesprächstherapie zeigt er etwas auf, das in den Konzeptualisierungen guter Therapiepraxis häufig mitschwingt: das Konzept der schmerzhaften therapeutischen Reinigung.

Manchen Patienten sind die therapeutisch herbeigeführten körperlich-seelischen Schmerzen jedoch zu viel. Frau Sommer beispielsweise ist vor ihrem Aufenthalt in die Berliner Klinik, in der ich sie getroffen habe, in einer anderen psychiatrischen Klinik gewesen. Dort ist ihre Depression ebenfalls stationär behandelt worden, mit der Art und Weise ist sie jedoch sehr unzufrieden gewesen. Sie hat sich – vor allem von ihrem Psychiater – verbal sehr grob behandelt gefühlt und hat nicht den Eindruck gehabt, dass ihr wirklich geholfen worden ist. In einer Gruppentherapie erzählt sie von der dortigen Einzeltherapie:

Frau Sommer: In der letzten Klinik hat man drei Monate lang in der Therapie mit dem Finger in meiner Wunde gebohrt, ich bin nur einmal da rausgegangen, ohne zu weinen. Ich wäre zu ungeduldig, sagte er [der Psychiater der vorigen Klinik, VS]. Er hat mir Skills an die Hand gegeben, ich soll Treppen laufen oder auf eine Chili beißen, damit ich keinen Bedarf [Beruhigungsmittel, VS] brauche.

Psychologe Jakob: Hat Sie das weitergebracht?

Frau Sommer: Ein bisschen. Wenn ich wütend oder ärgerlich bin, laufe ich Treppen oder beiße auf eine Chilischote, um auf andere Gedanken zu kommen. Ich habe auch die ABC-Technik gelernt, um draufzukommen, was mein Gefühl ist.

(Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013)

Frau Sommer reagiert hier auf die Frage des Psychologen mit einer Demonstration ihres Willens zur Mitarbeit an der Therapie: Sie zählt verschiedene Methoden zur Selbstregulation auf, die sie in der anderen Klinik gelernt hat. Die im Feld auftauchende Schulmetapher bemühend, kann man sagen, dass Frau Sommer damit zeigt, dass sie ihre Hausaufgaben gemacht hat und eine gute Depressionsschülerin ist. Das heißt, dass sie verstanden hat, was die Therapeuten ihr beizubringen versuchen: dass es nämlich für einen Therapieerfolg nötig ist, dass sie als Patientin gut mitarbeitet und sich anstrengt. Hier ist das Verhältnis von Therapeut und Patientin sehr hierarchisch. Der Therapeut ist der Lehrer, die Patientin die Schülerin.

Der Psychologe Jakob sagt an anderer Stelle zu den Patienten, bezogen auf die Depressionstherapie: „Deshalb müssen Sie so viel leisten [...]“ (ebd.). Damit macht er

den Diskurs um Leistung und Anstrengung auf, der sich um psychische Erkrankungen rankt. Aus Sicht der Experten lässt sich keine Depression einfach und schnell behandeln, außer vielleicht die leichteste Form der Depression. Der Patient muss stattdessen höchste Anstrengungen aufbringen und – eine häufige Formulierung im Feld – „intensiv an sich arbeiten“. Unter anderem wegen dieser für die Therapie notwendigen großen Anstrengung des Patienten muss er über die erwähnte Grundstabilität verfügen.

Der Therapeut und der Patient legen wie erwähnt zusammen Ziele fest, die der Patient im Rahmen der Verhaltenstherapie erreichen will. Wenn das Ziel erreicht ist, so die Theorie, ist die Therapie abgeschlossen. Wichtig ist hierfür die Formulierung realistischer Ziele. In der Verhaltenstherapie wird im Gegensatz zu anderen Therapieformen nicht nur gesprochen, darüber hinaus wird der Patient „zum aktiven Erproben von neuen Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien“ (Margraf 2009: 4-5) aufgefordert. Das durch die Verhaltenstherapie geänderte Verhalten soll auch im Alltag beibehalten werden (ebd.: 5). Dazu begleitet ein kognitiver Verhaltenstherapeut seinen Patienten auch ganz konkret in die Situationen, die dem Patienten besonders problematisch erscheinen.

Die Verhaltenstherapie, die die Therapeutin Anja laut eigener Auskunft mit den Patienten durchführt, beinhaltet auch eine Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Der Hintergrund dieser Alltagsübungen liegt darin, dass der Patient begleitet werden soll, damit er schrittweise lernen kann, sich mehr zuzutrauen, um die Aufgaben schließlich selbstständig zu schaffen.

Während meiner Feldforschung begleitet Anja ihre Patientin Frau Perl etwa in ihre Wohnung und versucht ihr zu helfen, dort Ordnung zu schaffen. Zuvor ist die Unordnung in ihrer Wohnung in Gesprächen zwischen Patientin und Therapeutin und im therapeutischen Team als eines der größten und dringendsten Probleme von Frau Perl besprochen worden. Sie hat große Angst davor, ihre Wohnung wieder zu betreten, die ihr voll von nicht zu bewältigenden Aufgaben erscheint.

Anjas Vorhaben, mit der Patientin in deren Wohnung zu gehen, um ihr dort dabei zu helfen, sich ihren Problemen zu stellen, ist vom Rest des therapeutischen Teams

unterstützt worden. Die Patientin selbst macht in einer Gruppentherapie jedoch klar, dass sie die Interventionen ihrer behandelnden Psychologin gar nicht als Therapie wahrnimmt:

Psychologe Manuel: Wie sehen die anderen das, wie war es für Sie, Ziele zu formulieren? Frau Perl?

Frau Perl: Bei mir schlecht, weil ich keine Therapie hatte. Ich bin mit [der Psychologin Anja, VS] in meine Wohnung gegangen, ich hatte keine Psychotherapie.

(Hautzinger-Gruppe, 01.08.2013)

Dass es einige Wochen dauern kann, bis ein Patient eine Wirkung der Einzeltherapie wahrnimmt, finden viele Patienten problematisch:

Milena: Bei mir ist das halt noch nicht passiert. Nach fünf, sechs Wochen ist es jetzt das erste Mal, dass ich Gespräche [Einzeltherapiegespräche, VS] habe, die intensiv sind.

Frau Heekeren: Das ist normal, das ist meine Erfahrung, dass man nach sechs Wochen erst das Gefühl hat, dass man was merkt.

Herr Wegener (ein neuer Patient): Was ist vorher passiert? [in den Therapien, VS]

Milena: Nichts, ich habe mich selber therapiert, mit euch. *Sie macht eine Handbewegung in den Raum, schaut die anderen Patienten freundlich an und lächelt.* Ich hatte Gespräche mit verschiedenen Leuten, zweimal mit Herrn [Carl, Psychologe, VS], ich habe immer eine Stunde lang von mir erzählt und ich musste immer wieder von vorne anfangen. Dafür, was ich gelernt habe, hätte ich nicht hier bleiben müssen, das kann ich mir auch durchlesen.

(Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013)

Manche überbrücken die ersten Wochen auf der psychiatrischen Station, bevor die Einzeltherapie zu wirken beginnt, mit anderen Mitteln. Einige nutzen die anderen Therapieangebote intensiv, etwa die Mal- oder Bewegungstherapie. In dieser Zeit ist vielen Patienten die gegenseitige Unterstützung unter Mitpatienten besonders wichtig. Milena sieht dies, wie im obigen Zitat deutlich wird, als gegenseitiges Therapieren an. Sie zeigt durch ihr Lächeln und ihre Ansprache den in der Runde sitzenden Patienten, dass ihr dieses Therapieren unter Mitpatienten guttut.

Milena sagt, sie habe in der Therapie, weil sie verschiedene Therapeuten gehabt habe, „immer wieder von vorne anfangen“ müssen. Frau Filling stimmt ihr zu, denn auch ihr bereite dieser sich immer wiederholende Neuanfang Schwierigkeiten: „Ich hatte einen Psychiater und einen Psychologen vorher, und jetzt muss ich wieder von vorne anfangen. Ich finde das sehr schwierig, es ist nicht dauerhaft. Hinterher kommt entweder wieder jemand Neues oder der alte wieder, der aber von dieser Phase hier

nichts weiß“ (ebd.). Mehrere Patienten merken Ähnliches an und dass es problematisch sei, sich immer wieder auf einen neuen Therapeuten einstellen zu müssen. Vor der Klinik haben die Patienten entweder keine oder andere Therapeuten als in der Klinik, und nach der Klinik müssen sie sich oftmals wieder neue suchen. Dieser therapeutische Bruch ist in der aktuellen Versorgungsstruktur fast unumgebar und erfolgt im Lauf einer Patientenkarriere immer wieder.

Manche Patienten äußern sehr deutliche Kritik an den stationären Einzelpsychotherapien, wie beispielsweise Milena in einem Interview mit mir: „In der Klinik gibt es keine richtige Therapie. Wenn du einem 23-Jährigen gegenüber sitzt und der soll dir helfen, das geht nicht“ (Milena, 08.02.2013). Ihrer Auffassung nach ist eine „richtige“ Therapie davon geprägt, dass der Therapeut dem Patienten hilft. Dass sie einen 23-Jährigen dafür nicht für fähig hält und das so formuliert, als wäre es ganz selbstverständlich, ist bedeutungsvoll. Es zeigt, dass ein Therapeut ihrer Ansicht nach ein gewisses Alter erreicht haben muss, damit er seine Patienten adäquat behandeln kann. Wer noch sehr jung sei, so Milena an anderer Stelle, dem fehle Lebenserfahrung und der könne einem nicht helfen. Den Umstand, dass gehäuft sehr junge psychologische Psychotherapeuten an den Kliniken arbeiten, sehen auch viele andere Patienten kritisch. Auch dies betrachte ich als ein strukturelles Problem der stationären Einzeltherapie.

Jana, Wolfgang und andere Patienten berichten mir wiederholt, als Ziel ihrer Einzeltherapie sei nur formuliert worden, dass es ihnen besser gehen soll. Wie zu Beginn dieses Kapitels geschildert, soll das in der Verhaltenstherapie nicht geschehen: Es sollen keine derart unspezifischen Therapieziele formuliert werden (Stavemann 2008: 88-9). Die genannten Patienten üben deutlich Kritik und sagen in Retrospektive, sie hätten sich von ihren Therapeuten Unterstützung bei der Formulierung klarer Ziele gewünscht. Solche Ziele hätten sie sehr wichtig für ihre Therapie gefunden.

Patienten können sich zu Beginn der Therapie auf der Station nicht aussuchen, welchen der Therapeuten sie bekommen. Ebenso wenig ist es dort möglich, dass ein von einem Patienten angestoßener Therapeutenwechsel stattfindet. Manche Patienten wenden andere Strategien an, wenn sie mit ihrem Therapeuten nicht

zufrieden sind. So beginnen mehrere mit einer zusätzlichen Einzeltherapie bei einer unter den Patienten besonders beliebten und von ihnen als sehr kompetent bezeichneten Therapeutin. Mir wird dies hinter vorgehaltener Hand erzählt. Das behandelnde Team weiß nichts davon, ich soll es auch für mich behalten. Diese Patienten gehen mit der „inoffiziellen“ Therapeutin beispielsweise spazieren und führen währenddessen therapeutische Gespräche. Dadurch, dass sich dies meist außerhalb der Station abspielt, ist es im Stationsalltag nicht sichtbar und kann gut geheim gehalten werden. Die inoffizielle Therapeutin stimmt dadurch, dass sie diese Zusatztherapien gibt, den Patienten implizit in ihrer Kritik an ihren Kollegen zu. Dies merkt auch ein Patient an.

Diese inoffizielle Therapeutin begleitet die Patienten zum Teil nach deren Entlassung noch therapeutisch weiter. Auch dies ist nicht vorgesehen, weil sie als Therapeutin nicht niedergelassen ist, sondern angestellt in der Klinik arbeitet. Jana hat mir Monate, nachdem sie die Klinik verlassen hat, erzählt, dass sie noch immer bei dieser Therapeutin in Behandlung sei. Vor allem kurz nach Verlassen der Klinik sei sie darüber sehr froh gewesen. Die inoffizielle Therapeutin habe ihr sehr geholfen. Auch dies ist ein Fall eines therapeutischen Bruchs. Jana erlebt diesen allerdings nicht, sie muss sich nicht gleich jemand Neues suchen, sondern kann bei der ihr helfenden Therapeutin bleiben.

Eine wichtige Eigenschaft von Einzeltherapien ist für die Patienten, dass man bei ihnen mehr in die Tiefe gehen kann als bei Gruppentherapien. Herr Moser merkt dies in einem Gespräch mit mir an: „Und es ist noch mal individuell oder man kann einsteigen auch auf Gruppenthemen, dass man da noch mal/ was mich jetzt besonders interessiert oder irgendwie Arbeit bringt/ dass man da im Einzelnen noch mal in die Vertiefung gehen kann. Ist schon ganz wichtig“ (Herr Moser, 1.).

Einige Patienten erwähnen wiederholt, sie hätten von der Einzeltherapie mehr erwartet, sie würde ihnen nicht helfen. Frau Heekeren und Milena etwa finden, sie wären im Hinblick auf ihre Einzeltherapie „zu kurz gekommen“ (Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013). Bei manchen ändert sich das nach einiger Zeit, aber nicht bei allen.

Frau Filling erzählt über ihre Einzeltherapie: „[...] Es ist schon das, was ich mit am wichtigsten finde, die Einzelsitzungen, und da nehme ich glaube ich auch viel mit. [...] Das ist schon hilfreich, meistens“ (Frau Filling, 1.). Obwohl sie sagt, die Einzeltherapie sei eine der wichtigsten Therapien in der Klinik, lassen ihre relativierenden Formulierungen darauf schließen, dass sie sich nicht völlig sicher ist, ob sie tatsächlich viel mitnimmt („glaube ich“) und ob das Einzel hilfreich für sie ist („schon [...], meistens“). Allerdings ist eine solche Zögerlichkeit in ihrer Situation verständlich und bedeutet nicht, dass ihre Therapie qualitativ nicht hochwertig genug ist. Zum besagten Zeitpunkt ist sie erst wenige Wochen in der Klinik und ihre Behandlung noch in vollem Gange.

#### **4.8 Gruppenpsychotherapie**

Auf den Depressionsstationen werden die Gruppen, in denen kognitive Verhaltenstherapie stattfindet, als „Hautzinger-Gruppe“ oder „Depressionsbewältigungsgruppe“ bezeichnet. Diese Gruppensitzungen dauern für gewöhnlich 50 Minuten und finden im Aufenthaltsraum der Patienten statt. Bis auf sehr wenige Ausnahmen nehmen alle Patienten, deren Zustand es zulässt, daran teil.

Die Verhaltenstherapiegruppen werden in der Vorstudienklinik von einem psychiatrischen Fachkrankenschwester und in der Hauptstudienklinik von einem jungen Psychologen in Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten in Verhaltenstherapie geleitet, teilweise begleitet von einem Co-Therapeuten, einem Psychologen im Praktikum. Nicht in allen Kliniken sind die Gruppenleiter so unerfahren.

Die Gruppenleiter in der Feldstudie planen die Sitzungen anhand der Manuale von Beck et al. (1992 [1979]) und Hautzinger (2003 [1989]). Daraus suchen sie sich für jeden Therapietermin einen bestimmten Inhalt, der bearbeitet werden soll.

Beck et al. (1992 [1979]) verfassten ein einflussreiches psychotherapeutisches Handbuch. Deren Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zielen grundsätzlich darauf ab, dass der Patient sich selbst zunächst beobachtet, dann hinterfragt und sogenannte alternative Selbstverbalisationen einübt (ebd.). So soll er sich diejenigen

individuellen Denkgewohnheiten abgewöhnen, die psychisches Leiden verursachen (ebd.). Hautzinger (2003 [1989]) adaptierte das Handbuch von Beck et al. für den deutschsprachigen Raum und entwickelte es weiter. Er wird in der Klinik deutlich häufiger – und oft in bewundernder Art und Weise – als Referenz genannt als Beck et al. (1992 [1979]). Die kognitive Verhaltenstherapie läuft nach Hautzinger (2011: 6) in sechs Phasen ab (s. Abb. 2).

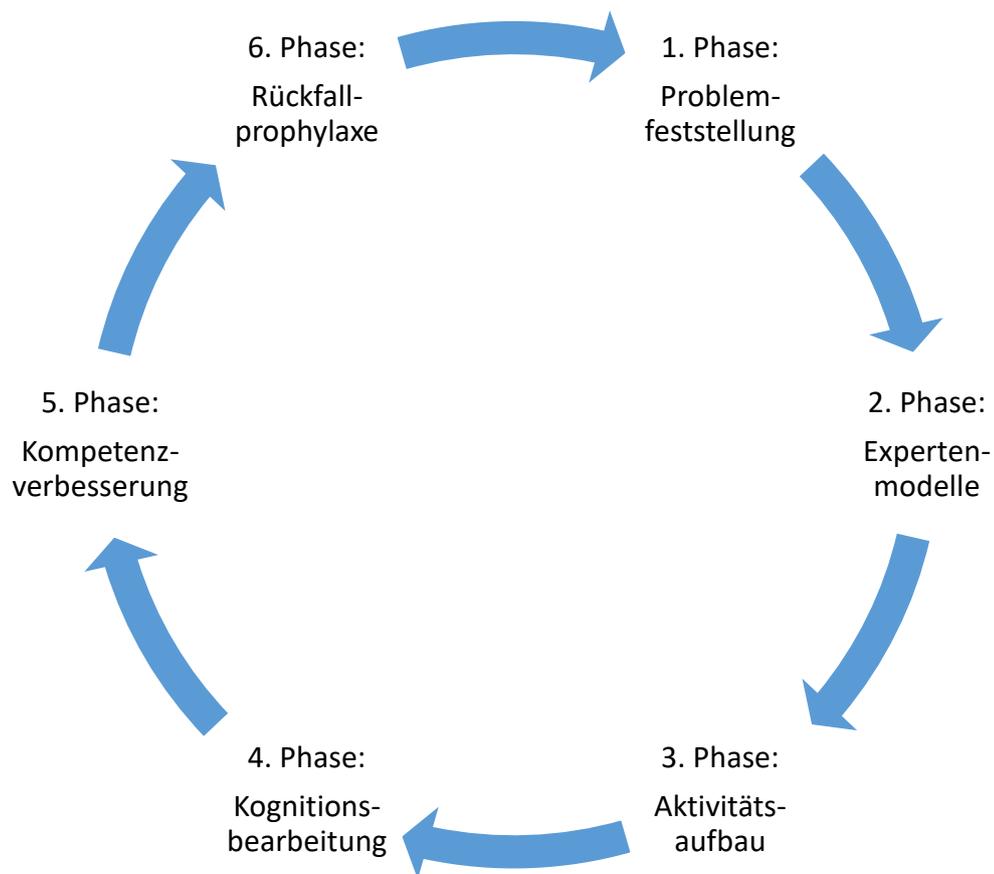


Abb. 2: Phasen der kognitiven Verhaltenstherapie, eigene Abb. in Anlehnung an Hautzinger 2003 [1989]

Die erste von Hautzingers (ebd.) Phasen der kognitiven Verhaltenstherapie ist unter anderem dazu gedacht, dass die Patienten feststellen, welche Probleme für sie im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung wichtig sind. In der zweiten Phase werden die therapeutischen Modelle vermittelt. Die dritte Phase dient zum Aufbau einer Tagesstruktur und soll die Patienten dazu motivieren, angenehme Tätigkeiten

auszuführen und allgemein aktiver zu werden. Anschließend sollen in der vierten Phase kognitive Muster und „dysfunktionale Informationsverarbeitungen“ (ebd.) bearbeitet werden. Die fünfte Phase zielt darauf ab, die „sozialen, interaktiven, problemlösenden“ (ebd.) Fähigkeiten zu verbessern. Die sechste und letzte Phase steht im Zeichen der Rückfallprophylaxe und soll den Patienten dabei helfen, sich auf künftige Krisen vorzubereiten (ebd.). Weil im Fall von chronischen depressiven Erkrankungen weitere Phasen aufkommen können und dies bei allen Betroffenen im Feld auch tatsächlich geschehen ist, stelle ich die Phasen der kognitiven Verhaltenstherapie als Kreislauf und nicht als abgeschlossenen Phasenverlauf dar.

Die sechs Phasen (ebd.) werden in der Praxis nicht der Reihe nach behandelt. Im Alltag auf Depressionsstationen ist das nahezu unmöglich, weil zu jeder Sitzung neue Patienten hinzukommen können. Daran muss sich eine Gruppe immer wieder anpassen, auch im Hinblick auf die besprochenen Themen. Tatsächlich springen Gruppen oft von Termin zu Termin von einer Phase zur anderen und später wieder zurück. Da die Phasen nichtsdestotrotz die Gruppentherapie-Inhalte in der Feldstudie prägen, ist dieses Kapitel in Anlehnung an Hautzingers Phasen (ebd.) strukturiert.

#### **4.8.1 Phase 1: Problemfeststellung**

In der kognitiven Verhaltenstherapie sollen *die Probleme von Menschen mit einer Depression* – und nicht die Depression selbst – behandelt werden (Hautzinger 2012: 315, eigene Hervorhebung). In der Anfangsphase der Therapie ist es wichtig, dass die Patienten ihre „Schlüsselprobleme“ möglichst konkret benennen und auflisten, beispielsweise mit „Schaffe es morgens nicht aus dem Bett“, „Meide andere Menschen“ oder „Bin voller Selbstzweifel“ (ebd.). Diese Problemfeststellung geschieht vor allem im Einzel und ist in den Gruppen nur am Rande Thema. So passiert es in den Gruppen mehrfach, dass Patienten von Therapeuten gestoppt werden, sobald sie anfangen, ausführlicher von ihren persönlichen Problemen zu erzählen. Ihnen wird dann gesagt, dass das angesprochene Thema in der Einzeltherapie zu besprechen sei.

In dieser ersten Phase der Therapie soll dem Lehrbuch zufolge zudem eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden (Hautzinger 2011: 6). Die Patient-

Therapeut-Beziehung ist im Kontext der Gruppenpsychotherapie ebenfalls von großer Bedeutung. Im Gruppensetting ist jedoch nicht nur diese Dyade, sondern auch in besonderem Maß die Beziehung der Patienten untereinander wichtig.

Zur Phase der Problemfeststellung gehört die Anamnese. Sie findet grundsätzlich in der Dyade Psychotherapeut/Patient bzw. Arzt/Patient statt, genauer gesagt im Aufnahmegespräch und in der Einzeltherapie.

#### 4.8.2 Phase 2: Expertenmodelle

Eine wichtige Voraussetzung der Verhaltenstherapie ist eine Patient-Therapeut-Beziehung, die auf Gleichberechtigung beruht. Diese ist für kognitive Verhaltenstherapeuten nur dann zu erreichen, wenn der Patient erfährt, welche Krankheit er hat und wie sie therapiert werden soll (Hornung 2000; Hornung und Kieserg 1994). Nach der Problemfeststellung sollen den Patienten daher die Depressionsmodelle der Experten vermittelt werden. Dies findet vor allem in Gruppensitzungen statt, oft unter der Bezeichnung „Psychoedukation“. Psychoedukation soll den Patienten Informationen über ihre Erkrankung und deren Therapie liefern (Rabovsky und Stoppe 2006: 541). Außerdem sollen die Betroffenen dadurch bestimmte Fähigkeiten erwerben, etwa den Umgang mit der Erkrankung, und emotional entlastet werden (ebd.).

Ein grundlegendes Expertenmodell ist das in den Kliniken am häufigsten vermittelte „Denken – Handeln – Fühlen“-Schema (Hautzinger 2012: 320; s. Abb. 3).

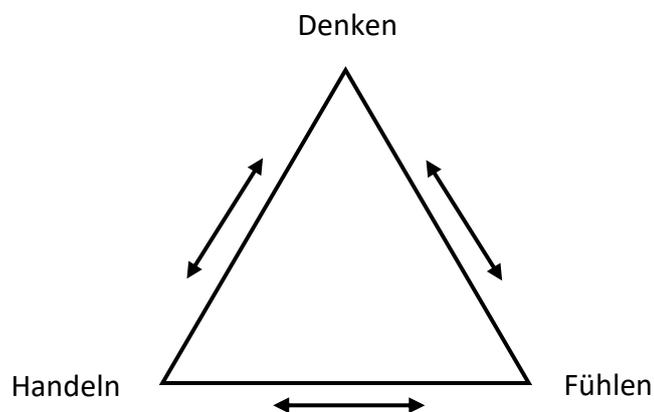


Abb. 3: eigene Abb., in Anlehnung an das „Schaubild Denken – Handeln – Fühlen“ (ebd.)

Dieses Dreieck, das häufig von den Therapeuten in Gruppensitzungen aufgemalt wird, soll verdeutlichen, wie das Denken, das Handeln und das Fühlen eines Menschen miteinander verbunden sind und aufeinander einwirken (Hautzinger 2012: 316). Dies festzustellen, so der Grundgedanke der kognitiven Verhaltenstherapie, ermöglicht das therapeutische Arbeiten erst (ebd.). Es soll daher zu Beginn der Therapie erklärt werden – idealerweise anhand von eigenen Beispielen und Erlebnissen der Patienten – und bei Bedarf im Therapieverlauf immer wieder aufgegriffen werden (ebd.).

Im folgenden Dialog in einer Hautzinger-Gruppenpsychotherapie zeigt die Sitzungsleiterin den Teilnehmern einen Comic (s. Abb. 4), der den Dreiklang Denken – Handeln – Fühlen anschaulich erklären soll:

*Die Psychologin Anja teilt einen Peanuts-Comic aus und fragt, ob ihn jemand vorlesen möchte. Frau Arrel erklärt sich gleich bereit und liest vor. Sie ist motiviert, betont schön, gibt sich Mühe. Im Comic geht es auch [wie in der letzten Sitzung, VS] um die Haltung:*



Abb. 4: Peanuts-Comic (Peanuts 1960)

*Milena Sie sitzt seit Anfang in sich zusammengesackt da, lächelt auf mein Lächeln nicht zurück und schaut sehr schlecht gelaunt bzw. traurig: Ich habe eine Frage.*

*Anja: Ja, gerne.*

*Milena in einem etwas harschen, sauer klingenden Ton: Soll das lustig sein?*

Anja: Nein, jeder sieht das, wie er will. Also es kann schon lustig gesehen werden, aber muss nicht.

*Anja sieht mich kurz an, etwas verwirrt und mit einem Blick, der sagt, dass das schwierig ist.*

(Hautzinger-Gruppe, 22.01.2013)

Der Dialog zeigt, wie schwierig es für Experten sein kann, ihre Modelle den Patienten zu vermitteln. Die kritische Reaktion der Patientin, die den Eindruck gehabt hat, der Comic mache sich über sie und andere Menschen mit Depressionen lustig, hat Anja so nicht erwartet. Den Comic setzt sie ein, um auf humorvolle Weise zu verdeutlichen, wie sich die Körperhaltung eines Menschen auf sein emotionales Befinden auswirkt. Sie beabsichtigt nicht, sich über Menschen in einer Depression lustig zu machen oder deren Leid zu verharmlosen, wie Milena dies allerdings interpretiert. Diese Situation wird davon mit geprägt, dass einige Patienten nicht den Eindruck haben, die Psychologin Anja verstehe sie und ihre Erkrankung. Dies erzählen sie mir unter vier Augen. Sie finden, dass Anja eine „größere emotionale Distanz“ habe als beispielsweise der Psychologe Jakob. Wenn Jakob denselben Inhalt präsentiert hätte, wären die Patienten womöglich anders damit umgegangen. Egal, um welchen zu vermittelnden Inhalt es geht: Wie er von den Patienten aufgenommen wird, hängt stark von ihrer Beziehung zum jeweiligen Therapeuten ab.

Ebenso spielt es eine große Rolle, in welcher Form Inhalte transportiert werden, beispielsweise in welchen Worten. Anja sagt in einer anderen kognitiven Verhaltenstherapie zur Gruppe: „[Der Psychologe, VS] Jakob meinte ja letztes Mal, dass Schuld weniger eine Emotion sei und mehr eine Bewertung. Vielleicht kann man sagen, dass es eine Kognition ist, die an eine Emotion gekoppelt ist. Das können wir diskutieren, wenn Sie möchten. *Es wird kurz geschwiegen nach dieser Frage*“ (Hautzinger-Gruppe, 21.03.2013). Das Schweigen der Patienten zeigt, dass sie Probleme mit der Beantwortung der Frage haben, die sehr kompliziert formuliert ist. Solch eine Expertensprache, das beobachte ich auch in einigen anderen Therapieeinheiten, kommt häufig vor. Sie sollte vermieden werden, damit alle Patienten die psychoedukativen und andere Inhalte aufnehmen können.

Eine weitere Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie, die in der zweiten Phase der Therapie vermittelt werden soll, ist die kognitive Triade, die ich im Folgenden nach

Beck et al. (1992: 41-2) beschreiben. Diese Triade besteht aus den Komponenten des Selbst, der eigenen Zukunft und den Erfahrungen, die eine Person macht. Alle drei werden laut diesem Modell von einer depressiv erkrankten Person negativ interpretiert. Das bedeutet, dass die Person sich selbst als unzulänglich und schlechte Erfahrungen als ihre eigene Schuld wahrnimmt. Sie ist außerdem der Ansicht, dass ihr Leiden in Zukunft nicht aufhört und sie nichts dagegen unternehmen kann. Zudem nimmt sie alle Erfahrungen im menschlichen Umfeld als negativ wahr und sieht sich mit nicht zu bewältigenden Schwierigkeiten konfrontiert (ebd.). Oft erklären die Therapeuten ihre Expertenmodelle kurz und gehen dann direkt in die Kognitionsbearbeitung über. So geschieht dies auch meist mit der kognitiven Triade.

In einer Psychoedukationssitzung in München, die ich exemplarisch aufzeigen möchte, spricht die Pflegerin depressionstypische Erfahrungen an: „Störungen des Gefühls und der Stimmung“ und „diese tiefe Traurigkeit“ (Psychoedukationsgruppe, 11.04.2011). Die Patienten kennen diese Erfahrungen nur zu gut, sie sagen, man könne sich in der Depression über nichts mehr freuen und habe eine innere Leere in sich. Als die Pflegerin fragt, was schlimmer sei, weinen zu können, oder nicht weinen zu können, melden sich fast alle Patienten im Raum zu Wort und sagen das Gleiche: nicht weinen zu können. Eine Patientin fügt hinzu: „Das zerreißt einen.“ Die Pflegerin ergänzt abschließend zu diesem Thema: „Wenn Sie weinen können, ist das schon ein Schritt zur Genesung, Sie können wieder ein Gefühl empfinden“ (ebd.). Dann berichtet sie, dass viele Menschen mit einer Depression „Schuldgefühle und Minderwertigkeitsgefühle“ erleben würden. Für einige Patienten ist es sehr problematisch gewesen, von ihren Familien häufig Vorwürfe zu hören. Vielen ist gesagt worden, sie müssten sich nur zusammenreißen. Die Pflegerin hierzu: „Das erleben wir immer wieder, dass das so 50:50 ist. Es gibt viele, die sagen, du musst dir Hilfe holen (...), und viele, die Vorwürfe bringen [...]“ (ebd.).

Der Ablauf der Gruppensitzungen ist dem obigen Beispiel oft sehr ähnlich: Der Gruppenleiter spricht ein Thema an, sammelt Wortmeldungen der Patienten und formt aus denjenigen, die zu seinen Expertenmodellen passen, am Ende der Sitzung

eine Zusammenfassung. So wird zwar gemeinsam an Themen gearbeitet, jedoch ist es schlussendlich der Experte, der die Bedeutungshoheit innehat.

In einer anderen Gruppe (Gruppensitzung, 20.02.2013) bittet die Leiterin Ulrike die Patienten, Symptome der Depression zu nennen, und die Patienten antworten ohne zu zögern. Sie listen eine Reihe von Symptomen so auf, wie sie auch von Experten – zumeist wortwörtlich – in der Psychoedukation erklärt und in der Fachliteratur genannt werden. Dazu gehören Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit und negatives Denken. Dies zeigt, dass die Patienten die Sprache der Experten übernommen haben (ebd.).

Zu den Expertenmodellen der Depression gehören nicht zuletzt auch biomedizinische Krankheitskonzepte wie etwa das Serotoninmodell. Dieses Modell soll vermitteln, welchen Beitrag an der Entstehung der Depression der Botenstoff Serotonin im Gehirn hat. Die biomedizinischen Konzepte werden im Feld unter anderem deshalb gelehrt, damit der Patient die medikamentöse Behandlung nachvollziehen und gutheißen kann, wovon die Behandelnden sich erhoffen, dass er Compliance zeigt, das heißt die therapeutischen Maßnahmen inklusive der für ihn vorgesehenen Medikation wie verordnet befolgt.

Mit Expertenmodellen wie dem „Denken – Handeln – Fühlen“-Schema (Hautzinger 2012: 320) werden *feeling rules* (Hochschild 1979) an die Patienten vermittelt. Die kognitive Verhaltenstherapie ist in der Praxis eine Anleitung zu Emotionsarbeit: Die Patienten sollen lernen, dass existenzielle Gefühle in der Depression über die bewusste Anpassung des Denkens und Verhaltens verändert werden können. Hochschild (1979: 562) hat Emotionsarbeit in ähnlicher Weise definiert: Emotionen könnten kognitiv, körperlich oder expressiv verändert werden.

#### **4.8.3 Phase 3: Aktivitätsaufbau**

Die dritte Phase wird von Hautzinger (2012: 316) als zentral betrachtet. In dieser Phase wird versucht, die Entwicklung hinein in die Depression, die für viele der Patienten mit einer starken Reduzierung aller Aktivitäten einhergegangen ist, rückgängig zu machen (ebd.). Dazu soll der Patient lernen, seinen Alltag zu

strukturieren und schrittweise aktiver zu werden (ebd.). Er soll ein „angemessene[s] Aktivitätsniveau mit einer ausgewogenen Balance zwischen angenehmen, positiv erlebbaren Aktivitäten und ‚Pflichten‘ bzw. Aktivitäten, die als neutral oder unangenehm erlebt werden“ (ebd.), erreichen. Gleichzeitig soll er versuchen, in der Depression typisches Verhalten wie beispielsweise „Grübeln, Vermeiden, Sich-Zurückziehen“ zu verringern und gut funktionierende Problemlösestrategien zu entwickeln (ebd.). Strukturierte Vorgehensweisen sollen hierbei nützlich sein: „Dazu werden die Patienten angeregt, Tages- oder Wochenpläne [...] aufzustellen, die mehr Aktivitäten mit Verstärkerpotenzial enthalten, mehr Aktivitäten, die Voraussetzungen für längerfristige Erfolgserlebnisse sind und solche, die Rückzugsverhalten schrittweise reduzieren helfen [...]“ (ebd.).

Das Thema der Tagesstruktur wird in dieser Gruppe besprochen:

Psychologin Ulrike: [...] Was Sie hier auch bekommen in der Klinik, ist eine Tagesstruktur, hier sind Sie aktiv, hier können Sie etwas ausprobieren.

Frau Heekeren: Aber andererseits wird man auch krank, hospitalisiert und man kann die Struktur ja nicht mit nach Hause nehmen.

Psychologin Ulrike: Hier sind Sie gezwungen, aktiv zu sein, das ist eine Lernerfahrung, die Sie machen. Auch kognitiv. Sie sehen, ich bin aufgestanden, ich bin in diese Gruppe gekommen – das ist eine Lernerfahrung: dass es sich lohnt, aufzustehen.

Frau Heekeren: Na ja, hier wird man geweckt.

Frau Sommer: Was ganz toll ist, wir hatten [in der letzten Klinik] einen Wochenstrukturplan, wir mussten von 7 bis 22 Uhr zweistündlich den Tag planen. Wenn wir das gemacht haben, mussten wir aufschreiben von eins bis zehn – zehn ist super und eins ist Suizid –, wie es uns dabei geht. Das mussten wir für die einzelnen Tage machen. Das wurde in der Visite immer besprochen, das tat gut. Das ist eine Struktur, auch für daheim. Ich schreibe mir dann auf, welche Gefühle und Gedanken ich habe, wenn ich das weiß.

(Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013)

Im obigen Zitat zeigen zwei Patientinnen verschiedene Erfahrungen mit der Tages- und Wochenstrukturierung, die ihre Therapeuten angeregt haben. Frau Heekeren Kritik macht deutlich, dass auf der Station funktionierende Strukturen nicht unbedingt in den privaten Bereich übertragbar sind. Frau Sommer berichtet Positiveres. Die Erfahrungen mit dieser Methode sind in der Klinik genauso ambivalent wie im obigen Zitat. Manche Patienten können ihr nichts abgewinnen, anderen hilft es subjektiv, ihre Tage strukturiert zu planen und im Nachhinein zu überdenken. Einige sagen, es helfe

ihnen dabei, unterscheiden zu lernen, welche Dinge ihnen gute Gefühle bereiten und welche sie eher belasten würden.

Emotionsmanagement ist immer ein Versuch, und nicht alle Versuche, Emotionen zu bearbeiten, funktionieren (Hochschild 1979: 561). Während einer Depression ist es für viele Menschen schwer, sich vorzustellen, dass ihnen irgendetwas, beispielsweise Sport, wohltuend erscheinen könnte. Milena berichtet, dass ihr angenehme Tätigkeiten eigentlich immer guttun würden, auch wenn sie das vorher nicht geglaubt habe. Ähnliches sagen andere Patienten, viele äußern sich aber auch kritisch. Es ist für viele besser, vorbeugend schon positive Dinge zu tun, wenn es einem (noch) gut geht. Jana meint, dies funktioniere super, während es ihr gut gehe, aber nicht, wenn sie in die Depression abzugleiten beginne (Jana, 2.). Frau Filling hingegen sagt: „Also das funktioniert nicht immer. Ich denke dann oft, das habe ich nicht verdient, ich kann mir nichts Gutes tun, wo ich doch grade nichts leiste“ (Hautzinger-Gruppe, 14.02.2013). Hier zeigt sich ein bei ihr tief verwurzelter Drang danach, sich durch Leistung Anerkennung zu verdienen. Auch anderen Betroffenen geht es so.

Viele Menschen mit Depressionen – so höre ich von Experten und Betroffenen immer wieder – hätten große Probleme damit, sich selbst etwas zu gönnen oder sich etwas Gutes zu tun. Dies sehen Experten in der Klinik als problematisch an. Außerdem versuchen einige Experten, ihren Patienten zu vermitteln, dass sie weniger auf andere und mehr auf sich selbst achten müssten. Das wird von den Patienten aber häufig abgelehnt:

*Ihr [der Patientin Jana, VS] werde immer wieder von allen möglichen Leuten auf Station gesagt, dass sie zu nett sei. Eine Frau von der Pflege hätte sie mal zur Seite genommen und ihr das gesagt. Sie lacht, als sie es sagt, sie hätte gut gefunden, dass man ihr das gesagt habe. Sie fände es generell gut, dass man hier in diesem speziellen Rahmen solche Rückmeldungen bekomme, für manche sei das sehr gut, für das Leben, wenn sie wieder die Station verlassen.*

*[Der Psychologe Manuel, VS] habe sie in einem ihrer ersten Einzelgespräche gefragt, ob sie denn leide. Sie sagt mit einem schockierten Gesicht, aufgerissenen Augen und Nachdruck in der Stimme: „**Natürlich** leide ich! Sonst wäre ich nicht hier!“ Sie konnte diese Frage überhaupt nicht nachvollziehen.*

*Ich sage, er hätte das vielleicht deshalb gefragt, weil sie das nicht zeige, dass es ihr schlecht gehe. Sie sagt, das stimme. Es sei schwer, das zu ändern, dass man zu nett sei, sage ich. Sie sagt Ja und sie wolle das eigentlich nicht. Ich sage, es ist ja auch nicht klar, ob das etwas ist, was einen krank macht. Sie stimmt zu und ich sage, es würde einem ja guttun. Sie sagt Ja. Ich sage, aber das werde hier eigentlich nicht gesagt, es werde in den Hautzinger-Gruppen zum Beispiel eher davon*

*gesprächen, dass man weniger auf andere schauen und sich mehr Gutes tun solle usw. Sie sagt, genau, das sei aber nichts, was sie ändern wolle.*

*(Jana, 23.08.2013)*

Einzelne Patienten essenzialisieren die biologischen Erklärungen ihrer Erkrankung, die sie von ihren Therapeuten bekommen. Die Patientin Frau Malck beispielsweise findet, dass kein Verhalten etwas an ihrem biologischen Schicksal ändern könne: „Aber da sind so viele Transmitter *sie zeigt auf ihren Kopf*, da können wir so viel Torte essen gehen *sie lächelt*, wie wir wollen, das nützt dann nichts mehr“ (Hautzinger-Gruppe, 01.08.2013). Mit „Torte essen gehen“ meint sie hier genau die positiven Aktivitäten, dieses Sich-etwas-Gutes-Tun, das im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie propagiert wird. Dies kritisiert sie damit ganz grundsätzlich. Für sie funktioniere die kognitive Verhaltenstherapie nicht, sie könne gar nicht funktionieren, weil für sie das Problem ein physisches sei und sich nicht über das Verhalten ändern lasse. Die von manischen Depressionen betroffene Sozial- und Kulturanthropologin Martin sieht die physiologische Begründung ihrer Erkrankung positiv: „I often heard from my psychiatrist that my problems were related to my neurotransmitters, and I always found this comforting. I took this to mean that my problems were not entirely within my control“ (Martin 2007: 13).

#### **4.8.4 Phase 4: Kognitionsbearbeitung**

Große Teile der Theorie der kognitiven Verhaltenstherapie beruhen auf der Annahme, dass bestimmte Gedankenmuster bzw. Kognitionen zu depressivem Erleben führen und dieses Erleben aufrechterhalten können.

Kognitionen sind Prozesse, durch welche innere oder äußere Inputs transformiert, reduziert, elaboriert, gespeichert, wieder erkannt und verwertet werden. Mit Kognitionen sind demnach sowohl der Vorgang des Denkens, wie auch das Produkt dieses Denkprozesses gemeint. Wahrnehmung, Gedächtnis, Sprache, Einstellungen, Glauben, Werthaltungen, Urteile, Antizipationen und Problemlösestrategien sind unter dem Begriff der Kognition zu subsummieren.

(Hautzinger 2006: 125)

In der vierten Phase der Therapie soll der Patient lernen, seine Kognitionen zu analysieren und zu verändern (ebd.: 129). Ein wichtiges Grundkonzept ist hier das der „automatischen Gedanken“ (ebd.): Sie beruhen in der Theorie der kognitiven

Verhaltenstherapie auf Annahmen aus bestimmten Erfahrungen und sind durch „Schwarz-Weiß-Denken“ oder „Übergeneralisierung“ (Übertragung einer Beobachtung auf andere, nicht verwandte Kontexte) fehlerbehaftet (ebd.). Ein kognitiver Therapeut soll den Patienten über seine Fragemethode zunächst dazu bringen, die automatischen Gedanken in Worte zu fassen und damit sein idiosynkratisches Denken zugänglich zu machen (ebd.: 127). Daraufhin soll er seine Gedanken einer „Realitätsprüfung“ unterziehen (ebd.). Diese Art, mit dem Patienten zu interagieren, wird in Hautzingers Therapiemanual „Sokratische Methode“ genannt (ebd.). Eine konkrete Möglichkeit, die als „dysfunktional“ bezeichneten Gedanken herauszuarbeiten, ist das Protokollieren von Ereignissen, Emotionen und mit ihnen zusammenhängenden Kognitionen bzw. automatischen Gedanken (ebd.: 129). So soll der Patient selbst feststellen, „dass seine Art zu denken nur *eine* mögliche Form ist und weitere Interpretationen derselben Sachverhalte ebenso berechtigt bzw. sogar realitätsgerechter sind“ (ebd.: 127, Hervorhebung im Original). Abschließend soll der Patient versuchen, seine Kognitionen neu zu bewerten und „realitätsgerechtere Kognitionen“ zu finden, die auch seine Emotionen verändern sollen (ebd.: 129).

Die Therapeuten verwenden sogenannte Arbeitshilfen, also bestimmte Methoden, die sie den Patienten beibringen (Stavemann 2008: 209). Eine zentrale Arbeitshilfe zum Beobachten automatischer dysfunktionaler Gedanken ist das „ABC-Modell“ bzw. „Spaltenprotokoll“ (ebd.). Nach Stavemann (ebd.: 231 ff.) sollen exemplarische Gefühlsreaktionen hierbei in folgende Bestandteile aufgeteilt werden: in die Ausgangssituation = A, die Bewertungen und Gedanken zur Situation = B und die Konsequenzen in Gefühl und Verhalten = C (ebd.). In einem weiteren Schritt wird das ABC-Modell dann um Z1, das Zielgefühl, und um Z2, das Zielverhalten, erweitert und damit zum „ABCZ-Modell“ (ebd.). Zielgefühl und Zielverhalten werden als situationsangemessen betrachtet (ebd.).

Das Modell wird in den Gruppen und auch in Einzeltherapien häufig gemeinsam geübt. So soll es verfestigt werden, damit die Patienten es später auch allein anwenden können.

Menschen kommen nicht ohne individuelle und milieuspezifische Prägung in die Klinik. Diese Prägung haben sie auch im Hinblick auf emotionale Stile erfahren.<sup>52</sup> In der Klinik jedoch erfahren sie meines Erachtens durch die Experten eine erneute Sozialisation in die *feeling rules* (Hochschild 1979) und den emotionalen Stil (Knoblauch und Herbrik 2013), den diese Experten als richtig empfinden. Konkret geschieht dies durch das Einstudieren emotionaler Dramaturgien in den offiziellen Sitzungen wie den Einzel- und Gruppenpsychotherapien ebenso wie in informellen Gesprächen mit dem Personal und den anderen Patienten. In der Klinik wird hier mit Beispielen gearbeitet, die gemeinsam geübt werden.<sup>53</sup>

Dies geschieht auch in einer beispielhaften Gruppensitzung, in der es um das „ABC-Modell“ geht. Mit dem Ausschnitt aus der Sitzung möchte ich aufzeigen, dass das Modell für Patienten oft nicht passt. In der vorhergehenden Gruppe ist über Denkmuster in der Depression gesprochen worden. Die Psychologin Anja bittet die Patienten nun, Situationen zu nennen, in denen sie solche Denkmuster erlebt haben. Sie schreibt „ABC-Technik“ auf ein Flipchart. Wolfgang erzählt, Anja stellt Fragen, zeichnet eine Tabelle und notiert unter A die geschilderte Situation, unter B die auftretenden Gedanken und unter C das eigene Verhalten und die Gefühle. Dann fragt Anja Herrn Moser nach seinem Beispiel und er antwortet:

Herr Moser: Ich hab da was, auch aus der Arbeit. Wir haben monatlich einen Jour fixe, da muss jeder Bereichsleiter eine Power-Point-Präsentation vorbereiten und halten, mit seinen Zahlen und Zielen etc. Mein Chef hat dann von den [...] Zahlen erzählt und gemeint: „Dazu wird Herr [Moser] was sagen können.“ Da ging es bei mir ratter, ratter, ratter. Ich hatte die Zahlen nicht so aufbereitet, es war auch nicht mein Bereich. Die anderen waren alle froh, man kann das jedes Mal richtig sehen, er sucht sich immer einen aus, alle haben Angst davor. [...]

Psychologin Anja: Was ist dann Ihr Gedanke?

Herr Moser: „Dieses Arschloch. Heute bin also ich dran.“ *Er sagt das mit einem Lächeln.* [...] „Wie komme ich aus dem Schlamassel raus?“ „Ich kann’s nur erklären, ich hab die Zahlen nicht.“

[...]

Psychologin Anja: Wie ist dann Ihr Verhalten?

---

<sup>52</sup> Zur Definition emotionaler Stile siehe S. 43 (Kapitel 2.5 Existenzielle Gefühle und Emotionsarbeit) und Knoblauch und Herbrik 2013: 222.

<sup>53</sup> Analog dazu vgl. Knoblauch und Herbrik 2013: 224. Sie beschreiben den Prozess des Einstudierens emotionaler Dramaturgien und damit der Sozialisation in bestimmte *feeling rules* und emotionale Stile am Beispiel von Gottesdiensten.

Herr Moser: Ich mache immer schon eine Präsentation, bei der noch zehn zusätzliche Folien sind, die ich nur für Nachfragen habe. Falls etwas gefragt wird, kann ich dann dahin springen und es erklären. So bereite ich mich auf alles vor.

Stülpnagel: Sie nehmen sozusagen den Wind aus den Segeln?

Herr Moser: Genau.

Psychologin Anja: Wie haben Sie sich gefühlt in der Situation?

Herr Moser: Immer noch mies, weil ich weiß, man wird mich in eine Ecke treiben.

Psychologin Anja: Was ist dann das Gefühl? Angst?

Herr Moser: Ja.

Psychologin Anja: Und sonst?

Herr Moser: Die Angst zu versagen und weiter in eine Ecke getrieben zu werden, vor weiteren Genickschüssen.

Psychologin Anja: Wie hätten Sie sich gerne gefühlt? Wahrscheinlich gelassen *alle beginnen zu lachen und lachen während ihrer Auflistung weiter, auf freundliche Art, angstfrei...* Das ist aber auch wirklich eine blöde Situation, da würde sich jeder schlecht fühlen.

Wolfgang: Das ist eine Situation, kann ich mir vorstellen, die zu einer Depression führt, aber nicht eine, die aus einer Depression resultiert. Ich weiß nicht, ob das passt. Hier geht es ja nicht darum, dass Herr [Moser] einen Denkfehler produzierte.

Stülpnagel: Darf ich fragen, war denn derjenige, der dafür eigentlich zuständig wäre, anwesend? [...]

Herr Moser: Na ja, das wäre der Chef.

Psychologische Praktikantin Miriam: Vielleicht hilft es Ihnen ja, wenn Sie daran denken, dass andere auch mit Ihnen fühlen, weil sie auch wissen, wie das ist.

Herr Moser: Was ich damit sagen will, ist, dass es immer leicht zu sagen ist, man soll die ABC-Technik anwenden, aber es ist immer ein Knäuel, es gibt immer viel mehr Facetten.

Wolfgang: Eine Vorgeschichte, eine Nachgeschichte.

[...]

Psychologin Anja: Ich würde sagen, die ABC-Technik ist sinnvoller, wenn man schon in depressive Gedanken kommt. Sie haben schon realistisch die Situation eingeschätzt, Sie haben sich nicht ins Negative reingesteigert.

Herr Moser: Ich hab mir gedacht: „Das Arschloch“, und: „Jetzt bin ich dran.“ [An der Reihe, fertig gemacht zu werden, VS.]

Stülpnagel: Aber das ist doch gut, nicht zu denken „Ich bin blöd“, sondern „Jeder kommt mal dran“.

Herr Moser: Aber wenn man immer zehn weitere Folien machen muss und sich immer nur auf solche Dinge vorbereiten muss, kommt man nicht mehr zur eigentlichen Arbeit.

Wolfgang: Das ist schon eine richtige Atmosphäre der Angst und Zermürbung.

Herr Moser: Ja.

Wolfgang: Das ist das eigentliche Thema.

[...]

Wolfgang: Interessant ist aber, wenn man im Tunnel ist, ist es nicht so einfach, den Moduswechsel hinzubekommen. Hier muss man wahrscheinlich immer wieder trainieren, aber wie kann man etwas trainieren, wenn man nicht auf negative Situationsbewertungen kommt?

Psychologin Anja: Man muss das auch nicht machen, wenn es für einen nicht aktuell ist.

Wolfgang: Dann reicht die Kenntnis schon?

Psychologin Anja: Na ja, jeder hat mal einen schlechten Tag, fühlt sich nicht gut, das kennt jeder, auch Leute, die keine Depression haben.

Psychologische Praktikantin Miriam: Es geht darum, sich zu sensibilisieren und achtsamer durch die Welt zu gehen. Wenn Sie merken, die Gedanken gehen ins Negative, dann können Sie daran denken und überlegen, geht es nicht auch positiver?

Wolfgang: Das Problem ist, mich aus der Stimmung zu holen und daran zu denken. Ich schaffe es, mich vielleicht rauszuziehen aus der Situation, aber nicht, so strukturiert vorzugehen. Es ist zuerst alles so kompliziert und verwirrend, retrospektiv kann man es vielleicht so angehen.

(Hautzinger-Gruppe, 13.06.2013)

In dieser Gruppensitzung ist es vorrangig um Probleme im Arbeitsleben der Patienten gegangen. Das ist in diesem Rahmen – vor so vielen Menschen – häufig der Fall. Hier wollen viele Patienten nicht über das für sie intimere Privatleben sprechen. Wie sich im Zitat zeigt, sollen individuelle Schwierigkeiten besprochen werden. Diese Vorgehensweise wird in der Theorie der kognitiven Verhaltenstherapie pragmatisch begründet: Demnach sollen Patienten vor allem diejenigen Dinge zu beeinflussen versuchen, auf die sie auch relativ direkt Einfluss haben *können*. Einige Patienten kritisieren im Verlauf der Studie diese Fokussierung auf den individuellen Handlungsspielraum bzw. das, was man selbst kognitiv umstrukturieren kann, wie die innere Einstellung zu bestimmten Ereignissen. Herr Moser meint im obigen Fallbeispiel etwa, es sei einfach zu sagen, man solle das ABC-Modell anwenden. In Wahrheit sei alles komplizierter, immer ein Knäuel, es gebe viel mehr Facetten. Direkt in der Situation bewertet die Psychologin Anja das Verhalten und die Emotion des Patienten: Er habe die Situation richtig eingeschätzt, sich nicht „ins Negative reingesteigert“. Wolfgang findet, es sei sehr schwer, in einer problematischen Situation strukturiert vorzugehen, denn da sei alles kompliziert und verwirrend; man würde den im ABC-Modell propagierten Moduswechsel im Tunnel, also in einer Depression, nicht so einfach schaffen. Insgesamt ist bei vielen Patienten Skepsis bemerkbar, ob das ABC-Modell im Alltagsleben außerhalb der psychiatrischen Klinik auch anwendbar ist und von ihnen angewendet werden wird.

Hochschild (1979: 555) zufolge können Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Emotionen nicht kontrollieren. Experten in der Klinik nehmen dies jedoch an und gehen implizit davon aus, dass die Patienten nach ihrer Entlassung wieder in ihren Alltag integriert werden können. Auf dieses Leben versuchen sie die Betroffenen vorzubereiten. Die Experten lassen außer Acht, was sie eigentlich wissen: dass die Depression in den meisten Fällen eine chronische Erkrankung ist. Dies bedeutet, dass in den Phasen der Depression ein Alltagsleben kaum möglich ist. Die Erfahrungen aus dem Feld zeigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen durchaus zur Kontrolle über ihre Emotionen fähig sind – aber eben nur in den Phasen, in denen sie keine Depression erleben. Manche schaffen dies selbst in denjenigen Phasen nicht, in denen es ihnen gut geht.

In der folgenden Gruppensitzung, die von den Experten „Hautzinger-Gruppe“ genannt wird, möchte die Therapeutin den Patienten aufzeigen, wie sie problematische und potenziell krank machende Gedanken stoppen können. Im längeren Protokollauszug wird deutlich, wie der Prozess des sprachlichen Abänderns von Gedanken skizziert wird und kritische Patientenmeinungen darauf folgen. Auch hier ist das Einüben emotionaler Dramaturgien zu beobachten:

Psychologin Carla: Das letzte Mal, am Mittwoch in der Gruppentherapie, haben wir über Symptome der Depression gesprochen und wie sie entsteht.

Herr Bruch: Meinen Sie das Vulnerabilitätsmodell?

Psychologin Carla: Ja. Wir haben besprochen, wie die Depression entsteht, aber es gibt Faktoren, die sie aufrechterhalten. Was würden Sie sagen: Gibt es Gedanken, denen Sie nachhängen, damit es Ihnen wieder schlechter geht? Wissen Sie, was ich meine?

Frau Sonner *bejahend*: Mhm.

Psychologin Carla: Wenn ich Sie fragen würde, welche Gedanken das sind, was fiele Ihnen da ein? Welche Gedanken es gibt und wie man sie stoppen kann, würde ich gerne mit Ihnen besprechen.

Frau Sonner: Ich bin im Moment in einem Gedankenstrudel *sie lächelt*, ich würde mich freuen, zu lernen, wie ich das stoppen kann.

Herr Bruch: Läuft das auf das ABC-Modell hinaus?

Psychologin Carla: Nein, ich würde das heute gerne mit einer Analogie besprechen, im Sinne einer Fußballmannschaft. Ich würde gerne mit Ihnen elf solcher Gedanken sammeln. Den Verein können wir VfB Schwermut nennen. Der VfB Schwermut hat einen Heimvorteil, den Schiri bestochen... Welche Gedanken führen dazu, dass Sie sofort in eine depressive Stimmung kommen?

Herr Bruch: Es wird nie wieder besser.

*Carla schreibt den Satz auf ein Flipchart in einen Rahmen, der ein Fußballfeld darstellen soll, als einen der Spieler auf.*

Frau Sonner: Ich kann nicht, ich kann alles Mögliche nicht.

Psychologin Carla: Frau [Malck], was haben Sie für Gedanken?

Frau Malck: Bei mir ist es konkreter, mein Chef erkennt meine Leistung nicht an, ich weiß nicht, ob das gilt.

Jana: Ja, das gilt! *Sie lacht, Frau Malck auch.*

Psychologin Carla: Führt das dazu, dass Sie sich sehr schlecht fühlen?

Frau Malck: Ja.

Psychologin Carla: Ich schreibe es ein bisschen kürzer auf. Kennt noch jemand solche Gedanken?

Frau Sonner: Angst vor der Zukunft.

Psychologin Carla: Was wird in der Zukunft, meinen Sie?

Frau Sonner: Was wird, was wird nicht?

Psychologin Carla: Können Sie das auch verstehen, Frau [Jana]?

Jana: Ja, aber ich möchte nichts sagen gerade. *Sie lächelt.*

Psychologin Carla: Vielleicht möchten Sie ja später noch etwas sagen, sonst ist es natürlich auch völlig o. k.

Jana: Nein, ich finde das gut, was Sie machen, nur geht es mir gerade nicht gut und ich versuche den Drachen wegzudrängen, deshalb. *Sie lächelt.*

Psychologin Carla: Das Wichtige ist, dass Sie erkennen, was die Dinge sind, die Sie [schwierig finden, die Sie herunterziehen, VS]. Wie ist es bei Ihnen, Frau Perl?

Frau Perl: Meine Familie versteht es nicht. Die denkt, ich bin gesund. *Sie sieht traurig aus, lächelt gar nicht heute.*

Psychologin Carla: Würden Sie sagen, das ist eine Sorge um Unverständnis?

Frau Perl: Ja.

Frau Sonner: Ich will mein altes Leben wieder.

Psychologin Carla: Erleben Sie das als negativ?

Frau Sonner: Es macht mich traurig.

Herr Bruch: Das erlebe ich auch.

Frau Sonner: Es ist so, dass die Vergangenheit in besserem Licht erscheint, als hätte es nur Höhepunkte gegeben, was natürlich nicht stimmt, es gab auch das Gegenteil, aber gerade sehe ich die Vergangenheit durch die rosarote Brille.

[...]

Herr Bruch: Man glorifiziert.

Frau Sonner: Ja, aber das stimmt nicht. Was früher war, hat ja dazu geführt, dass ich jetzt hier bin.

Psychologin Carla: Würden Sie sagen, das ist Hoffnungslosigkeit, früher war alles besser?

Frau Sonner: Ja, eine Nostalgie, die führt zu Hoffnungslosigkeit.

[...]

Frau Malck: Ich habe Angst um mein Kind.

Psychologin Carla: Bei Ihnen ist es diffuser als bei Frau Sonner?

Frau Sonner: Bei mir ist es Angst vor der Zukunft, Angst, dass Einbrecher in mein Haus kommen, Angst um mein Kind, ich habe eigentlich immer Angst vor irgendwas.

Psychologin Carla *an Frau Sonner und Frau Malck gerichtet*: Was ziehen diese Ängste bei Ihnen für Gefühle nach sich?

Frau Sonner: Bei mir auch Angst. Wenn ich mir sage, das ist alles Blödsinn, niemand wird einbrechen, sagt das mein Kopf, aber es rutscht nicht nach unten.

Psychologin Carla: Ist das ein Beklemmungsgefühl? Das Körperliche haben Sie dennoch?

[...]

*Carla erklärt Herrn Hunke, der gerade dazukam, kurz, was wir heute machen.*

Herr Bruch: Ich katastrophisiere immer sehr schnell, ich verhaue zum Beispiel eine Klausur, dann habe ich Stress mit meiner Partnerin, Streit mit ihr, dann fängt es an mit den Katastrophengedanken, dass ich durch die Klausuren falle, mein Studium verliere, kein Geld mehr habe, keine Freundin und keine Freunde mehr.

Psychologin Carla: Eins kommt nach dem anderen.

Herr Bruch: Ja, mit Hoffnungslosigkeit und Angst.

Psychologin Carla: Ich mache die Mannschaft jetzt nur plakativ, die Gedanken muss jeder für sich selbst finden. Ich schreibe das auf als „Alles geht den Bach runter“, als Satz, ist das in Ordnung?

Herr Bruch: Ja.

Psychologin Carla: Herr Hunke, fällt Ihnen etwas ein?

Herr Hunke: Ja, ich bin alleine auf der Welt und niemand hilft mir. Das dachte ich vorher, die letzten Tage hat sich das gebessert. Aber während der Hochphase der Depression denke ich das auf jeden Fall.

*Carla malt einen weiteren Fußballplatz auf, sie schnaubt kurz nervös und sagt, die Zeichnung sei jetzt nicht so perfekt.*

Psychologin Carla: Die Gedanken sind bei jedem anders, aber können Sie ganz schnell in eine solche Stimmung bringen. Jetzt würde ich gerne mit Ihnen eine Gegenmannschaft aufstellen, den VfB Mut zum Beispiel. Was wären Gegengedanken zu „Es wird nie wieder besser“?

Herr Bruch: Also mir hilft „Es wurde schon mal besser“.

*Carla schreibt das auf.*

Psychologin Carla: Frau Sonner, Sie kucken so skeptisch? *Sie fragt in einem sehr freundlichen Ton, wirkt einfach neugierig.*

Frau Sonner: Ja, kognitiv weiß ich das schon.

Psychologin Carla: Deswegen verwende ich diese Analogie, der alteingesessene VfB Schwermut hat Heimspiel, der VfB Mut ist eine neue Mannschaft, die muss erst trainiert werden. Das ist total schwierig, das weiß ich, aber wenn die Gedanken dann kommen das nächste Mal, denken Sie „Aha“.

Frau Breitenbach: Das geht aber in der Depression gar nicht.

Psychologin Carla: Doch, das geht. Es sind aber natürlich viele Dinge in der Depression, die dazu führen.

Herr Bruch: Ich bin schon der Meinung, dass Alternativgedanken helfen.

[...]

Psychologin Carla: Die Gedanken muss man in den Kopf nehmen und sie müssen in Ihnen arbeiten. Das braucht Zeit.

Frau Breitenbach: Aber ich kann mir nicht vorstellen, dass es besser wird.

Psychologin Carla: Sie sind ja neu hier, noch sind Sie unten [im Prozess der Stabilisierung, VS]. Außerdem gehören auch noch andere Sachen dazu, angenehme Aktivitäten etwa.

Herr Bruch *an Frau Breitenbach gewandt*: Darf ich fragen, ist das Ihre erste Episode?

Frau Breitenbach: Ich habe das seit 17 immer wieder, manisch-depressiv. *Sie hat eine sehr wacklige Stimme, einen Moment lang denke ich, sie würde gleich anfangen zu weinen. Sie sieht sehr traurig aus.*

Psychologin Carla: Sie sind ja hier, um besser zu werden.

Herr Hunke: Ist das nicht ein Spieler, „Der erste Schritt ist gemacht“?

Psychologin Carla *an Frau Breitenbach gewandt*: Ist das was, was sich für Sie besser anfühlt?

Frau Breitenbach: Ja. *Sie wirkt etwas ruhiger.*

[...]

Frau Sonner: Ich habe eine gute Arbeit, sie macht mich zufrieden.

Jana: Das funktioniert überhaupt nicht für mich, Gegengedanken zu formulieren. Es sind sehr machtvolle Gedanken als Auslöser und die Emotion kommt nicht, also der Gegengedanke ist nicht von Emotionen begleitet. Die Gedanken bleiben leer. Ich kann mir das dann einfach nicht **vorstellen**. Mir fallen tausend Gedanken zum Thema FC Mut ein, ich kann die denken, aber es ändert nichts.

Frau Malck: Ist das das Prinzip vom positiven Denken? Es gibt ja auch den Tipp, jeden Tag drei positive Gedanken zu formulieren, nach einer Zeit habe man das dann internalisiert.

[...]

Jana: In der Zeit sind mir keine anderen Emotionen zugänglich, positive sowieso nicht, ich komme nicht auf ein anderes Level. Bei mir funktioniert es auch in der Klinik über die körperliche Ebene, ich kann mich dann entspannen und sehe, das Gefühl ist noch in meinem Körper.

Psychologin Carla: Zu „Es wird nie wieder besser“ könnte man dann den Alternativgedanken „Ich weiß, körperlich wird es besser“ formulieren.

Jana: Es hilft mir nicht, das zu denken, das glaube ich in der Lage nicht. Ich sage mir dann, o. k., ich bewege mich jetzt, ich renne weg, sozusagen in meinen Körper.

Psychologin Carla: Es ist schon auch Training notwendig, es ist kein Wunderheilmittel [sich die Sätze vorzusagen].

Jana: Ich versuche auch das schon seit zehn Jahren. Aber es funktioniert nicht alles bei allen.

Frau Malck: Die Einbrüche sind bei dir [Jana] ja in kurzer Zeit sehr tief, es geht deswegen vielleicht nicht.

[...]

Frau Malck: Ich benutze Bilder als Gegenspieler, ich kriege dann positive Empfindungen. [Sie meint etwa Urlaubsbilder, VS.]

[...]

Jana: Danke. Es ist vielleicht so, dass man den FC Mut leichter aufstellen kann, wenn es einem gut geht, dann kann man ihn vielleicht emotional verankern und später wieder auspacken.

Frau Sonner: Ich habe einen kleinen FC Mut, aber es sind Aktivitäten, nicht Gedanken bei mir, mir etwas Schönes zu tun, zu meditieren zum Beispiel.

Psychologin Carla: Bleiben Sie dran, dann kriegen Sie eine Mannschaft zusammen.

Frau Sonner: Genau. *Sie lächelt.*

(Hautzinger-Gruppe, 30.07.2013)

Interessant ist, wie unterschiedlich die Patienten zu den gelehrteten Inhalten stehen. Herr Bruch zeigt, dass er Experteninhalte wie das ABC-Modell oder das Katastrophisieren bereits internalisiert hat und auch das Prinzip der Alternativgedanken für sinnvoll hält. Frau Breitenbach äußert sich sehr skeptisch und sagt, sie könne sich nicht vorstellen, dass Alternativgedanken helfen würden oder dass es besser werde. Die Psychologin geht auf diese Kritik kaum ein. Sie begründet die Kritik nur implizit mit der Unerfahrenheit von Frau Breitenbach als neuer Patientin auf der Station („Sie sind ja neu hier“).

Jana berichtet im Protokollauszug, statt des vorgeschlagenen Änderns von Denkmustern helfe ihr die Bearbeitung depressiver Emotionen über die körperliche Ebene. Was sie meint – darauf lässt sich kombiniert mit anderen Aussagen von ihr schließen –, ist Bewegung. Sie helfe ihr sehr, ihr existenzielles Gefühlsleben in der Depression in positiver Weise zu beeinflussen. Das Thema körperliche Ebene vertieft die Psychologin aber nicht, stattdessen bringt sie die Diskussion wieder zurück zu den Alternativgedanken.

Insgesamt versucht die Psychologin Carla im obigen Beispiel der Hautzinger-Therapie zu vermitteln, dass die Patienten ganz bewusst positive Gedanken formulieren sollen und damit ihre Sicht auf sich und die Welt verbessern und sogar depressives Erleben vermeiden können. Sie nennt einige Argumente dafür und diskutiert sie mit den Patienten. Da im obigen Beispiel viele kritische Stimmen aufkommen, die anmerken, dass solche willentlichen Kognitionsänderungen in der Depression nicht funktionieren würden, ist die Vermittlung der Inhalte nicht leicht. In der Nachbesprechung sagt Carla

zu mir, die Gruppe habe aus sehr anspruchsvollen Patienten bestanden. Dies hat meines Erachtens Einfluss auf die Modellvermittlung, weil diese Patienten sich häufig intensiver beteiligen und mehr Kritik anbringen. Insgesamt kann die Sitzung als Versuch betrachtet werden, mit den Patienten ins Gespräch zu kommen, ihre Bedenken auszuräumen und ihnen die Attraktivität einer alternativen Denkweise zu verdeutlichen. Die Patienten weisen an mehreren Stellen darauf hin, dass das Emotionsmanagement nicht immer funktioniert – genauso wie Hochschild (1979: 561) in ihrer Emotionsmanagement-Theorie.

Das Buch „Anleitung zum Unglücklichsein“ des Psychologen Watzlawick (2009 [1983]) ist inzwischen ein regelrechter Klassiker der Ratgeberliteratur, der auch außerhalb der Psychologie große Bekanntheit erlangt hat. In vielen von Psychologen geführten Gruppentherapien wird immer wieder der gleiche Teil daraus vorgelesen, nämlich die „Geschichte mit dem Hammer“:

Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Vielleicht hat er die Eile nur vorgeschützt und er hat was gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts getan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von *mir* ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. – Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch bevor er „Guten Tag“ sagen kann, schreit ihn unser Mann an: „Behalten Sie Ihren Hammer.“

(ebd., Hervorhebung im Original)

Diese Geschichte soll auf humorvolle und einprägsame Art verdeutlichen, wie die Gedanken und Einstellungen einer Person sich auf ihre Wahrnehmung eines Ereignisses auswirken können. Sie können zu einer negativ gefärbten Wahrnehmung führen – genauso wie in der Depression. Um diese Inhalte zu vermitteln, nutzen viele Therapeuten Watzlawicks Geschichte und besprechen sie in den Gruppentherapien, wie hier:

*Die Psychologin Anja sagt, dazu würde eine Geschichte gut passen, die sie mitgebracht hat, und teilt Watzlawicks Hammer-Geschichte aus. Herr Weihe, der erst einen Tag in der Klinik ist, wirft einen kurzen Blick darauf und sagt sofort, dass er die Geschichte kenne. Er trägt sie frei vor, sie stimmt genau, wie er sie auswendig erzählt.*

Herr Weihe: Nichts ist so, wie der andere es erwartet hat, das erlebe ich häufig. Ich bin der mit dem Hammer. [Also derjenige, der angeschrien wird, er solle seinen Hammer doch behalten, VS.]

Herr Neuner: Das ist Vorverurteilung durch Vorgesetzte, das erlebe ich bald täglich. Wenn ich depressiv werde, werde ich ungehaltener, darauf reagieren die Leute, ich werde dann noch ungehaltener. Oder ich ziehe mich zurück, das wird dann als latent aggressiv aufgefasst.

Psychologin Anja: Das ist eine Abwärtsschleife. Wenn man negative Gedanken hat, zieht man sich zurück, dann kann man auch keine positiven Erlebnisse mehr haben. Aktivierung und Tagesstruktur sind dann gut. Nun würde ich gerne mit Ihnen über die fünf Sinne sprechen. Jeder nimmt sich ein Sinnessystem, am besten das, das bei ihm am sensibelsten ist, zu dem er einen guten Zugang hat. Dann sammeln wir gute Techniken, wie man sich aus der Grübelschleife holt, also Gedankenstoppstrategien.

(Hautzinger-Gruppe, 06.06.2013)

Der auffällig häufige Einsatz von Watzlawicks Geschichte in den Gruppen lässt darauf schließen, dass die transportierten Inhalte den Psychologen wichtig sind. Das geschilderte Beispiel ist nicht lang, in anderen Beispielen ist die Geschichte ausführlicher besprochen worden. Die Psychologin lässt die Geschichte hier vortragen, dann lässt sie die Patienten kurze Kommentare anbringen, und anschließend leitet sie das Gespräch auf eine neue Technik, die dabei helfen soll, das Grübeln in den Griff zu bekommen. Sie lässt die Geschichte also stehen und auf die Patienten wirken. Fraglich ist, ob diejenigen Patienten, die nicht so viel Vorinformation über ihre Erkrankung und deren Therapie mitbringen wie Herr Weihe und aufgrund einer akuten Depression vielleicht kognitiv eingeschränkt sind, die Geschichte in so knapper Zeit erfassen können.

Nun ist es interessant, die Kritikpunkte der Patienten zur Kognitionsbearbeitung näher zu betrachten. Herr Neuner erklärt in einem Gespräch mit mir das Grübeln, eines der Hauptsymptome seiner Depression. Herr Neuner macht deutlich, warum ihm in einer depressiven Phase keine der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken, die er in der Klinik erlernt, hilft:

Ja, wenn [die Depression] akut ist, dann ist bei mir vor allem das Grübeln im Vordergrund. Das sind bei mir ganz miese Gedanken ohne Untertitel, ihrer Worte und Struktur entkleidet. Ich habe lange unter Grübeln gelitten, bevor ich geschnallt habe, ich werde beherrscht von einem Gedanken, den ich aber nicht formulieren kann. Deswegen komme ich nicht weiter. In dem Moment, wo Sie den Gedanken formulieren können, können Sie das ja bearbeiten. Aber das entzieht sich völlig der Denkstruktur, es ist wie ein zäher Kuchenteig, der im Gehirn treibt und der Sie paralyisiert, all die Techniken, die wir hier lernen, wie Gedankenstopp, ABC-Technik [...], die helfen in dieser Situation alle nicht. Es geht nicht, wenn ich voll im Grübeln bin, es denkt Sie. Das Denken kann ich verschriftlichen, das Grübeln kann ich nicht verschriftlichen. Es ist ein ausgeprägtes Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, das angesprochene Gefühl eines schwarzen

Lochs, es wird nie besser, es wird sich nie ändern, das kann ich nie ändern. Hier im Studentenunterricht wurde ich von den Studis gefragt: „Haben Sie sehr traurige Gefühle?“ **Nein**, überhaupt nicht, das hat **nichts** mit der Depression zu tun! Trauer auch nicht. Es ist nicht der wesentliche Bestandteil, sondern du bist festgefressen in einer Situation, aus der du nicht rauskommst. Die Arbeit ist sehr erschwert, es wird viel mehr Energie gebraucht, man hat keinen Antrieb, es ist, als würde man immer mehr Kohlen auf den Grill schmeißen, aber dennoch klappt es nicht. Das mündet dann im klassischen Montagmorgenkollaps, da liegt man heulend im Bett und nichts geht mehr. (Herr Neuner, 2.)

Herr Neuner erläutert hier sehr metaphernreich und anschaulich, dass das depressive Grübeln nicht aus Gedanken besteht, die sich verschriftlichen lassen. Es ist etwas viel Abstrakteres, ein „Gefühl eines schwarzen Lochs“. Beschreibbare Gedanken sind aber eine Grundvoraussetzung für die kognitive Verhaltenstherapie, besonders für die kognitive Umstrukturierung. So wie Herr Neuner sagen auch andere Patienten, dass sie die therapeutischen Techniken in depressiven Phasen nicht umsetzen könnten.

Jana:

Weil ich das Gefühl habe, so auf der kognitiven Ebene, das, was wir lernen, da lerne ich nicht wirklich was, weil das sind halt oft Sachen, die funktionieren, wenn ich gesund bin, das war ja zum Beispiel sich belohnen für Aktivitäten. Das funktioniert, wenn ich gesund bin, super. Oder halt die Emotion durch die Körperhaltung ändern, so was. Das greift alles, wenn ich gesund bin, und das kenne ich auch als verschiedene Modelle, aber sobald eben die Depression einsetzt, funktioniert das nicht. Also habe ich da das Gefühl, ich hab nicht wirklich was Neues gelernt, irgendeine Technik, die funktioniert. (Jana, 2.)

Jana merkt außerdem an: „Es ist vielleicht so, dass man den FC Mut leichter aufstellen kann, wenn es einem gut geht, dann kann man ihn vielleicht emotional verankern und später wieder auspacken“ (Hautzinger-Gruppe, 30.07.2013). Damit stellt sie den Gedanken einer präventiven Wirkung der Kognitionsbearbeitung in den Raum. Möglicherweise, so argumentieren einige Experten im Feld, kann man in nicht depressiven Phasen lernen, „realitätsgerechter“ (Hautzinger 2006: 129) zu denken, womit weniger negativ und depressiv gemeint ist. Hierfür ist auch der zeitliche Aspekt bedeutend: Vielleicht reichen einige Wochen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nicht, um zu lernen, wie Kognitionen bearbeitet werden können. Dieser Prozess ist aufwändig und langwierig: „Die simple Aufdeckung, der Nachvollzug und das Prüfen von realitätsinadequaten [sic] Kognitionen reichen nicht aus, um die automatischen Gedanken sofort und für immer zu beseitigen. Häufiges Überprüfen verschiedenster Themen in der Realität ist ebenso nötig wie der Einsatz weiterer kognitiver Techniken“ (ebd.).

Einige Patienten üben Kritik an einem Grundstein der kognitiven Verhaltenstherapie, der Emotionsveränderung durch willentlich gesteuerte Kognitionsbearbeitung. Für viele Patienten lässt sich die emotionale Erfahrung überhaupt nicht von der kognitiven trennen. Die Betroffenen sagen außerdem, sie könnten auf ihre Emotionen gar keinen Einfluss nehmen, wenn sie zu tief in einer Depression seien. Dies macht eine Kognitionsbearbeitung, wie sie in dieser Phase gedacht ist, manchmal unmöglich.

Frau Sonner hierzu: „Wenn ich mir sage, das ist alles Blödsinn, niemand wird einbrechen, sagt das mein Kopf, aber es rutscht nicht nach unten“ (Hautzinger-Gruppe, 30.07.2013). Anhand ihrer Angst vor einem Einbruch schildert sie, dass sie ihre Kognitionen zwar verändern könne, dass sie damit aber noch keinen Zugriff auf ihre Emotionen und keinen Einfluss auf ihre Angst habe.

Ähnliches sagt Milena in einem Interview auf die Frage hin, was sie in der Klinik, neben all den Dingen, die positiv gelaufen seien, vielleicht nicht ganz so gut finde. Sie beschreibt die Hautzinger-Gruppentherapie:

Ja ich hatte dann/ den Gedanken, ja toll *leicht verärgertes Ton*: Jetzt wollen uns gesunde Menschen, na ja, oder gesund in Anführungsstrichen, erklären, wie wir uns in einer Depression fühlen... Äh, das wissen wir doch. Und man kommt halt immer wieder an den Punkt, wo einfach nur gesagt wird: „Tun Sie sich dann und dann was Gutes, wenn es Ihnen ganz, ganz schlimm und ganz, ganz schlecht geht.“ Man will das aber in dem Moment nicht. Und man schafft das nicht, weil man nicht die Kraft hat. Das/ da fühlt man sich unverstanden. (Milena, 3.)

In dieselbe Richtung geht ein Zitat von Jana, ebenfalls aus einem Gespräch zu zweit, und auch andere Betroffene sagen Ähnliches:

Ich hab manchmal das Gefühl bei der Depressionsbewältigungsgruppe, dass wir uns da gar nicht verstehen, zwischen Therapeuten und Patienten, also dass sozusagen, dass man über ganz andere Sachen redet und der Therapeutin oder der Psychologin das Problem gar nicht klar ist, was in dem Moment durch die Krankheit entsteht, und warum ihr Modell grade nicht übertragbar ist oder angepasst werden muss. (Jana, 2.)

In den obigen Zitaten wird eine Leerstelle, eine Art Graben zwischen Patienten und Experten deutlich. Das, was deren Lebenswelten grundlegend voneinander unterscheidet, ist die Erfahrung der Depression. Den Patienten erscheint manches, das ihnen von nicht betroffenen Menschen empfohlen wird, als nicht durchführbar. Die Experten können sich nicht in den Zustand des existenziellen depressiven Gefühls hineinversetzen, weshalb manche ihrer Vorschläge ins Leere gehen. Die Patienten

fühlen sich unverstanden und können die Vorschläge nicht umsetzen. Mit Jana spreche ich ein paarmal über dieses Thema. Sie sagt, ein Therapeut, der selbst eine Depression erlebt habe, könne sich dem Thema womöglich ganz anders nähern und seine Patienten besser behandeln als ein Therapeut ohne diese Erfahrung. Diese Überlegungen bleiben theoretisch, denn keiner von uns beiden hat einen Therapeuten erlebt, der neben der Welt des Experten auch die des Betroffenen kennt. Der psychologische Psychotherapeut, der auf der Station Janas Einzeltherapie abhält, ist ihr zufolge sehr empathisch, weswegen ihr selbst in diesem Bereich, wie sie sagt, nichts fehle.

Hochschild (1979:555) weist darauf hin, dass es vor allem „normale Erwachsene“ seien, die ihre Emotionen kontrollieren könnten. Menschen mit psychischen Erkrankungen fällt Emotionsmanagement ungleich schwerer, wenn es ihnen überhaupt möglich ist.

#### **4.8.5 Phase 5: Kompetenzverbesserung**

In der fünften Phase der kognitiven Verhaltenstherapie sollen die Kompetenzen der Patienten im sozialen, interaktiven und problemlösenden Bereich verbessert werden (Hautzinger 2011:6). In der Hauptstudienklinik findet diese Verbesserung lebenspraktischer Fähigkeiten vor allem in der sogenannten Interaktionstherapie oder der Soziale-Kompetenz-Gruppe statt.

In der Empirie zeigt sich, dass Betroffene während einer depressiven Episode häufig unter einer stark eingeschränkten Entschluss- und Handlungsfähigkeit leiden. Ein Pfleger berichtet in einer Gruppe in der Münchner Klinik: „Ich kann mich an eine Patientin erinnern, [...] die hat erzählt, dass sie im Supermarkt vor dem Regal mit den Nudeln stand und sich nicht entscheiden konnte, welche Nudeln sie kaufen soll, sie kam schließlich ohne aus dem Laden. Es kann also essenziell werden [...], gefährlich“ (Psychoedukationsgruppe, 09.03.2011). Im Extremfall kann es für Menschen mit einer Depression überlebenswichtig sein, solch elementare Fähigkeiten wiederhergestellt oder zumindest verbessert zu haben.

Sitzungen, in denen Kompetenzen verbessert werden sollen, drehen sich auch um Themen wie „Wie bitte ich jemanden um einen Gefallen?“, „Wie erkläre ich meine Krankheit?“ oder „Wie kann ich lernen, mich abzugrenzen?“. Dabei kommen vorwiegend Rollenspiele zum Einsatz. Die Patienten besprechen mit der Psychologin zunächst eine Situation und den Text der Protagonisten – oft sollen sich die Patienten reale Menschen vorstellen, etwa Angehörige. Oft wird im Vorhinein gemeinsam ein kompletter Dialog festgelegt. Dann spielen die Patienten die Situation mehrfach durch, wobei der Dialog manchmal variiert oder die Rollen wechseln. Letzteres erlaubt den Patienten, beispielsweise auch mal die Perspektive eines ihrer Angehörigen einzunehmen. Abschließend wird in der Gruppe nachbesprochen. Wenn das behandelte Thema für die Patienten relevant ist, machen sie meist sehr interessiert mit und geben in der Nachbesprechung positive Rückmeldungen. Besonders gut kommt etwa das Thema „Wie erkläre ich meine Krankheit?“ an. Bei dieser Übung spielen die Patienten durch, wie sie verschiedenen Personen von ihrer Krankheit berichten, beispielsweise einer Bezugsperson wie ihrem Partner, einer neutralen Person wie einem Kollegen oder einer außenstehenden Person wie einer „Tratschtante“. Einige Betroffene meinen nach dem Rollenspiel, diese Gespräche zu üben habe ihnen geholfen und sie gut auf solche Situationen vorbereitet, die sicher auf sie zukommen würden.

In Rollenspielen wie diesen werden emotionale Dramaturgien eingeübt. Solche Einheiten dienen der Sozialisation in die *feeling rules* (Hochschild 1979) und in den emotionalen Stil der Experten (Knoblauch und Herbrink 2013: 224).

Andere Sitzungen zum Thema Kompetenzverbesserung werden von den Patienten weniger gut beurteilt, vor allem diejenigen, die sie „theoretisch“ nennen.

Jana berichtet während eines Interviews mit mir:

Ich finde, das ist ja sehr, sehr, sehr langsam und das ist für mich also null kognitive Herausforderung. Also ich kann/ einmal sind wir zwei Stunden lang so einen Zettel durchgegangen mit zehn Beispielen von irgendeinem Verhalten und wir mussten immer sagen, ob das unsicher, aggressiv oder sicher ist. Und ich war nach fünf Minuten fertig. Oder wir mussten halt aufzählen, welche Anzeichen in der Stimme und in der Mimik und so unsicher, sicher und aggressiv sind, und das finde ich sehr, sehr leicht. Es ist überhaupt nicht so, dass ich jetzt das Gefühl hab, das müsste ich jetzt lernen. (Jana, 2.)

Nicht das, wofür die Interaktionstherapie eigentlich gedacht sei, bringe ihr etwas, sondern: „Bei der Interaktionsgruppe ist das, was mir Spaß macht/ ist halt wirklich die Interaktion. Also mit anderen reden und so da sein und von anderen hören, was sie so sagen, und abgelenkt sein und so“ (ebd.). Wie Jana meinen auch andere, allein die Ablenkung, die man in Gruppen wie der Interaktion erfahre, sei viel wert und tue ihnen gut.

Manchmal laufen Interaktionsgruppen ganz anders ab, als die Therapeuten es vorgesehen haben. Die Psychologin Monika erklärt eine Übung zum Thema „Neinsagen“, die den Patienten helfen soll zu lernen, sich von anderen abzugrenzen:

Weil das für Sie alle ein so wichtiges Thema ist, Nein zu sagen, werden Sie jetzt alle mal üben, Nein zu sagen. Sie machen das mit jemandem aus der Gruppe; jemandem von uns oder mit einem anderen Patienten, den Sie sich aussuchen können. Er kommt vorbei und fragt Sie etwas, und Sie – wir sagen Ihnen wie, mit hängendem Kopf, laut, leise... – sagen Nein. Mehr müssen Sie nicht tun, wir machen keinen weiteren Dialog. (Psychologin Monika in Interaktionsgruppe, 04.02.2013)

Eine interessante Episode entspinnt sich, als die Patientin Frau Anselm an die Reihe kommt:

*Dann kommt Frau Anselm dran. [...] Sie sieht [...] mich an und sagt: „Sie.“ Sie wählt mich aus als ihre Rollenspielpartnerin. Wir stehen auf, sie setzt sich auf den Stuhl neben dem Eingang, ich stelle mich davor, gebe meine Arme hinter meinen Rücken, versuche, sehr freundlich und bestärkend zu sein, und lächle.*

Stülpnagel: Möchten Sie vielleicht einen kleinen Spaziergang machen? Es ist doch so schönes Wetter heute.

Frau Anselm: Nein. *Sie sieht mich nur kurz an, ihr Blick flattert extrem, sie kann mich nur mehrmals ganz kurz ansehen, muss dann immer wegsehen. Sie ist sehr kurz angebunden, sagt wirklich nur das eine Wort. Sie scheint sehr nervös zu sein bzw. sich in der Situation sehr unwohl zu fühlen. Ihre Stimme, während sie Nein sagt, wirkt aber relativ bestimmt.*

Stülpnagel: Und wie wäre es später, wollen Sie später vielleicht mitkommen?

Frau Anselm: Nein. *Wieder nur das eine Wort.*

Stülpnagel: Vielleicht möchten Sie ja etwas anderes machen?

Frau Anselm: Nein.

*Ich weiß nicht mehr, was ich fragen soll und ob das jetzt reicht, und schaue deshalb vermutlich etwas ratlos zu den beiden Psychologen Monika und Jakob hinüber. Kurzer Schweigemoment.*

Psychologin Monika *an mich gerichtet*: Wie war das jetzt für dich?

Stülpnagel: Es hat ernst geklungen, war schon gut, aber ich hätte es besser verstehen können, wenn sie einen Grund gesagt hätte, aber es ist natürlich ihr gutes Recht, einfach nur Nein zu sagen. *An Frau Anselm gerichtet*: Aber ich denke, Sie fühlten sich nicht ganz wohl in der Situation?

*Für einen zweiten Durchgang soll Frau Anselm aufstehen. Wir probieren es noch mal. Der einzige Unterschied ist jetzt, dass sie mich ein bisschen länger anschaut, aber ihr Blick flattert immer noch sehr stark.*

*Monika fordert Frau Anselm daraufhin auf, die Hände in die Hüfte zu stemmen und noch energischer zu sein. Frau Anselm sagt dazu Nein und dass sie das jetzt nicht wolle. Monika meint, sie solle es doch mal probieren, Frau Anselm antwortet aber, sie würde nicht wollen. Nach dem dritten Nachfragen und Verneinen gibt Monika auf und Frau Anselm setzt sich an ihren Platz zurück.*

(Interaktionsgruppe, 04.02.2013)

Experten wie Patienten betonen im Feld häufig, Menschen mit einer Depression hätten große Probleme damit, Nein zu sagen, wenn sie um etwas gebeten würden; sie könnten sich gegenüber anderen nicht abgrenzen (vgl. Jurk 2005: 167-8). Dass sie das nicht könnten, sei Teil ihres Problems: Unter anderem deshalb seien sie an der Depression erkrankt. Die Patientin Frau Anselm beweist im obigen Beispiel jedoch genau diese Fähigkeit: Sie sagt Nein zum Vorschlag der Psychologin. Damit grenzt sie sich ab und versagt sich einer Anweisung, die ihr widerstrebt. Obwohl genau diese Abgrenzung in der Szene geübt werden soll, erfährt sie dafür keine Bestätigung durch die Psychologin, denn sie soll ja *etwas anderes* ablehnen. Mit ihrer Aufforderung, eine andere Haltung einzunehmen, will die Psychologin der Patientin vermitteln, dass sie sich mit einer anderen Körperhaltung automatisch anders fühlen und auch beim Gegenüber anders ankommen würde. Dies erklärt sie den Patienten in der Situation jedoch nicht. Möglicherweise bleibt Monika bei ihrem vorgesehenen Programm, weil sie als Novizin keine ausreichende Erfahrung in der Gruppenleitung hat, um die ungewohnte Situation konstruktiver zu nutzen.

Die von den Experten empfohlene Abgrenzung von anderen Menschen macht einen wichtigen Teil des Soziale-Kompetenz-Parts der Therapie aus. Viele Patienten betrachten dies als sinnvoll, weil sie etwa glauben, in der Vergangenheit in ihrem sozialen Umfeld zu sehr auf andere und zu wenig auf sich selbst geachtet zu haben. Allerdings ist dieses Thema sehr komplex. „Obwohl viele ihre persönliche Isolation und ihren Schmerz über gescheiterte persönliche Beziehungen geschildert hatten, schien es ihnen wichtig, in der Therapie ‚Abgrenzung‘ zu lernen. Noch einmal möchte man nicht die Enttäuschung in einer zu engen Bindung riskieren“ (Jurk 2005: 167). Dieses Zitat aus der Depressionsstudie von Jurk lässt erkennen, dass für manche an

Depression erkrankte Menschen eine derartige verstärkte Abgrenzung zu anderen durchaus auch negative Wirkung haben kann, vor allem dann, wenn sie bereits problematische Beziehungserfahrungen mitbringen.

Das Abgrenzen hat noch eine weitere Dimension, die zwar nicht von den Experten, aber von den Patienten angesprochen wird. Vielen Betroffenen ist es wichtig, ein hilfsbereiter Mensch zu sein. Sie fühlen sich damit wohl und ziehen oft einen wichtigen Teil ihrer Identität daraus. Jana beispielsweise äußert mir gegenüber ganz klar, dass sie diese Eigenschaft nicht abgeben und durch ein stärkeres Abgrenzen ersetzen wolle, sich also dahingehend gar nicht ändern wolle. Andere merken dies ebenfalls an, durchaus ganz offen und auch den Experten gegenüber. Welche Kompetenzen ein Mensch braucht und wie genau sie ausgestaltet sein sollen, lässt sich nur sehr schwer von außen vorgeben und ist vielmehr Gegenstand eines Aushandlungsprozesses, etwa in den Therapiegruppen. Letztlich ist es immer die Entscheidung der einzelnen Person, ob sie die vorgegebenen emotionalen Stile akzeptiert und für sich umsetzen möchte.

#### **4.8.6 Phase 6: Rückfallprophylaxe**

Gehen wir davon aus, Sie gehen nach Hause und die Glocke dieses Hauses [der Psychiatrie, VS] fällt weg [...]. Die Depression ist eine Krankheit nicht wie Mumps, die man einmal hat und dann immun dagegen ist, sondern die kann wiederkommen. Was könnte Sie schützen? (Psychiatriepfleger in Psychoedukationsgruppe, 02.03.2011)

Wenn ein Mensch einmal eine Depression erlitten hat, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass er noch einmal daran erkrankt. Bis zu zwei Drittel der Betroffenen erleben mehrere depressive Episoden (Salomon et al.: 2000; Hirschfeld et al.: 2002). Außerdem steigt die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Erkrankens mit der vorangegangenen Anzahl depressiver Phasen: Nach der ersten Episode beträgt das Risiko, innerhalb von fünf Jahren erneut zu erkranken, 50 Prozent, nach der zweiten 79 Prozent und nach der dritten 90 Prozent (Montgomery 1994).

Dies motiviert viele Experten dazu, ihre Patienten in der letzten Phase der kognitiven Verhaltenstherapie möglichst gut auf eventuelle Krankheitsrückfälle vorzubereiten. Die Vorbereitung geschieht häufig schon früh in der Therapie, teilweise von Anfang an. Sie ist mit anderen elementaren Phasen der kognitiven Verhaltenstherapie

verknüpft, beispielsweise mit der Problemfeststellung oder der Vermittlung der Expertenmodelle (Margraf 2009: 5). Es wird davon ausgegangen, dass der Patient seine Therapie eher akzeptiert, wenn er ein nachvollziehbares Erklärungsmodell für seine Erkrankung erarbeitet hat und seine Lage und das therapeutische Vorgehen versteht (ebd.). Dies kann zur Rückfallvermeidung beitragen (ebd.).

Hautzinger (2012: 318) zufolge soll eine Psychotherapie den Patienten dazu befähigen, zukünftig selbstständig mit neuen Krisen und Depressionen umzugehen. In der „Rückfallprophylaxe“ soll dem Patienten beigebracht werden, das in der Therapie Erlernte abrufbar zu haben, damit es in Belastungssituationen genutzt werden kann (ebd.). Die sogenannte Notfallplanung hilft hier zusätzlich; in ihrem Rahmen besprechen der Therapeut und der Patient potenzielle künftige Schwierigkeiten und deren eigenständige Lösung durch den Patienten (ebd.). Der letzte Schritt im Notfallplan ist die Kontaktaufnahme zum Arzt oder Psychotherapeuten, den die Patienten „nicht scheuen“ sollen (ebd.).

Wie Daten der vorliegenden Studie zeigen, ist es für die meisten an einer Depression erkrankten Menschen besonders quälend, nicht zu wissen, ob und wann sie eine weitere depressive Episode erleiden werden. Sie suchen nach Möglichkeiten, zumindest vorher das Bewusstsein darüber zu erlangen, dass die Depression sich anbahnt, um gegenlenken und sie bestenfalls verhindern zu können. Solche Interventionen sind meines Erachtens klassische Beispiele für Emotionsmanagement (Hochschild 1979: 561). In diesem Kontext besprechen Experten mit ihren Patienten häufig das Thema „Frühwarnzeichen“. In einer Psychoedukationssitzung zählen Patienten hier Schlaf- und Kraftlosigkeit als Beispiele auf (Psychoedukationsgruppe, 02.03.2011). Vor allem Schlafprobleme werden von Experten immer wieder als Zeichen einer sich anbahnenden Depression gewertet (vgl. Hegerl et al. 2006 [2005]: 20).

Ein gewisses Sicherheitsgefühl stellt sich bei den Betroffenen ein, wenn sie den Eindruck haben zu wissen, welche Situationen bei ihnen zur Depression führen. Bei einer Patientin beispielsweise wird eine bestimmte Aktivität immer wieder zum Auslöser neuer depressiver Episoden. Sie versucht zwar nicht, diese Aktivität zu

umgehen, aber sich ein möglichst angenehmes Umfeld zu schaffen und sich beispielsweise zu erlauben, andere Vorhaben abzusagen, wenn sie während der Aktivität in eine Depression gerät. Außerdem sucht sie nach Gründen, die zu dem Auslöser geführt haben könnten.

Sicherer fühlen sich auch diejenigen, die eine Art „Depressionsfrühwarnsystem“ bei sich feststellen. Als so eine Warnung erlebe etwa Herr Redmüller seinen Tinnitus, wie er in einer Gruppentherapie berichtet. Er erzählt dort, dass er einmal mit Freunden in einem Lokal gewesen sei, in dem viele Kinder umhergerannt seien und es sehr laut gewesen sei. In solch anstrengenden Situationen würde er immer Tinnitus bekommen. Das sei irgendwie ja auch ganz gut so, ergänzt er, das sei sein Alarmsignal, dass etwas zu viel werde. Dafür sei er dankbar (Hautzinger-Gruppe 12.03.2013).

Neben den Warnsignalen ist es in dieser Phase auch wichtig, schützende Faktoren zu besprechen. Eine Tagesstruktur, sprich einen geregelten Tagesablauf zu haben, kann ein Schutzfaktor sein und einen Menschen davor bewahren, wieder in eine Depression zu geraten (Psychoedukationsgruppe, 02.03.2011). Anderen Menschen hilft es beispielsweise, regelmäßig Sport zu treiben.

Viele der Strategien, die die Patienten in der Klinik vorgeschlagen bekommen oder sich selbst überlegen, funktionieren dort – und damit im speziellen Rahmen der Klinik – gut. Spätestens aber, wenn sie wieder nach Hause zurückkehren, spielen die Strategien in ihrem Alltag häufig keine Rolle mehr. Frau Filling erzählt dies am Beispiel von Entspannungstechniken, die ihr eigentlich sehr guttun würden, aber die sie nach Verlassen der Klinik trotzdem nicht mehr weiterführe (Frau Filling, 1.). In krankheitsfreien Phasen wollen viele Betroffene nicht an die Depression denken, nichts mit ihr zu tun haben und einfach nur das Leben genießen. Manche sprechen von einem „Aufholen“ der durch die Krankheit verpassten Zeit, etwa mit der Familie. In diesen „guten Phasen“ jene Skills und Verhaltensweisen aufrechtzuerhalten, die sie in der Klinik erlernt haben, erscheint vielen kaum sinnvoll. Sie nutzen sie nicht präventiv, sondern greifen – wenn überhaupt – erst dann auf sie zurück, wenn es ihnen schlechter geht.

Die Phase der Rückfallprophylaxe kann zusammenfassend als ein Versuch gesehen werden, Kontrolle über die Krankheit zu erlangen. Experten und Patienten suchen gemeinsam nach passenden Handlungsstrategien, die individuell sehr unterschiedlich seien, wie von beiden Seiten immer wieder betont wird.

#### 4.9 Entlassung aus der Klinik

Am Tag vor ihrer Entlassung resümiert Jana ihren stationären Aufenthalt:

Jana: Das ist jetzt halt übers Wochenende noch ein bisschen stärker geworden, so Erkältung und Depression und (unv.). *Sie lacht.*

Stülpnagel: Warst du daheim und...

Jana: Ich hab meistens im Bett gelegen und wir haben gekocht und sonst nix. Und es ist einfach ein bisschen deprimierend, so das Gefühl zu haben, jetzt bin ich so lange hier, hab ich ja erzählt, und irgendwie weiß ich trotzdem nicht so richtig, was ich machen soll, wenn das losgeht [die Depression, VS].

[...]

Stülpnagel: Was das jetzt gebracht hat für dich, weil es ja morgen schon nach Hause geht, ne?

Jana: Eigentlich ja, genau. Schon ein bisschen, weil ich einfach sehr unsicher bin, wie ich damit jetzt umgehe. Ich hab einfach Angst davor, dass es genau so weitergeht wie vor der Klinik zu Hause, weil das Wochenende echt nicht schön war. Andererseits habe ich aber auch nicht so richtig das Gefühl, ich kann jetzt hier noch wahnsinnig viel machen. So das war halt auch der Punkt, wo ich gedacht habe, Mann, ich ärgere mich so richtig, dass ich halt nach sechs Wochen wieder denke, Mann, es ist wie vor der Klinik. Nicht ganz so schlimm, aber schon nicht ohne. Und das ist halt einfach sehr frustrierend, weil ich das Gefühl hab, ich hab ja eigentlich alles jetzt gemacht.

(Jana, 2.)

Wie Jana sind auch viele andere enttäuscht, dass es ihnen gegen Ende der stationären Therapie nicht so gut geht, wie sie erhofft haben. Einige haben außerdem Angst davor, nach Hause zurückzukehren, weil sie nicht wissen, wie es ihnen dort gehen wird (vgl. Goffman 1973 [1961]: 73-4). In der Klinik werden sie unmittelbar und unkompliziert unterstützt, das fällt im Alltag oft weg. Es gibt aber auch viele Patienten, denen es zu diesem Zeitpunkt deutlich besser geht. Diese Menschen freuen sich sehr auf ihre Entlassung.

Die häufig chronisch verlaufenden schweren Depressionsformen erfordern, dass die Betroffenen sich auch nach ihrer Entlassung weiter mit der Erkrankung auseinandersetzen. Auf die Zeit nach der Klinik und mögliche Wiedererkrankungen soll die Rückfallprophylaxe vorbereiten. Tatsächlich aber kommt sie für viele Patienten zu

kurz, und gegen Ende ihres stationären Aufenthalts fehlen ihnen sowohl Zeit als auch Möglichkeit, sich darum zu kümmern.

Um den Übergang von der stationären in eine ambulante Therapie möglichst nahtlos zu gestalten und die Patienten nicht sich selbst zu überlassen, werden sie von der Klinik aus an einen niedergelassenen Therapeuten überwiesen. Obwohl es Abstimmungen – wie den Arztbrief – zwischen den Experten in der Klinik und dem Niedergelassenen gibt, äußern einige Patienten mir gegenüber, dass diese beiden nichts von der Arbeit des jeweils anderen wüssten. So kommt es, dass die Patienten immer wieder „von vorn anfangen“ müssen, wie beispielsweise Frau Filling erzählt (dies., 2.). Das heißt, dass sie ihre Depressionserfahrung und ihre Probleme immer wieder darlegen müssen, anstatt die therapeutische Bearbeitung dieser Themen stetig weiterzuführen. Dies ist ein Quell der Frustration, der dazu führen kann, dass Therapien vorzeitig abgebrochen werden.

Über den Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik hat der behandelnde Arzt beinahe absolute Entscheidungsmacht. Häufig werden Patienten, was den Zeitpunkt ihrer Entlassung angeht, im Unklaren gelassen, und oft werden Entlassungen immer wieder verschoben. Das verunsichert die betroffenen Patienten, weil sie nicht wissen, wie lange sie bleiben müssen und wie viel sie noch mitnehmen können von den Therapien. Die Patienten können den Entlassungszeitpunkt nur insofern bestimmen, als sie die Therapie abbrechen und sich auf eigene Verantwortung selbst entlassen, was selten geschieht.

Ob eine Heilung generell möglich ist und ob sie in der Klinik erfolgen kann, beschäftigt manche Patienten, wenn das Thema Entlassung für sie greifbar wird. Für den Großteil von ihnen ist eine gewisse Stabilität das Meiste, was sie für die Zeit nach der Klinik zu hoffen wagen. Die Mehrheit hat viele depressive Episoden hinter sich und wünscht sich vor allem Hilfestellung dabei, mit der Depression besser leben zu können.

#### **4.10 Zwischenfazit: Beiträge der Interventionen zur Gesamtbehandlung**

Jede Interventionsform im Therapieplan erfüllt einen bestimmten Zweck in der stationären Depressionstherapie, zusammen genommen ergeben die Einheiten eine

Gesamtbehandlung. Behandlungsformen wie Ergo- oder Musiktherapie gehören zwar ebenfalls zur stationären Gesamtbehandlung, sind aber nicht Gegenstand dieser Dissertation.

### **Einzelvisite**

Je nach Ausrichtung der Klinik erhalten entweder nur die privat oder auch die gesetzlich versicherten Patienten Einzelvisiten. Die Einzelvisite dient dazu, regelmäßig über die Diagnose und Therapie der Patienten zu sprechen. Dies geschieht zur medizinischen Dokumentation und ist relevant für die Kommunikation der Klinik mit den Krankenkassen bzw. -versicherungen. Nur in der Einzelvisite widmet sich das gemischtprofessionelle Team den Patienten in exklusiver Weise. Diese Konzentration der Experten auf eine Einzelperson lässt sich als Prozess zur Herstellung bzw. Verstärkung der Motivation und Compliance des Patienten interpretieren. Hier begegnet der Patient verschiedenen Professionen auf einmal, die alle darauf hinwirken, seinen Zustand zu verbessern. Dies kann ihn dazu bewegen, intensiv an sich zu arbeiten, an der Besserung seiner Erkrankung mitzuwirken und die von den Experten vorgeschlagenen Krankheitsbewältigungsstrategien umzusetzen.

### **Gruppensite**

Genauso wie die Einzelvisite ist die Gruppensite für die Experten dazu da, die Patienten und ihr Befinden regelmäßig zu sehen; auch sie dient der medizinischen Dokumentation. Anders als in der Einzelvisite wird hier deutlich weniger auf den Einzelnen eingegangen, die Inhalte bewegen sich vielmehr an der Oberfläche. Nicht zuletzt soll die Gruppensite dem Kontaktaufbau der Patienten untereinander dienen. Die Unterhaltung in lockerer Atmosphäre kann dazu führen, dass auch zurückhaltendere Patienten gemeinsame Bezüge mit anderen entdecken und etwa dadurch den Gruppenzusammenhalt verstärken.

### **Fallbesprechung**

In der Fallbesprechung beratschlagen sich ungefähr 40 Experten über einen einzelnen Patienten. Diese gemeinsame Reflexion soll idealerweise helfen, die Diagnose und Therapie des entsprechenden Patienten zu verbessern. Darüber hinaus dient die

Fallbesprechung auch Lehrzwecken. Auszubildende werden besonders motiviert, an diesen Sitzungen teilzunehmen. Sie sollen dort lernen, mit typischen oder außergewöhnlichen „Fällen“, wie die Experten Patienten bzw. deren Erkrankungen nennen, umzugehen. Die versammelte Expertenkompetenz interpretiere ich als Versuch, die Patienten zur Therapieadhärenz zu motivieren, ähnlich wie in der Einzelvisite.

### **Pharmakologische Therapie**

Auf den Stationen vermitteln die Experten und auch die Patienten den Eindruck, Medikamente wie Antidepressiva und Beruhigungsmittel würden zum Alltag der Depressionstherapie dazugehören.

Benzodiazepine werden auch als Beruhigungsmittel bezeichnet und wirken auf den Stationen vor allem als eine Art Brücke: Sie sollen eine Verbindung vom nicht oder falsch medikamentierten Zustand zu einem „richtig eingestellten“ Zustand ermöglichen. Diese Expertenbezeichnung meint im Fall der Depression, dass der Patient das für ihn passende Antidepressivum in der für ihn idealen Dosierung erhält. Auf dem Weg zu diesem Zustand werden Benzodiazepine als Bedarfsmedikation dann gegeben, wenn es Patienten sehr schlecht geht.

Antidepressiva sollen spezifisch gegen die Depression wirken. Sie werden von den Psychiatern, wie der Gesamtbehandlungsplan es erfordert (Benkert und Regen 2014: 10), immer gemeinsam mit anderen Therapiearten verordnet. Im Reigen der verschiedenen Interventionsformen auf psychiatrischen Stationen nehmen Antidepressiva allerdings eine zentrale Stellung ein. Für die Psychiater im Feld sind sie eines der bedeutendsten therapeutischen Mittel – wenn nicht das bedeutendste. Patienten, die Antidepressiva ablehnen, können sich auf den Stationen gar nicht erst behandeln lassen. Experten nutzen diese Medikamentenklassen als Stabilisierungsinstrumente. So sollen sie die Funktion der Stabilisierung oft noch jahrelang nach dem stationären Aufenthalt erfüllen.

Die Patienten nehmen das Thema Medikamente anders wahr, für sie wirkt die stationäre Behandlung als Ganzes. Viele empfinden nach der Behandlung eine

Unsicherheit darüber, was genau ihnen schlussendlich geholfen hat und auch künftig helfen wird. Meist ist für Patienten nicht nachvollziehbar, welchen Einfluss antidepressive Präparate auf sie haben. Dies trägt dazu bei, dass einige Patienten das ihnen verschriebene Antidepressivum nicht jahrelang nehmen, sondern es absetzen, sobald sie sich besser fühlen – häufig ohne Rücksprache mit ihrem Arzt.

### **Einzelpsychotherapie**

Die Einzelpsychotherapie (auch Einzeltherapie) erfolgt im Feld in Form der kognitiven Verhaltenstherapie. In dieser beabsichtigt der Experte, mit dem Patienten gemeinsam spezifische Ziele festzulegen. Die Ziele soll der Patient im Lauf der Behandlung aus eigener Kraft, vom Therapeuten unterstützt, erreichen. Hierfür muss er intensiv an sich arbeiten. In der kognitiven Verhaltenstherapie soll der Patient auch zu „neuen Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien“ (Margraf 2009: 4-5) bewegt werden. Er soll sie ausprobieren und einüben.

Die Einzeltherapie ist die einzige Interventionsform im Feld, die in der Dyade Patient/Therapeut stattfindet. Die Themen werden ausführlicher und zeitintensiver besprochen als in der Gruppensitzung oder Gruppenpsychotherapie. Nur in der Einzeltherapie kann sich der Experte eine Stunde lang einem einzelnen Patienten widmen, der hier als Individuum ganz im Mittelpunkt steht. Dass ihm so viel Zeit und Aufmerksamkeit zugesprochen werden, während der Einbezug der Familie oder der Freunde äußerst selten geschieht, zeigt: In der kognitiven Verhaltenstherapie dreht sich alles allein um den Patienten. Von ihm geht die Erkrankung aus, so die implizite Annahme, und daher muss er lernen, mit ihr umzugehen.

Einzeltherapien bieten nicht nur das einzige strukturell im Stationsalltag verankerte Forum, in dem ein Patient eine Stunde lang im Fokus steht, sondern stellen auch die häufigste Interventionsform auf der Station dar. Dies zeigt die große Bedeutung, die den Einzeltherapien von den Experten zugeschrieben wird.

Der Beitrag der Einzeltherapie für die Gesamtheit aller Therapien liegt in einer vertieften Behandlung von Themen, die für die Patienten wichtig sind. Oft wird die Einzeltherapie für Inhalte genutzt, die für eine größere Runde, etwa in einer

Gruppentherapie, zu persönlich erscheinen. Dabei kann es sich beispielsweise um Kindheitstraumata, Einsamkeit oder Überforderung im Beruf handeln. Auch dass Einzeltherapien als intensiver und intimer als andere Interventionen wahrgenommen werden, zeigt ihren besonderen Wert. Wie wichtig sie ihnen seien, betonen sowohl die Experten als auch die Laien.

In der Konstellation der Einzeltherapie ist der zwischenmenschliche Faktor hervorzuheben. Ob gegenseitige Sympathie besteht, hat Einfluss auf die Therapie. Das Gleiche gilt für die Meinung des Patienten über die therapeutischen Fähigkeiten seines Therapeuten. Deutlich wurde dies beispielsweise in der Episode mit der inoffiziellen Therapeutin.<sup>54</sup>

Manche Patienten haben sehr explizit Kritik an den Einzeltherapien geübt. Die Probleme, die geschildert worden sind, lassen sich meist strukturellen Bedingungen in den Kliniken zuordnen. Insgesamt habe ich mehr positive als negative Berichte über die Einzel gehört. Endgültige Sicherheit darüber, ob die Patienten mir gegenüber immer frei gesprochen haben, fehlt jedoch. Vielleicht haben sie manchmal befürchtet, ich würde etwas ans Team herantragen, etwa Kritik an der Arbeitsweise einzelner Mitarbeiter des Klinikpersonals. Die einzige Information, die ich weitergegeben habe, ist eine Äußerung, die ich als Hinweis auf einen Suizidgedanken aufgefasst habe. Die Patienten haben gemerkt – wie sich in einigen Situationen gezeigt hat –, dass ich die Dinge, die sie mir im Vertrauen mitgeteilt haben, auch für mich behalten habe.

Fast alle Patienten haben sich bei ihren Therapeuten gut aufgehoben gefühlt und den Eindruck gehabt, ihre Behandler haben ein echtes Interesse daran, ihnen zu helfen. Manche Patienten haben für ihre persönliche Besserung die Gruppentherapien wichtiger als die Einzeltherapien gefunden, die Mehrheit jedoch hat die größere Bedeutung der Einzel betont. Einige Patienten haben die Einzeltherapie als die für sie wichtigste Therapie im Behandlungskanon der Station beschrieben.

---

<sup>54</sup> Siehe S. 116 (Kapitel 4.7 Einzelpsychotherapie).

## **Gruppenpsychotherapie**

In der Gruppenpsychotherapie (auch Gruppentherapie) der kognitiven Verhaltenstherapie soll der Patient motiviert werden, seine Aktivitäten zu verstärken und mehr auf sich selbst zu achten. Außerdem soll er lernen, sein Denken, Handeln und Fühlen voneinander zu unterscheiden (Hautzinger 2012: 320). Dies soll ihn befähigen, so zu denken und zu handeln, dass er auf sein Fühlen in positiver Weise einwirken kann. Zudem dient diese Therapie dazu, ihn auf eine mögliche weitere depressive Phase vorzubereiten.

In der stationären Versorgung erhalten Patienten circa viermal mehr Gruppen- als Einzelpsychotherapie-Sitzungen (Haubl 2012: 102). Gruppenpsychotherapie wird nicht nur deswegen so häufig angeboten, weil sie wirksam ist, sondern vor allem auch aus ökonomischen Gründen: Mehrere Patienten auf einmal zu behandeln, spart Kosten (ebd.: 103). Wenn solche Gründe für die Therapiewahl Oberhand bekommen, führt dies zu Problemen. Dann kann es passieren, dass Menschen in die Gruppen kommen, für die eine andere Therapie besser wäre, oder dass die Gruppen zu viele Patienten beinhalten oder sie von unerfahrenen, nicht ausreichend ausgebildeten Mitarbeitern geleitet werden (ebd.). „Eine solche Konstellation erscheint leicht als Entwertung der Maßnahme, die den Patienten nicht verborgen bleibt. Sie mag dazu beitragen, dass die Abbruchquote in der stationären Gruppenpsychotherapie vergleichsweise hoch ist“ (ebd.).

In meiner Feldforschung habe ich von den angesprochenen Problemen vor allem dasjenige der unerfahrenen Therapeuten beobachten können. In der Berliner Klinik werden die Gruppen gar ausschließlich von unerfahrenen und kaum angeleiteten jungen Psychotherapeuten in Ausbildung durchgeführt. Sie kommen zu einem großen Teil direkt von der Universität. Den Patienten wird verschwiegen, dass die Psychotherapeuten, die ihre Einzel- und Gruppentherapien eigenständig leiten, noch keine fertig ausgebildeten Experten sind (Psychologin Ulrike, 12.02.2013). Sie erhalten regelmäßig Supervision, die vor allem zur Besprechung problematischer Fälle oder eigener Schwierigkeiten dient, arbeiten aber ansonsten eigenständig. Weil die Patienten nicht wissen, dass die Gruppenleiter sich noch in Ausbildung befinden,

haben sie eine Erwartungshaltung an sie, die nicht immer erfüllt werden kann. Der Frust der Patienten, der daraus entsteht, entlädt sich in wiederholter Kritik an den Therapeuten. Milena beispielsweise kritisiert das junge Alter der Behandler explizit (Milena, 08.02.2013).

Nicht immer werden die Sitzungen der kognitiven Verhaltenstherapie im Feld so umgesetzt, wie es in der theoretischen Literatur verlangt wird. Theoretisch ist es beispielsweise erforderlich, dass Konzepte über die Depression und Wege zur Besserung gemeinsam erarbeitet werden, also im Zusammenwirken des Therapeuten mit dem Patienten. Tatsächlich aber sind es in fast nur die Experten, die in den Gruppentherapien Themen zur Sprache bringen. Manchmal bekommen Gruppenleiter auf ihre Fragen zu den einzelnen Themen keine Antworten und müssen sie selbst geben. Während meiner Feldforschung beteiligen sich nur wenige Patienten pro Gruppe intensiver an der Diskussion, während die große Mehrheit eher schweigt. Immer wieder wird das gemeinsame Finden von Wegen des Umgangs mit der Erkrankung als besonders wichtig herausgestellt, und zwar in einem Verhältnis zwischen Therapeut und Patient auf Augenhöhe. De facto geschieht etwas anderes: Häufig belehrt der Therapeut den Patienten doch.

Oft wissen Patienten während der verhaltenstherapeutischen Sitzungen nicht, warum etwas mit ihnen unternommen wird bzw. welche Themen eigentlich gerade besprochen werden. Die einzelnen Gruppensitzungen werden von den Therapeuten üblicherweise nicht einer Phase zugeordnet. Dies ist problematisch, weil die Patienten nicht in Kenntnis gesetzt werden, an welchem Punkt im Therapieprogramm sie sich befinden. Auch dies erschwert das Verhältnis mit den Therapeuten auf Augenhöhe. Die Patienten hier mehr einzubeziehen, könnte zu einer noch größeren Akzeptanz der therapeutischen Maßnahmen führen (Margraf 2009: 5).

Die Sitzungen, die im Feld als Hautzinger-Gruppe oder Depressionsbewältigungsgruppe bezeichnet werden, sind oft keine Gruppentherapien im engeren Sinn. Um tatsächlich therapeutisch wirken zu können, müssten die Gruppen beispielsweise über einen längeren Zeitraum mit denselben Personen stattfinden, in der Praxis kommen in

der Berliner Klinik aber laufend neue Patienten zu den Gruppen hinzu.<sup>55</sup> Dies führt dazu, dass die Gruppen hauptsächlich psychoedukativ arbeiten.<sup>56</sup> Außerdem sind die kontextuellen Bedingungen in der Klinik schwierig: Die meisten Patienten leiden unter starken Beschwerden, doch den Therapeuten steht für jeden einzelnen nur wenig Zeit zur Verfügung. Dies führt zu mehrfacher Kritik seitens der Patienten. Manche sagen, ihre Gruppentherapien seien keine Therapien, sondern nur zur Beschäftigung der Patienten da.

Allerdings kann selbst eine Gruppe, in der therapeutisch nicht viel geschieht, eine wichtige Wirkung auf die Patienten haben. Schon dass die Gruppe die Patienten miteinander in Interaktion bringt, wirkt sich auf manche positiv aus. Sie können sich dort kennenlernen, was einigen möglicherweise dabei hilft, sich auch außerhalb der Therapie gegenseitig zu unterstützen. Diese Unterstützung unter Mitpatienten, so erfahre ich es von verschiedenen Patienten immer wieder, sei für viele sehr wichtig und geradezu heilsam.

Darüber hinaus ist es in den Gruppentherapien ausschlaggebend, *wie* die Inhalte umgesetzt werden. Zum Teil geschieht das in Ruhe, dann lassen die Experten viele Nachfragen zu und gehen auf die Patienten ein. Dies kommt bei den Patienten viel besser an als Sitzungen, in denen Inhalte rein frontal vermittelt und Themen nur kurz angerissen werden. Hier spielt der jeweilige Therapiestil des Experten eine große Rolle.

Alle Psychiater, psychologischen Psychotherapeuten und Psychiatriepfleger, die ich antreffe, haben eine große Motivation für ihre Arbeit. Die meisten sind sehr empathisch und werden von den Patienten sehr geschätzt. Nichtsdestotrotz führen die Rahmenbedingungen auf den psychiatrischen Stationen – hierzu zählt etwa die limitierte Zeit für jeden Patienten – dazu, dass viele Patienten nicht wirklich therapiert

---

<sup>55</sup> In der Vorstudienklinik in München bleiben die Gruppen für einige Sitzungen die gleichen, neue Patienten können nicht zu jeder Sitzung mit einsteigen. Kontinuität im Hinblick auf die Teilnehmer ist eine Grundvoraussetzung von Gruppentherapien im engeren Sinn. Daher sind die Münchner Gruppen eher als Gruppentherapien zu bezeichnen.

<sup>56</sup> Zur Psychoedukation siehe Kapitel 4.8.2 Phase 2: Expertenmodelle (S. 121 ff.).

werden können. Oft werde ihnen nur eine „Marschrichtung“ aufgezeigt, in die sie nach Verlassen der Klinik therapeutisch gehen könnten, wie dies eine Pflegerin formuliert (Hautzinger-Gruppe, 05.02.2013). Dass die kognitive Verhaltenstherapie hier nicht so wirkt, wie sie es laut der zugrunde liegenden Theorie sollte, hat auch mit diesen Bedingungen zu tun. Die kognitive Verhaltenstherapie ist zur Therapie gedacht, auf einer psychiatrischen Station ist es häufig jedoch höchstens möglich, eine gewisse Stabilität zu erlangen. Die tatsächliche therapeutische Arbeit folgt erst nach der Entlassung bei einem niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten oder Psychiater.

Einige Patienten kritisieren ein Axiom der kognitiven Verhaltenstherapie: die Emotionsveränderung durch willentlich gesteuerte Kognitionsbearbeitung. So lässt sich für viele die emotionale Erfahrung nicht von der kognitiven trennen. Die Betroffenen berichten außerdem, in einer depressiven Phase könnten sie auf ihre Emotionen gar keinen Einfluss nehmen. Dies erschwert eine Kognitionsbearbeitung oder macht sie gar unmöglich.

Auch der Punkt, dass beschreibbare Gedanken zu haben in der Depression nicht immer möglich sei, wird von den Patienten thematisiert. Diese beschreibbaren Gedanken sind aber eine Grundvoraussetzung für die kognitive Verhaltenstherapie, besonders für die Phase der Kognitionsbearbeitung.

Wiederholt sagen Patienten, dass sie die in der Klinik vermittelten therapeutischen Techniken in depressiven Phasen nicht umsetzen könnten. Diese würden höchstens in nicht depressiven Phasen funktionieren.

Ein grundsätzliches Problem bei der Durchführung der kognitiven Verhaltenstherapie im Feld ist die verwendete Sprache. Mehrfach kommt es auf den Stationen zu Situationen, in denen die Therapeuten in einer Sprache sprechen, die die Patienten nicht verstehen. Immer wieder fallen Ausdrücke wie „Kognition“, die bei manchen Menschen Verständnisschwierigkeiten verursachen. Wolfgang, der selbst über eine hohe Bildung verfügt, viel über die Depression gelesen hat und die Inhalte der Experten selbst versteht, bringt dieses Thema in einem Gespräch mit mir auf. Er kritisiert, dass die Therapeuten einen höheren Bildungsgrad hätten als die Patienten

und oft nicht in der Lage seien, sich davon zu distanzieren und eine Sprache zu sprechen, die ihre Patienten verstehen könnten. Gerade für einen Menschen in einer akuten Depression, dem es beispielsweise aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten sowieso schon schwer falle, einer Gruppentherapie aufmerksam zu folgen, sei dies ein Problem. Wenn die Inhalte der Gruppen nicht verstanden werden können, wird es geradezu unmöglich, das zu tun, wozu die Experten raten. Diese Leerstelle der unterschiedlichen sozialen Hintergründe und des damit verbundenen Wortschatzes und Kommunikationsstils ist vielen Therapeuten nicht bewusst. Zudem müssen die Therapeuten möglichst allen Patienten gerecht werden. Das ist schwierig, denn viele Gruppen sind sehr gemischt. Sie bestehen meist sowohl aus einzelnen, sehr gut informierten Patienten mit hohem Bildungsstand und viel Wissen über depressive Erkrankungen als auch – mitunter durch ihre Erkrankung – kognitiv eingeschränkten Menschen mit bildungsfernerem Hintergrund und wenig Vorwissen über die Erkrankung.

Nicht nur zwischen Experten und Patienten, sondern auch unter Experten bestehen große Unterschiede. Manche Therapeuten können sich hervorragend in ihre Patienten hineinversetzen und sich wesentlich besser von ihren eigenen soziokulturellen Bezügen distanzieren als andere. Auch von solchen Punkten hängt die Wirkung therapeutischer Interventionen ab. Hier zeigt sich erneut, dass der Erfolg der Anstrengungen auf der Station sehr auf einzelne Personen ankommt.

Neben Medikamenten können auch Gesprächstherapien wie die Gruppentherapien Risiken und Nebenwirkungen für die Patienten mit sich bringen. Dies wird im gesellschaftlichen Diskurs und in der Klinik fast vollständig außer Acht gelassen, obwohl es ein wichtiger Faktor ist. Eine schlecht durchgeführte Verhaltenstherapie beispielsweise kann den Zustand eines Patienten erheblich verschlimmern, bei einer schweren Erkrankung mit Suizidgedanken gar zum Tod führen. Eine weitere mögliche Nebenwirkung, die im Kontext von Gruppentherapien besonders relevant ist, ist das „Übertrainieren“ sozialer Fertigkeiten bis zum Egozentrismus“ (Nestoriuc und Rief 2012). Das „Abgrenzen“ von anderen Menschen, das in der Klinik intensiv gelehrt wird, kann sich ins Extrem verkehren und zu sozialer Isolation führen. Unerwünschte

Wirkungen sollten in Bezug auf die Verhaltenstherapie intensiver erforscht werden (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2003).

Der Dreiklang Denken – Handeln – Fühlen ist immer wieder Anlass für Kritik. Er impliziert, der einzelne Mensch könne, wenn er sich nur passend verhalte, sein Denken und Fühlen so beeinflussen, dass Besserung eintrete bzw. er gar nicht erst erkrankte. Patienten sagen jedoch häufig, die willentliche Einflussnahme auf das Denken und Fühlen durch das Handeln funktioniere nicht, sie könnten damit beispielsweise nicht verhindern, dass depressionsartiges Befinden aufkomme. Problematisch ist an diesem Denken-Handeln-Fühlen-Modell, dass es den Kontext, in dem ein Mensch lebt, ausblendet und dem Individuum die alleinige Verantwortung für sein Befinden zuschreibt. Indem den Patienten im Zuge dieses Modells erklärt wird, welche Verhaltensweisen als passend zu betrachten sind, objektiviert es dies außerdem.

Während des Klinikaufenthalts haben die Patienten ihre Angehörigen nicht bei sich, vielen fehlt die körperliche Nähe zu diesen Personen sehr. Bei aller Fokussierung auf die unterstellte Macht des Denkens und Verhaltens auf die Emotionen gerät der körperliche Aspekt in der kognitiven Verhaltenstherapie in der Klinik in den Hintergrund. In den Therapien fehlt die physische Nähe zu anderen oft gänzlich, obwohl sie für jeden Menschen wichtig und auch heilsam ist, wie die Patienten immer wieder berichten. Sie erzählen beispielsweise, wie wichtig das Kuscheln mit ihrem Partner oder ihren Kindern für ihr Wohlbefinden sei. Mit Jana spreche ich nach ihrem Klinikaufenthalt über dieses Thema. Sie findet, dass eine Massage antidepressiv wirken könne. In der Klinik seien viele Patienten sehr angespannt gewesen, auch deshalb, weil sie zu wenig Körperkontakt gehabt hätten. Sie erzählt von einer Bewegungstherapie, in der Berührung ganz ausnahmsweise mal möglich gewesen sei. Dort hätten die Patienten sich mit Bällen gegenseitig massiert. Sie habe die Leute nie so glücklich gesehen wie nach dieser Therapie. In den sechs Wochen, in denen sie in der Klinik gewesen sei, sei eine derartige Therapie aber leider nur einmal durchgeführt worden. Auf der Station kommt es immer wieder vor, dass ein Patient einen anderen in den Arm nimmt oder ihm über die Schulter streicht. Von den Experten wird dieser

körperliche Aspekt des Wohlbefindens weder in den Gruppensitzungen thematisiert noch sonst wie erwähnt.

Möglicherweise funktioniert Verhaltenstherapie nicht bei allen Patienten. Vielleicht schlägt sie besser an bei nicht chronisch und weniger schwer kranken Patienten und bei denjenigen, die eine therapeutische Begleitung im Alltag brauchen. Die Depression kann einen Menschen im Hinblick auf seine Selbstständigkeit beispielsweise auf die Stufe eines Säuglings zurückversetzen. Bei manchen Menschen geht die Kraftlosigkeit in der Depression sogar so weit, dass sie es nicht mehr schaffen, sich zu waschen oder zu essen. Dann ist jemand, der ihnen bei diesen Tätigkeiten hilft, überlebensnotwendig. Auch wenn es den Betroffenen besser geht, brauchen sie unter Umständen jemanden, der ihnen zur Seite steht, sie leitet und in gewisser Hinsicht auch kontrolliert. Manche benötigen jemanden, der sie metaphorisch gesprochen an die Hand nimmt und ihnen sagt, wie sie ihr Leben in den Griff bekommen können. Das kann die kognitive Verhaltenstherapie teilweise und eine Zeit lang leisten. Vielleicht nützt sie damit vor allem Menschen, die eine gewisse Anleitung im Leben brauchen und wollen. In solchen Fällen ist sie nicht bevormundend, sondern außerordentlich hilfreich.

Ein wichtiger Faktor im therapeutischen Geschehen ist der Zeitpunkt, zu dem ein Expertenkonzept vermittelt wird. Für einige Patienten ist es einfacher, Inhalte wie das ABC-Modell<sup>57</sup> „emotional [zu] verankern“, wenn sie sich gerade nicht in einer Depression befinden (Jana in Hautzinger-Gruppe, 30.07.2013). Verhaltensweisen, die in nicht depressiven Zeiten nachhaltig einstudiert wurden, können hilfreich sein, wenn sich neue Depressionsepisoden anbahnen.

In einer Gruppe von Menschen, die Ähnliches erleben, über Themen wie ihre Erkrankung, ihr Leid und mögliche Auswege zu sprechen, ist für viele Patienten sehr wertvoll. „Schon die Erfahrung ‚Du bist nicht allein‘ bietet den Gruppenteilnehmern eine emotionale Entlastung“ (Pitschel-Walz, Bäuml und Kissling 2003: 11). Wenn ein Patient die anderen Gruppenteilnehmer als sympathisch und in ihrem Leben

---

<sup>57</sup> Siehe S. 129 (Kapitel 4.8.4 Phase 4: Kognitionsbearbeitung).

erfolgreich einschätzt, kann dies dazu führen, dass er anders über sich selbst nachzudenken beginnt. Manchen hilft dies beispielsweise sehr dabei, häufig vorhandene Schuldgefühle ihren Angehörigen gegenüber abzubauen. Sie sehen, dass auch andere sich nicht „zusammenreißen“ und ihrer Depression nicht einfach entkommen können, so sehr sie es auch wollen. Manchmal führen solche Gruppeneffekte zu einer enormen Erleichterung (ebd.). Wenn ein positives Gruppengefühl entsteht, hilft dies den Experten bei der Vermittlung der Konzepte und den Patienten, die Gruppen als etwas Positives wahrzunehmen.

Nicht zu unterschätzen ist auch, dass Gruppentherapien für Betroffene schlicht und einfach unterhaltsam sind. Der Alltag auf der Station ist für viele Patienten oft sehr langweilig, in den Sitzungen jedoch sind sie von all ihren täglichen Verpflichtungen und Routinen entbunden. Sowohl Menschen, die sich tief in einer Depression befinden, als auch Menschen, denen es schon deutlich besser geht, profitieren von den regelmäßig stattfindenden Gruppentherapien. Sie erfahren dort Ablenkung von ihren kreisenden Gedanken, sozialen Austausch und Beschäftigung, die gegen ihre Langeweile hilft. Jana sagt, schon das bloße „Da-Sein“ in Gruppen mache ihr Spaß (Jana, 2.). Ihr tue es gut, sich voll und ganz auf andere Menschen konzentrieren zu müssen und keine Gelegenheit zum Grübeln zu haben. Vollkommen im gegenwärtigen Moment zu sein, wie sich aus ihrer Formulierung „Da-Sein“ interpretieren lässt, hilft ihr. Diese Punkte treffen auch auf einige andere Therapieformen zu, die in der Gruppe stattfinden.

Die Gruppenpsychotherapie hat, wie ich interpretiere, zum Ziel, die Patienten miteinander in Kontakt und Austausch zu bringen und den Zusammenhalt unter ihnen zu stärken. Vor allem sollen in der Gruppentherapie möglichst viele Patienten gleichzeitig Expertenmodelle wie den Dreiklang Denken – Handeln – Fühlen erlernen.

### **Zusammenwirken der Therapien**

Einzelvisite, Gruppensitzung und Fallbesprechung zielen darauf ab, einen möglichst gut therapierbaren Patienten hervorzubringen: Die Einzelvisite soll ihn dazu bewegen, intensiv an sich und der Besserung seiner Depression zu arbeiten; die Gruppensitzung

soll ihm helfen, sich möglichst gut in die Patientengruppe einzufügen; die Fallbesprechung soll seine Therapieadhärenz steigern.

Pharmakologische Therapien mit Medikamentengabe, allen voran Antidepressiva, sollen den Betroffenen stabilisieren.

Die Einzelpsychotherapien stellen den Versuch dar, den Patienten zu individualisieren. Er soll verinnerlichen, dass die Erkrankung von ihm selbst ausgeht und nur er selbst etwas dagegen unternehmen kann.

Die Gruppenpsychotherapien sollen einen Patienten hervorbringen, der auf sein Denken und Handeln so einwirken kann, dass sein existenzielles depressives Gefühlserleben sich in positiver Weise ändert.

Emotionsarbeit ist ein wichtiger Lerninhalt aller Therapieformen und kann auf drei Ebenen erfolgen: kognitiv (der Versuch, Gedanken zu verändern), körperlich (bspw. der Versuch, langsam zu atmen) oder expressiv (der Versuch, über den Ausdruck sein inneres Gefühlserleben zu verändern) (Hochschild 1979: 562). Die kognitive Verhaltenstherapie soll auf diese Ebenen einwirken und kann daher als Emotionsarbeit verstanden werden. Sie beinhaltet damit meiner Meinung nach eine Sammlung explizit gemachter *feeling rules* (Hochschild 1979).

Die meisten Patienten übernehmen spätestens im Verlauf der Behandlung die Konzeptualisierung der Depression als primär im Individuum verortet. So ist es für sie nur folgerichtig, dass sie ihre Depression selbst managen lernen sollen. Der Patient soll in der Therapie zunächst befähigt werden, Probleme festzustellen, die die Depression mit verursacht haben. In den weiteren Therapiephasen soll ihm beigebracht werden, dass sehr vieles in seiner eigenen Hand liegt und dass er etwa durch den Aufbau der „richtigen“ Aktivitäten und durch die Förderung der „richtigen“ Gedanken gegen seine Depression ankämpfen kann. Die kognitive Verhaltenstherapie arbeitet mit narrativen Rekonstruktionen<sup>58</sup> und liefert den Patienten insgesamt eine Art Ausbildung im Selbstmanagement. Der Grundtenor der kognitiven Verhaltenstherapie lässt sich so

---

<sup>58</sup> Siehe hierzu das Kapitel 2.7 Narrative (Re-)Konstruktion der Depression (S. 48 ff.).

zusammenfassen: Der Patient muss seine Art zu denken und zu handeln ändern, dann kann er sich selbst und seine Depression managen und stabil werden. Von Gesundwerden wird bei mittleren bis schweren Depressionsformen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext nicht gesprochen, stattdessen wird Stabilität angestrebt.

Insgesamt betrachtet soll aus der stationären Therapie ein Patient hervorgehen, der sich gut therapieren lässt sowie stabil, individualisiert und zu Emotions- und Selbstmanagement fähig ist.

## **5 „Ich würde gern wollen, aber ich kann grad nicht“ – Paradoxien, Ambivalenzen und Grenzen des Emotions- und Selbstmanagements**

Bestimmte gesellschaftliche Bedingungen, wie etwa kulturelle Modelle, beeinflussen die therapeutischen Interventionen in psychiatrischen Kliniken. Ein kulturelles Modell ist ein Muster, das das konventionelle Verhalten von Menschen prägt und ihnen zumeist unbewusst ist (Shore 1996: 6).

In Deutschland existiert ein Modell, das den Menschen als Selbstmanager definiert. Nach dieser Idee ist jeder seines eigenen Glückes Schmied und für sämtliche Bereiche seines Lebens, etwa die Partner-, Berufs- oder Wohnortwahl, in erster Linie selbst verantwortlich.

Auch die Gesundheit soll selbst in die Hand genommen werden. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext zeigt sich dieses Selbstmanagementmodell besonders deutlich in Form der kognitiven Verhaltenstherapie. Diese und andere Therapieformen sind darauf ausgelegt, den Patienten zum Selbstmanagement anzuleiten. Der optimal therapierte Patient geht aus der stationären Therapie als erfolgreicher Emotionsmanager hervor. Über die Kontrolle seiner Emotionen managt er sich selbst. Die Lehre des Emotionsmanagements, wie sie im klinischen Kontext geschieht, ist damit Teil des größeren gesellschaftlichen Trends zum Selbstmanagement.

Dieser Trend, auch als „Selbstmanagementparadigma“ bezeichnet (Weiner 2011: 455, eigene Übersetzung), umfasst alle Lebensbereiche und prägt die Strukturen der Gesellschaft.

Im Kontext der Depressionstherapie kann das Selbstmanagementparadigma viele positive Wirkungen haben. So kann es dazu führen, dass Menschen, die sich zuvor als ohnmächtig empfunden haben, selbst etwas gegen ihre Erkrankung tun können. Nicht zuletzt wirkt es emanzipatorisch und gibt manchen Patienten mehr Selbstbewusstsein. Das Selbstmanagement der Patienten zu fördern, kann beispielsweise auch gegen das dauerhafte Abhängigkeitsverhältnis zu Therapeuten helfen.

Neben positiven treten aber auch kritischere Effekte des Selbstmanagements im Kontext der Depressionstherapie auf; hier werden die Grenzen des Paradigmas deutlich.

## 5.1 Individualisierung

Im Kontext der Depressionstherapie ist das kulturelle Modell der Individualisierung bedeutend. Individualisierung ist nicht mit Autonomie gleichzusetzen, sondern bezeichnet den Umstand, dass Menschen „ihre Biographie selbst herstellen, inszenieren, zusammenschustern müssen“ (Beck und Beck-Gernsheim 1993: 179). Anstatt nach vorgegebenen Traditionen wird das Leben nach Regeln geführt, die das Individuum festlegt (ebd.: 186). Paradox ist, dass die einzelnen Menschen sich nicht für oder gegen ein individualisiertes Leben entscheiden können, sondern dazu gezwungen sind (ebd.: 179).

Das kulturelle Modell der Individualisierung führt in allen Lebensbereichen dazu, dass der einzelne Mensch immer mehr selbst übernimmt und regelt. Im Alltag wird er zum arbeitenden Konsumenten und erledigt nun Arbeitsschritte, für die früher Angestellte eingesetzt wurden (Rieder und Giesing 2011: 19); Beispiele sind Selbstbedienungsrestaurants und Selbstzahlerkassen in Supermärkten. Auch im Umgang mit Gesundheit und Krankheit geschieht Ähnliches: Ein erkrankter Mensch wird als Selbstmanager zum „arbeitenden Patienten“ (Rieder und Giesing 2011). Er übernimmt einen aktiven Part in der Krankheitsbewältigung. Bei muskulären Erkrankungen führt er etwa zu Hause selbstständig Übungen durch, die er vom Physiotherapeuten erlernt hat. In ähnlicher Weise werden ihm im Fall einer Depression bestimmte Denk- und Handlungsweisen nahegelegt, die er nach Verlassen der Klinik selbstständig umsetzen soll (gegebenenfalls mit Unterstützung eines Therapeuten).<sup>59</sup>

Doch nur für wenige Patienten funktioniert dieses Selbstmanagement tatsächlich in befriedigender Weise. Das positive, emanzipatorische Moment der kognitiven

---

<sup>59</sup> Die Vermittlung dieser Inhalte wird in Kapitel 4 „Am Ende ist man selbst verantwortlich“ – Therapie als Anleitung zum Emotions- und Selbstmanagement (S. 79 ff.) erläutert.

Verhaltenstherapie beginnt dann zu erodieren, wenn der Patient seine Depression nicht selbst „wegarbeiten“ kann.<sup>60</sup> Individualisierung bedeutet auch, dass alle Entscheidungen des Einzelnen ebenso wie ihre Folgen, ob positiv oder negativ, im Individuum verortet werden (Beck und Beck-Gernsheim 1993: 179). Dies lädt viel Verantwortung auf den Schultern der Patienten ab und belastet sie. Auf den Stationen suchen Patienten, die kein erfolgreiches Selbstmanagement schaffen, die Schuld zumeist bei sich: Sie überlegen, was sie alles falsch gemacht haben, wo sie sich nicht genug angestrengt haben und was sie noch hätten versuchen können.

Menschen mit einer Depression sehen oft sich selbst als für alles Schlechte verantwortlich. Dass solche Gedanken die Depression mit auslösen oder verschlimmern können, lernen sie in der Psychiatrie. Gleichzeitig hören sie dort aber wieder und wieder, sie seien selbst verantwortlich. Viele schlussfolgern, sie selbst seien schuld, wenn sie das Umkognitisieren ihrer depressiven Verhaltensweisen und Gedanken nicht schaffen würden. So wiederholen und verstärken die Therapeuten Krankmachendes in der besonders vulnerablen Situation der stationären Therapie.

Wie ambivalent die Individualisierung ist, zeigt sich zudem beim Thema „Abgrenzung“. Sich von anderen Menschen abgrenzen zu lernen, ist ein wichtiges und viel besprochenes Ziel in der kognitiven Verhaltenstherapie.<sup>61</sup> Die Experten begründen dies damit, dass die Patienten sich und ihre Bedürfnisse stärker in den Fokus stellen müssten. Dahinter liegt die Annahme, dass Menschen mit einer Depression häufig sehr hilfsbereit seien und Probleme dabei hätten, anderen etwas auszuschlagen. Ebenso gehen die Experten davon aus, dass diese Eigenschaften zu Überforderung und auch zu neuen Depressionsepisoden führen könnten. Zur besseren Abgrenzungsfähigkeit wird beispielsweise das Neinsagen in Rollenspielen geübt. Übungen und Besprechungen auf den Stationen zu diesem Thema können als eine Art Erziehung zum „gesunden Egoismus“ gesehen werden. Auch hier wird eine Ambivalenz deutlich. Einige Patienten finden es wichtig, sich um ihre Mitmenschen zu

---

<sup>60</sup> Die meisten Fallberichte hierzu finden sich in Kapitel 4.8 Gruppenpsychotherapie (S. 118 ff.).

<sup>61</sup> Für eine ausführlichere Besprechung dieses Themas siehe Kapitel 4.8.5 Phase 5: Kompetenzverbesserung (S. 142 ff.).

kümmern. Sie sagen, sie würden dadurch positive Gefühle erleben und von ihrer Depression abgelenkt werden. Die sinnvolle Abgrenzung gegenüber anderen, die zu viel von einem Menschen mit einer Depression verlangen, kann umschlagen. So passiert es durchaus, dass Patienten sich aufgrund des Expertenrates zu mehr Abgrenzung zu sehr auf sich selbst konzentrieren und schließlich vereinsamen. Es liegt auf der Hand, dass dies die Depression mehr fördert als schwächt. Die kulturellen Werte, die in diesem Kontext eine Rolle spielen, sind tief verwurzelt und drehen sich etwa um die Frage, wie eng menschliche Beziehungen sein dürfen oder wie unabhängig man bleiben muss, um sich selbst in Beziehungen nicht zu vernachlässigen.

Eine Rolle spielt auch, *wer* konkret anstrebt, dass Patienten individualisierte Selbstmanager werden. Im klinischen Kontext sind dies vor allem die Experten. Sie bringen selbst eine bestimmte Prägung mit: Sie stammen zu allermeist aus sozioökonomisch besser gestellten Milieus, aus der sogenannten Elite. Eliten fordern Eigenverantwortung auch deshalb, weil sie selbst sie leisten können (Schmidt 2015: 322). Doch für Menschen mit weniger sozialen, ökonomischen und weiteren Ressourcen, auch für viele Menschen mit einer Depression, ist die Übernahme eines großen Maßes an Verantwortung für sich selbst und die Erkrankung deutlich schwerer. Die Depression bringt Probleme wie Selbstzweifel oder Energielosigkeit mit sich, die eine Verantwortungsübernahme erschweren. Es entsteht eine paradoxe Situation auf den Stationen: Die Expertengruppe, der erfolgreiches Selbstmanagement gelingt, fordert die Patientengruppe, der dies ungleich schwerer fällt, zu mehr Eigenverantwortung auf. Dies belastet die Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten.

Im Rahmen des in den Kliniken vorherrschenden Selbstmanagementparadigmas wird den Patienten nahegelegt, einen individuellen und eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit anzustreben. Zumindest das Ziel dieser Anstrengungen ist aber immer konform: Alle Betroffenen sollen wieder arbeiten, wieder etwas leisten können. Darin, dass alle Patienten Arbeitsfähigkeit erlangen sollen, zeigt sich der gesellschaftlich

konsonante Wert der Leistung. Eine paradoxe Situation entsteht, in der von den Patienten einerseits Individualisierung und andererseits Konformität verlangt wird.

## 5.2 (Ir-)Rationalität

Nach wie vor wird die Rationalität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen infrage gestellt. In der Praxis, oft auch per Gesetz, disqualifiziert eine schwere psychische Erkrankung den Betroffenen von der sozialen Teilhabe (Martin 2007: 87). Menschen, deren psychische Erkrankung bekannt ist, haben nicht selten Schwierigkeiten, Arbeitsstellen zu finden bzw. zu halten, besitzen kein Wahlrecht, wenn sie eine Behinderung haben, und sind vielen weiteren Stigmatisierungen ausgesetzt.

Gleichzeitig wird im Paradigma des Selbstmanagements ein rationales, managendes Selbst vorausgesetzt, das beobachten, voraussehen und über seine Krankheit walten kann. Ein solches Subjekt beruht auf dem Konzept eines *zwangsmäßig freien* Homo oeconomicus (Weiner 2011: 452, eigene Hervorhebung): Das Subjekt kann nicht wählen, ob es in all seinen Entscheidungen frei sein oder auch mal an die Hand genommen werden möchte – es hat frei zu sein. Neoliberale Gesellschaften basieren auf einem aktiv an der Verbesserung seines Lebens arbeitenden Homo oeconomicus (Rose 1996: 57).

Doch wie kann dieses Selbst, dem keine (volle) Rationalität zugestanden wird, sich selbst managen? Die kognitive Verhaltenstherapie setzt hier an, denn sie strebt danach, die Rationalität von Menschen mit Depressionen zu verbessern. So wird etwa mittels simpler Alltagsbeispiele geübt, zwischen „realistischem“ und „unrealistischem“ Denken zu unterscheiden. Beispielsweise wird der Patient gefragt, wovor er Angst habe. Auf seine Antwort, vor dem Verlust seines Jobs, kann dann die Frage folgen, was danach kommen könne. Der Patient zählt dann eine Folge an negativen Ereignissen auf und der Therapeut versucht, eine Grenze zu finden, ab der die Ereignisspirale aus seiner Sicht unrealistisch wird. Im therapeutischen Prozess vermitteln die Experten den Patienten, sie könnten lernen, eigene „unrealistische“ Gedanken künftig zu vermeiden. In der Praxis erweisen sich solche Reparaturversuche mitunter als wenig

hilfreich. Oft akzeptieren die Patienten die Experteneinteilung in „unrealistisch“ oder „realistisch“ nicht, häufig fühlen sie sich unverstanden und nicht ernst genommen. Wenn es trotzdem klappt, das Denken in einer Weise zu verändern, die für sie konstruktiv ist, ist dies schwer in den Alltag zu überführen.<sup>62</sup>

In keiner Interaktion zu diesem Thema wird erklärt, worauf die Einschätzungen der Experten basieren. Damit bleibt unklar, wie sie zu ihren Schlüssen kommen und nach welchen Kriterien sie das Denken als realistisch oder unrealistisch einstufen. Die Patienten erfahren nicht, was die Experten dazu legitimiert, solche Einschätzungen vorzunehmen.

Einwände werden auf den psychiatrischen Stationen zumeist ignoriert oder abgetan. Die Patientin Frau Hahn etwa sagt in einer Gruppentherapie, auch wenn sie es schaffe, Dinge rational zu sehen, würde es ihr nicht besser gehen. Die Therapeutin Xenia erwidert, dies liege an Frau Hahns negativen kognitiven Mustern und an ihrer noch nicht ausgestandenen Depression (Hautzinger-Gruppe, 21.03.2013). Wenn Patienten sich wiederholt negativ über therapeutische Inhalte oder andere Geschehnisse im stationären Ablauf äußern, wird dies unter Experten oft damit begründet, dass die kritischen Patienten eine Persönlichkeitsstörung hätten. Liegt keine entsprechende Diagnose vor, wird von einer „Akzentuierung“ gesprochen, einer Auffälligkeit unter der Schwelle zur Diagnose. Dass solchen Patienten ihre Rationalität abgesprochen wird, zeigt sich auch darin, dass sie infantilisiert werden. So bezeichnen beispielsweise einige Therapeuten eine Gruppe kritischer Patienten als „Kindergarten“. Wenn Patienten den Eindruck haben, dass sie nicht ernst genommen werden, ist das ein Herd der Frustration. Dies schwingt in den Therapien mit. Schlussendlich wird durch die Entrationalisierung kritischer Patienten die Chance verspielt, deren Einwände aufzunehmen und konstruktiv zur Verbesserung der Therapie zu nutzen.

Insgesamt zeigt sich in der Klinik, dass das Selbstmanagementparadigma den Depressionspatienten ein rationales Selbst verleiht und zugleich verwehrt (Weiner

---

<sup>62</sup> Für ausführliche Erläuterungen hierzu siehe Kapitel 4.8.4 Phase 4: Kognitionsbearbeitung (S. 128 ff.).

2011: 452). Diese paradoxe Situation ist für die Patienten verwirrend und erschwert den therapeutischen Prozess.

Im stationären Raum werden einige Themen, die für die Patienten relevant sind, von den Therapeuten kaum oder gar nicht behandelt. Wie gezeigt worden ist, blendet die Konzentration auf individuelle Faktoren die Beziehung zwischen Patient und Therapeut ebenso wie die zwischen Patient und Angehörigem weitestgehend aus. Hinzu kommt, dass auch Alpträume im Feld von Expertenseite nicht thematisiert werden. Erlebnisse in der Vergangenheit klammern die Therapeuten ebenfalls aus. Ein weiterer von den Experten vernachlässigter Bereich liegt in der Wirkung von körperbezogenen Erfahrungen wie Sport, Massagen oder körperlicher Nähe zu Angehörigen.

Diese Leerstellen zwischen den Therapeuten und Patienten können zum Teil als Abkehr von der Psychoanalyse gelesen werden, die sich mit Themen wie der Beziehung des Therapeuten mit dem Patienten, der Vergangenheit eines Erkrankten und Traumanalysen beschäftigt. Einige kritische Äußerungen der Experten im Feld über die Psychoanalyse untermauern diese Annahme.

Seien die Leerstellen nun Resultat aus der Abkehr von der Psychoanalyse oder nicht: Die kognitive Verhaltenstherapie hat als Kern eine Betonung des Kognitiven, die von den Experten als einzig rationale Herangehensweise betrachtet wird. Im Umkehrschluss werden weniger individualistische oder körperbezogene therapeutische Herangehensweisen als irrational und kaum sinnvoll gesehen.

### **5.3 Paternalismus versus Empowerment**

Neben der bereits erwähnten Infantilisierung zeigen Formulierungen der Experten, wie etwa Patienten „an die Hand nehmen“<sup>63</sup> zu müssen, paternalistische Einstellungen. Doch dies ist widersprüchlich: Alle Behandelnden sagen andererseits, sie würden die Patienten befähigen wollen, sich um sich selbst zu kümmern. Letzteres

---

<sup>63</sup> So ausformuliert wird dies nur gegenüber anderen Mitgliedern des Behandlungsteams, implizit wird es auch gegenüber den Patienten erwähnt. Die Bedeutung ist ambivalent. Manchen tut es gut, an die Hand genommen zu werden, bei anderen hat es eine unguete, bevormundende Wirkung.

wird in der Literatur als Empowerment bezeichnet. In der Klinik ist immer wieder eine Spannung zwischen paternalistischen Einstellungen und dem Wunsch, Empowerment zu fördern, zu spüren. So soll der Patient selbst wissen, welche Erkrankung er hat und wie sie therapiert wird. Er soll ein „mündiger Patient“ werden, ermächtigt und handlungsfähig. Wenn er über seine Erkrankung gut Bescheid wisse, nehmen die Experten an, verhalte er sich richtig und mache eine bestmögliche Behandlung wahrscheinlicher. Ein in dieser Weise mündiger Patient möchte häufig über seine Behandlung mitbestimmen. Dies entspricht dem geforderten Selbstmanagement der Patienten. Paradoxerweise wird jedoch einigen Patienten genau dies immer wieder verwehrt: Sie dürfen etwa ihre Therapeuten nicht aus eigenem Wunsch wechseln und auch die Inhalte ihrer Therapie nur zu einem geringen Grad mitbestimmen.<sup>64</sup> Auf der anderen Seite wird dem Patienten vermittelt, er solle therapeutisch „mit sich machen lassen“, passiv sein. Für die Behandelnden ist es oft zu zeitintensiv, ihm immer alle Therapieschritte detailliert zu erklären. Wie die Mehrheit der Therapeuten annimmt, verstünden die Patienten einiges ohnehin nicht. Psychiater und psychologische Psychotherapeuten entscheiden im Feld häufig von oben herab und ohne Einbezug der Patientenmeinung über Therapieschritte. Nicht selten ist das auch im Sinn der Patienten, die sich mit allzu viel Informationen und Auswahlmöglichkeiten überfordert fühlen. Eine Patientin drückt dies so aus: „Ich hätte alles genommen“ (Frau Sommer, 1.). Ihre tiefe Kraftlosigkeit und Verzweiflung führen zu einer vollständigen Abgabe jeglicher Verantwortung an das Behandlungsteam.

Es erscheint in der stationären Depressionstherapie nahezu unmöglich, einen für alle Beteiligten passenden, ideal ausbalancierten Weg zwischen den Polen Paternalismus und Empowerment zu finden. Hiermit verbunden ist die Frage, wer bestimmen kann, welcher Therapieweg eingeschlagen werden soll. In der kognitiven Verhaltenstherapie soll die Behandlung möglichst auf Augenhöhe erfolgen, in der Praxis geschieht das jedoch kaum.

---

<sup>64</sup> Siehe hierzu Kapitel 4.7 Einzelpsychotherapie (S. 111 ff.).

Diejenigen Patienten, die sich aktiv am Geschehen in der Klinik beteiligen und ihre Therapie stärker mitgestalten möchten, wären dankbar dafür, wenn ihnen dies ermöglicht würde. Andere Patienten, die mehr Anleitung wünschen, sollten diese auch erhalten. Kurzum: Eine feiner auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Behandlung könnte helfen, die therapeutische Versorgung im stationären Raum weiter zu verbessern.

#### **5.4 Emotionsarbeit und Entpolitisierung**

Eine Depression bringt existenzielle Gefühle (Ratcliffe 2008) wie lähmende Antriebslosigkeit, ständige Angst und allumfassende Gleichgültigkeit mit sich.<sup>65</sup> Solche Zustände passen nicht zum Paradigma des sich selbst managenden Individuums in der Leistungsgesellschaft (Neckel 2009). Daher zielen die Lehrinhalte der kognitiven Verhaltenstherapie darauf ab, solche Emotionen zu verändern. Patienten sollen ihre Denkinhalte und Verhaltensweisen auf den Prüfstand nehmen und gegebenenfalls abändern, also Emotionsregulation<sup>66</sup> betreiben.

Das Konzept der *feeling rules* (Hochschild 1979) wird in der vorliegenden Dissertation verwendet, um die konkrete Manifestation emotionaler Stile (Knoblauch und Herbrink 2013) in einer Gesellschaft aufzuzeigen. An dieser Stelle wird nun über die Beschreibung von Beispielen, wie *feeling rules* in der Depressionstherapie durch Emotionsarbeit umgesetzt werden<sup>67</sup>, hinausgegangen. Es wird Augenmerk darauf gelegt, weshalb dies alles eigentlich geschieht, was der emotionale Stil über die Gesellschaft aussagt.

Existenzielle Gefühle wie Emotionslosigkeit und Kraftlosigkeit, die in der Depression erlebt werden, sind den aktuell vorherrschenden *feeling rules* zufolge in kaum einer gesellschaftlichen Situation „erlaubt“. Zwar sind sie etwa im Trauerfall erwartete und

---

<sup>65</sup> Zu diesem Thema siehe Kapitel 3.2 Erleben der Depression (S. 59 ff.).

<sup>66</sup> Emotionsregulation ist das individualpsychologische Konzept für Prozesse der Emotionsbearbeitung. Diese Prozesse werden in soziologischer Herangehensweise unter Einbezug sozialer Faktoren als Emotionsarbeit bezeichnet (von Scheve 2012).

<sup>67</sup> Darauf wird in Kapitel 4 „Am Ende ist man selbst verantwortlich“ – Therapie als Anleitung zum Emotions- und Selbstmanagement (S. 79 ff.) eingegangen.

sozial akzeptierte Hintergrundgefühle, aber selbst hier nur beschränkt: Nach zwei Wochen ist depressives Erleben nicht mehr unbedingt „normal“, sondern aus diagnostischer Sicht zumindest potenziell pathologisch und gilt als klinische Depression.<sup>68</sup> Psychiater befürworten die Möglichkeit, eine Person bereits so kurze Zeit nach einem Trauerfall als depressiv zu diagnostizieren. Dadurch, so begründen sie, könne eine Person therapeutische Hilfe erhalten, die sie vielleicht zu dem Zeitpunkt schon benötige. Jede Diagnosestellung, auch die nach einem Trauerfall, ist für sie ein Abwägen zwischen dem möglichen Schaden und Nutzen einer Diagnose für die betreffende Person. Eine Diagnose kann nämlich auch Negatives mit sich bringen, etwa durch Stigmatisierung. Dieses Vorgehen im klinischen Alltag ist in der allgemeinen Bevölkerung kaum bekannt. Dadurch wird häufig angenommen, eine Person würde bei depressivem Erleben mehr als zwei Wochen nach einem Trauerfall beim Arzt unweigerlich als depressiv diagnostiziert werden. Dies entspricht schließlich der offiziellen medizinischen Definition. Auf diese Weise entsteht der Eindruck, selbst kurz nach einer derart einschneidenden Erfahrung wie dem Tod eines nahe stehenden Menschen depressionsartige Zustände zu erleben, sei nicht erlaubt, außerhalb der Norm und pathologisch. Durch solche Prozesse wird das existenzielle Gefühlserleben, wie es auch in einer Depression auftritt, zu einem gesellschaftlich „unerwünschten“ Gefühlserleben.

Dieser therapeutischen Vorgehensweise auf den Stationen liegen bestimmte Annahmen zugrunde. Eine dieser Annahmen ist, dass Menschen ihre Gefühle etwa dadurch wählen könnten, dass sie bestimmte „Skills“ einsetzen (Neckel 2009: 188). So sollen die Patienten etwa auf eine Chili beißen oder laut „Stopp“ sagen, um Gedankenkreisen und negative Hintergrundgefühle in Positiveres abändern zu können.

Im Widerspruch zu dieser Annahme stehen die Grenzen der auf ihr aufbauenden Techniken. Im klinischen Alltag wird dies schnell deutlich. Jana sagt: „Ich würde gern wollen, aber ich kann grad nicht“ (Jana, 1.). Sie ist eine der Patientinnen, die sich

---

<sup>68</sup> Vgl. das Diagnosemanual ICD-10 (DIMDI 2014).

außerordentlich anstrengen: Sie versucht, die Vorschläge der Therapeuten umzusetzen und alles zu geben, um die Besserung ihrer Erkrankung voranzutreiben. Aufgrund ihres hohen Bildungsgrades hat sie keine Schwierigkeiten, auch die komplexeren Modelle der Experten zu verstehen. Sie ergänzt diese noch durch ein intensives Literaturstudium zum Thema Depression. Trotz allem kommt auch sie an ihre Grenzen, die der genannte Satz zum Ausdruck bringt. Der Einschub „grad“ relativiert und zeigt – im Kontext der weiteren Gespräche mit ihr – ihre Hoffnung, dass das Wollen bald wieder möglich sein wird, und auch ihren Willen, sich weiterhin alle Mühe zu geben.

Etwas abstrahiert kann ihr Satz auch als Ausdruck einer Überforderung gesehen werden, die sie mit vielen anderen Patienten teilt. Einige würden es gern schaffen, all das umzusetzen, was an sie herangetragen wird, doch immer wieder müssen sie erleben, wie die Depression sich jedem Kontrollversuch entzieht. Dies hat auch mit Faktoren zu tun, die zumindest teilweise außerhalb des Wirkungsgrades der Patienten selbst liegen. Beispiele hierfür sind familiäre oder berufliche Probleme, die dazu beitragen, dass Menschen in existenzielle Nöte geraten. Auch die Depression selbst nimmt den Betroffenen oft jegliche Kraft, sich gegen sie zu wehren. Die auf den untersuchten Stationen erkennbare Fokussierung auf die individuelle Emotionsbearbeitung führt dazu, dass solche Faktoren ausgeblendet werden.

Wichtig ist in diesem Kontext auch ein Dilemma, mit dem Patienten sich wiederholt konfrontiert sehen: Sie sollen aktiv an der Besserung ihrer Erkrankung mitarbeiten und passiv die Empfehlungen der medizinischen Autoritäten akzeptieren. Wenn ein Patient hieran scheitert, so wird meist ihm die Schuld daran zugeschrieben (vgl. Martin 2001: 110).

Der Soziologe Goffman (1973 [1961]: 358) beobachtete, wie Therapeuten in Gruppensitzungen die Probleme, die Patienten etwa mit der Klinik, der Gesellschaft oder ihrer Familie hatten, in deren persönliche Probleme umstrukturierten. Dies mache aus dem jeweiligen Patienten ein „hilfsbedürftiges geschlossenes System“ (ebd.). Heute geschieht das Gleiche: Immer und immer wieder wirken die Experten in der stationären Therapie darauf hin, dass die Depression im einzelnen Patienten

verortet wird und andere Faktoren ausgeblendet werden. Hierfür verwenden sie narrative Rekonstruktionen. Beispielsweise formulieren sie existenzielle Ängste der Patienten um, ungeachtet dessen, ob die Ängste vielleicht doch auf realistischen Einschätzungen beruhen. Sie erklären den Patienten, diese Gedanken hätten sie aufgrund ihrer Krankheit. Dahinter stünden etwa „negative Denkstrukturen“, die bei Depressionen typisch seien und den Sinn für die Wirklichkeit trüben würden.

Aber Ängste oder auch Druck von außen sind oft nur allzu real und es reicht nicht immer aus, die eigenen Emotionen und sich selbst zu managen. Der Patient Wolfgang spricht in einer Hautzinger-Gruppe von seiner beruflichen Belastungssituation: „Es sind nicht nur negative Gedanken. Ich denke, ich kann mit allem umgehen, aber der externe Druck, alles gleichzeitig machen zu müssen, ist sehr belastend, das schaffe ich nicht. [...] Den externen Druck kann ich nicht beeinflussen. Wenn ich das könnte, wäre ich nicht hier [in der stationären Psychiatrie, VS]“ (Hautzinger-Gruppe, 06.06.2013). Einige Patienten nennen Ängste aufgrund gesellschaftlicher Problemlagen wie Altersarmut explizit als Ursache ihrer Erkrankung. Solche Punkte werden von Experten jedoch nicht als Thema in die Gruppensitzungen aufgenommen. Stattdessen bringen sie die Diskussion wieder auf die Frage, was die Patienten selbst tun können, und sprechen damit gesellschaftlichen Problemen die Relevanz ab. Dies interpretiere ich als Akt der Entpolitisierung: Faktoren, die gesellschaftlich geprägt und nicht zuletzt auch politisch sind, werden aus dem Depressionsdiskurs entfernt.

Auch weitere Einflussfaktoren, die nicht allein in der Hand der Patienten liegen, wie Arbeitslosigkeit oder Vereinsamung, werden entpolitisiert. Einige der geschilderten Prozesse auf den Stationen können als „Rituale der Opferbeschuldigung“ (Laungani 1989: 2428-9<sup>69</sup>, eigene Übersetzung) bezeichnet werden: Gerade denjenigen, die unter problematischen gesellschaftlichen Zuständen besonders leiden, wird ihr Zusammenbrechen und Krankwerden als ihre eigene Schuld vorgeworfen. In einer individualistischen Gesellschaft werden Menschen so sozialisiert, dass sie solche Urteile anderer über sich akzeptieren (ebd.: 2429).

---

<sup>69</sup> Zum Thema Opferbeschuldigung im Gesundheitskontext vgl. auch Martin 2001.

Die Individualisierung der Depression ist nicht nur belastend für die Patienten, weil sie sich dadurch nicht gehört und ernst genommen fühlen, sie bringt noch einen weiteren, brisanten Aspekt mit sich: Sie beraubt die Depressionsnarrative der Patienten ihrer politischen Dimension. Denn diese Narrative spiegeln nicht nur individuell-psychologische Bedingungen wider, sondern sind auch als Kritik gegen strukturelle und soziale Bedingungen in der Gesellschaft zu sehen (vgl. Kangas 2001: 90). Wer alles auf das Individuum schiebt, der verschließt die Augen vor gesellschaftlichen Schief lagen, die depressionsfördernd wirken können. In der sozialwissenschaftlichen Literatur (etwa Jurk 2005) ist der gesellschaftliche Leistungsdruck ein regelmäßig genanntes Beispiel solcher Schief lagen.

Insgesamt geschieht in der Klinik eine Art Protoprofessionalisierung (de Swaan 1988): Die Patienten übernehmen – häufig ohne es zu merken – die Sprache der Experten und handeln oft auch so, wie diese es vorschlagen. Hier wird ein Prozess der Gouvernentalisierung deutlich: Die Patienten übernehmen die Anliegen der Mächtigen und verhalten sich entsprechend (Foucault 2003[1977]). Heute ist die vorherrschende Expertenerklärung, dass Depressionen vor allem organisch und kognitiv-behavioral verursacht werden. Patienten, die diese Sicht übernehmen, können gesellschaftliche Zustände nicht für ihr psychisches Leid mit in die Verantwortung nehmen, was zur Folge hat, dass sie keine Veränderungen der politischen Machtverhältnisse fordern (Ingenkamp 2012: 331-2). Abgesehen von einzelnen kritischen Wissenschaftlern (etwa Ingenkamp 2012; Jurk 2005; Teuber 2011) gibt es im deutschsprachigen Raum kaum Personen oder Interessensvertretungen, die gesellschaftliche Kritik in den Diskurs um die Depression einspeisen.

Die Stimmen der Menschen mit Depressionen werden im politischen Willensbildungsprozess nur unzureichend wahrgenommen. Die Responsivität des Regierungssystems ist hier deutlich unterentwickelt: Die Interessen dieser Menschen werden entweder nicht gehört oder nicht ernst genommen, weil sie in der Regel den Anliegen der gesellschaftlichen Mehrheitsmeinung widersprechen.

## **6 Schlussbetrachtungen: Emotions- und Selbstmanagement als Aushandlung im therapeutischen Raum**

Diese Dissertation konzentriert sich neben den Patienten auf die beiden Expertengruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Psychiater. Im Feld hat sich gezeigt, dass sich mit der Vermittlung der Expertenkonzepte über die Depression vorrangig diese beiden Expertengruppen beschäftigen, daher sind sie für die Fragestellung am relevantesten. Weitere Studien mit ähnlichen Fragestellungen könnten etwa die Rolle der Pflegekräfte oder Soziotherapeuten im therapeutischen Prozess beleuchten.

In dieser Studie steht die stationäre kognitive Verhaltenstherapie im Mittelpunkt. Der Grundsatz, dass primär der einzelne erkrankte Mensch und nicht das Kollektiv therapeutisch zu bearbeiten ist, gilt auch in der gemeindepsychiatrischen und poststationären Versorgung (Klausner 2015: 317). Weitere Studien könnten herausarbeiten, welche kulturellen Prägungen den Interaktionsprozessen in psychosomatisch arbeitenden Kliniken zugrunde liegen. Denkbar ist, dass dort etwa das Selbstmanagement eine geringere Rolle spielt.

### **„Irgendwann bricht der Boden ein“ – Was führt Menschen in die Klinik?**

Bei den meisten Menschen, mit denen ich im Rahmen dieser Arbeit gesprochen habe, beginnt die Depression schleichend. Sie kündigt sich oft durch Schlaf-, Appetit- und Energielosigkeit an. Solche Probleme kennt fast jeder Mensch, in einer Depression jedoch nimmt die Intensität ein anderes Ausmaß, eine andere Qualität an. Weitere Erfahrungen kommen hinzu: Betroffene beschreiben, dass sie sich über nichts mehr freuen oder überhaupt nichts mehr empfinden könnten und unter ständigem Grübeln und quälenden Suizidgedanken leiden würden. Der Depression können zwar unspezifische und leichte Befindlichkeitsprobleme vorangehen, sie selbst ist jedoch alles beherrschend und sogar potenziell lebensbedrohlich. Betroffene berichten, die Depression sei mit keiner anderen Erfahrung vergleichbar. In der Depression können Emotionen eine derart umfassende Qualität entwickeln, dass sie alle Erfahrung der Person strukturieren und zu existenziellen Gefühlen (Ratcliffe 2008) werden. Beispiele

hierfür sind lähmende Antriebslosigkeit, ständige Angst, allumfassende Gleichgültigkeit, totale Verzweiflung und alles überschattende Irrealität.

Vielleicht liegt es an dieser existenziellen Dimension der Depression, dass die betroffenen Menschen, die in der vorliegenden Studie zu Wort kommen, intensiv nach Gründen bzw. Auslösern ihrer Erkrankung suchen. Wie auch bei anderen Schicksalsschlägen möchten Menschen verstehen, warum genau sie betroffen sind. Die Suche nach diesen Gründen ist meist ein iterativer Prozess, bei dem bestimmte Krankheitsauslöser einem Patienten eine Zeit lang passend scheinen, dann aber doch wieder von ihm verworfen und ersetzt werden. Viele Betroffene gehen außerdem von einem Zusammenwirken mehrerer Einflüsse aus, die schließlich zu einer Depression führen. Die Krankheitsauslöser, die Patienten im Feld nennen, lassen sich drei Narrativtypen zuordnen: 1. Arbeit und Leistungsdruck, 2. Familie und Partnerschaft und 3. Physisches und Verhalten. Manches wird sowohl als Schutzfaktor wie auch als Risikofaktor wahrgenommen. Die Arbeit zählt hierzu: Sie tut gut, solange sie nicht zu viel und dadurch zu einem gesundheitlichen Risiko wird.

### **„Am Ende ist man selbst verantwortlich“ – Therapie als Anleitung zum Emotionsmanagement**

Eine Person, die in einer psychiatrischen Klinik Hilfe sucht, nimmt dort die Rolle des Patienten ein und wird damit in einen vorstrukturierten Ablauf eingegliedert. Für jede der unterschiedlichen Interventionen in der Psychiatrie lässt sich ein bestimmter Zweck im Rahmen der stationären Gesamtbehandlung interpretieren.

Die Einzelvisite ist in erster Linie eine gemeinsame Reflexion der Stationsmitarbeiter über einen Patienten, es werden sowohl diagnostische als auch therapeutische Inhalte besprochen. Der Patient wird passiv einbezogen und hauptsächlich zu seinem Befinden befragt. Diese stationäre Intervention zeichnet sich dadurch aus, dass das behandelnde Team seine Aufmerksamkeit exklusiv einem einzelnen Patienten widmet. Ich interpretiere, dass die Einzelvisite die Therapiefähigkeit des Patienten steigern soll. Ziel ist, dass der Patient lernt, intensiv an sich und der Besserung seiner Erkrankung zu arbeiten.

In der Gruppensitzung, wie auch in den meisten anderen Gruppeninterventionen, haben persönliche Anliegen der Patienten keinen Platz, stattdessen wird über Organisatorisches gesprochen oder Smalltalk betrieben. Das Expertenteam versucht, die Patienten miteinander ins Gespräch zu bringen und den Gruppenzusammenhalt zu stärken. Auch die Gruppensitzung soll den Patienten besser therapierbar machen.

In der Fallbesprechung widmen sich fast alle Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik einem Patienten. Der behandelnde Arzt sammelt Vorschläge für diagnostische und therapeutische Anpassungen. Auch für diese Interventionsform lässt sich interpretieren, dass sie die Therapieadhärenz des Patienten steigern soll. In der Fallbesprechung werden lediglich Ansichten des Therapeuten über den Patienten thematisiert. Die Beziehungsdimension in der therapeutischen Dyade wird vollständig ausgeblendet, was darauf schließen lässt, dass sie nicht als relevant angesehen wird. So wird impliziert, die Sicht des Therapeuten auf den Patienten wäre objektiv. Dies lässt außer Acht, dass der Psychiater selbst sein wichtigstes Messinstrument ist und eine ausbleibende Reflexion dieses Umstands nur eine scheinbare Objektivität erzeugen kann. Der Patient wird zudem objektiviert. Dies zeigt sich etwa daran, dass er in der Fallvorstellung nicht als Mensch mit einer komplexen Geschichte präsentiert wird, sondern auf seine Rolle als Patient reduziert und zu einem Fall wird. Nur diejenigen Punkte aus seiner Biografie und Persönlichkeit werden thematisiert, die aus Sicht der Experten für die psychische Erkrankung von Belang sind. Auffällig ist in der Fallvorstellung außerdem die starke Fokussierung der Experten auf die medikamentöse Therapie; andere Therapieformen werden viel kürzer oder gar nicht besprochen. Dies hängt damit zusammen, dass die Wortführer der Fallvorstellung Psychiater sind, die in den untersuchten Kliniken vor allem medikamentös therapieren.

Zwei Medikamententypen werden in der stationären Depressionstherapie vorrangig eingesetzt: Benzodiazepine und Antidepressiva. Benzodiazepine werden kurzzeitig gegeben, vor allem zu Beginn der Therapie. Sie wirken beruhigend und sollen die Patienten aus dem akut depressiven Zustand herausholen und sie für die eigentliche Therapie bereit machen. Antidepressiva hingegen sollen gezielt gegen die Depression

helfen. Bei der Vermittlung der Sinnhaftigkeit von Antidepressiva nehmen erfahrene Patienten eigeninitiativ eine wichtige Rolle ein. Sie versuchen, die neuen Patienten etwa zu Geduld zu ermutigen, wenn deren Antidepressivum nicht sofort die erwünschte Wirkung entfaltet. Auf diese Weise werden Experteninhalte auch von Patienten vermittelt. Im Feld zeigt sich eine breite Palette an Umgangsweisen der Patienten mit Benzodiazepinen und Antidepressiva, sie reichen vom eigenmächtigen Absetzen, sobald Besserung eintritt, bis zur dauerhaften Einnahme.

Die Einzelpsychotherapie ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgelegt. In dieser Interventionsform sollen persönliche Themen besprochen werden, die in den anderen Therapien nicht zur Sprache kommen können. Patient und Therapeut legen gemeinsam Ziele fest, die der Patient erreichen soll. Es werden ihm verschiedene Methoden zur Selbstregulation erklärt, mit denen er etwa lernen soll, seine Emotionen zu kontrollieren. Der Patient wird immer wieder zur intensiven Arbeit an sich selbst angehalten. Er soll in der Einzelpsychotherapie lernen – so lässt sich das interpretieren –, seine Krankheit als seine individuelle Angelegenheit zu betrachten und ihr aus eigener Kraft zu begegnen. Im Feld zeigt sich, dass diese Arbeit an sich selbst für die Patienten oft nur sehr schwer oder gar nicht zu schaffen ist. Sie äußerten in Bezug auf die Einzelpsychotherapie Probleme, die ich als strukturell zusammenfasse. Dazu gehören beispielsweise unerfahrene Therapeuten und wiederholte Therapeutenwechsel.

Die Gruppenpsychotherapie wird von einem psychiatrischen Fachkrankenschwester bzw. einem Psychologen in Ausbildung zum Psychotherapeuten geleitet. Es wird ebenfalls kognitiv-verhaltenstherapeutisch gearbeitet, angelehnt an die Phasen der kognitiven Verhaltenstherapie (Hautzinger 2011: 6).

In der ersten Phase soll der Patient verstehen lernen, welche Probleme im Zusammenhang mit seiner Erkrankung für ihn wichtig sind. In den Gruppen wird diese Phase allerdings nur am Rande behandelt, weil Gespräche über Probleme schnell persönlich werden. Die Experten verweisen die Patienten hierbei auf die Einzelpsychotherapien.

In der zweiten Phase werden dem Patienten die Expertenmodelle vermittelt. Wichtig ist hier etwa das „Denken – Handeln – Fühlen“-Schema, das verdeutlichen soll, wie diese drei Komponenten aufeinander einwirken (ebd.: 316). Wer das verstanden hat, so die Theorie, kann etwa durch eine bestimmte Art zu handeln seine Emotionen und Kognitionen positiv beeinflussen. Die kognitive Verhaltenstherapie ist meiner Interpretation zufolge eine Sammlung explizit gemachter *feeling rules* (Hochschild 1979). Dem Patienten werden bestimmte Krankheitskonzepte vermittelt, mit denen er auch die medikamentöse Behandlung nachvollziehen können soll. Auch dadurch soll Compliance hergestellt werden. Auf den Stationen funktioniert die Vermittlung der Expertenmodelle häufig nicht. Oft liegt dies beispielsweise an einer für die Patienten unverständlichen Expertensprache.

In der dritten Phase soll der Patient motiviert werden, angenehme Tätigkeiten durchzuführen und aktiver zu werden. Dies soll ihm guttun und im Idealfall künftig helfen, ein Abrutschen in die Depression zu vermeiden. Für manche Patienten sind diese Inhalte sinnvoll, nicht jedoch für alle. Einige lehnen es ab, sich wie von den Experten empfohlen zu ändern.

Im Zentrum der vierten Phase stehen kognitive Muster. Der Patient soll sich zunächst seine automatischen Gedanken bewusst machen, unterstützt vom Therapeuten. Anschließend soll der Realitätsgehalt dieser Gedanken überprüft werden. Kommt man auf Expertenseite zu dem Ergebnis, dass die Gedanken unrealistisch sind, wird besprochen, wie sie bearbeitet werden können. Konkret verwenden die Experten Methoden wie das ABC-Modell. Es soll dabei helfen, ein Erlebnis in die Komponenten der Ausgangssituation, der Bewertung dieser Situation und ihrer Konsequenzen in Gefühl und Verhalten zu trennen. Diese strukturierte Art, Situationen und die eigene Reaktion darauf zu analysieren, wird in den Gruppen gemeinsam geübt. In diesen Prozessen ist der Versuch der Experten zu beobachten, die Patienten in die *feeling rules* (Hochschild 1979) und die emotionalen Stile (Knoblauch und Herbrink 2013) der Experten zu initiieren. Die Maßstäbe, auf denen dies basiert, werden nicht dialogisch ausgearbeitet, sondern sind diejenigen der Experten. Was die Experten für realistisch halten, wird den Patienten aufoktroiert. Die Betrachtungseinheit ist der individuelle

Mensch. Die Experten raten dazu, sich auf sich selbst zu konzentrieren. So sollen die Patienten versuchen, die Faktoren zu verändern, auf die sie selbst direkt Einfluss haben können. Einige Patienten kritisieren diese Fokussierung auf ihren persönlichen Wirkungsbereich und merken an, dass auch andere Faktoren wichtig seien und nicht ausgeblendet werden dürften. Außerdem kritisieren sie, so strukturiert vorzugehen sei im Alltag in problematischen Situationen sehr schwer und gerade in einer Depression kaum zu schaffen. Viele Patienten äußern, dass sie in einer Depression nicht auf die eigenen Emotionen einwirken könnten. Kognitionsbearbeitung und Emotionsmanagement sind aus diesen Gründen für viele Patienten schwer bis unmöglich.

Die fünfte Phase der Gruppenpsychotherapie dient dazu, soziale Kompetenzen zu verbessern. Wie dies erfolgen soll, vermitteln die Therapeuten den Patienten meist im Rahmen von Rollenspielen. Patienten üben hier die *feeling rules* und den emotionalen Stil der Experten ein. Sie haben nicht die Möglichkeit, ihre eigene Art der sozialen Kompetenz zu zeigen oder zu entwickeln. Ein bedeutender Teil dieser Phase besteht darin, den Patienten beizubringen, sich stärker von anderen Menschen abzugrenzen. Dies lehnen einige Patienten jedoch ab, weil es ihnen wichtig ist, ein hilfsbereiter Mensch zu sein und zu bleiben. Ob die Inhalte umgesetzt werden, bleibt hier – wie bei allen Therapieformen – die Entscheidung des Patienten, womit er dauerhaft in einem Zielkonflikt steht.

In der sechsten Phase wird nach Strategien gesucht, mit denen Betroffene befähigt werden sollen, Rückfälle in die Depression eigenständig zu verhindern. Dies wird anhand der Notfallplanung besprochen. Hier wird erkennbar mit Techniken des Emotionsmanagements gearbeitet. Die Betroffenen äußern, dass sie sich besser fühlen würden, wenn sie erkannt hätten, welche Auslöser bei ihnen zu einer depressiven Episode führen würden, und vor allem, wenn sie einen Plan zum Umgang mit solchen Schwierigkeiten haben würden. In dieser Phase werden auch schützende Faktoren besprochen. Viele der in der Klinik thematisierten Strategien funktionieren allerdings nur, solange die Patienten sich in der Klinik aufhalten; zu Hause spielen sie oft keine Rolle mehr. Dort prasselt wieder der Alltag mit all seinen Anforderungen und

Problemen auf die Menschen ein, die dann nicht mehr an die therapeutischen Strategien denken. Für manche Patienten wird das Thema Rückfallprophylaxe in der Klinik insgesamt zu knapp behandelt.

Einige grundsätzliche Probleme der Gruppenpsychotherapien – über alle Phasen hinweg – zeigen sich im Feld. Die mit Abstand meisten stationären Interventionen finden in der Gruppe statt, obwohl sich nicht alle Inhalte für die Behandlung in der Gruppe eignen. Genau genommen sind die wenigsten als Gruppenpsychotherapie bezeichneten Sitzungen tatsächlich Therapien, sondern entsprechen eher Psychoedukationseinheiten. Einige Patienten finden, Gruppenpsychotherapien seien nur zu ihrer Beschäftigung da. Für andere wiederum hat es allein schon eine angenehme Wirkung, in den Gruppen mit weiteren Patienten in Kontakt zu kommen. Weitere Probleme sind zu viele Teilnehmer in den einzelnen Gruppen oder dass Patienten in Gruppen behandelt werden, für die andere Therapieformen besser geeignet wären. Außerdem werden die Gruppen häufig von therapeutischen Novizen geleitet. Sie würden aufgrund ihrer fehlenden Erfahrung oft keine ausreichende Qualität der Therapie gewährleisten können, wie Patienten wiederholt betonen. Der Theorie der kognitiven Verhaltenstherapie zufolge sollen Konzepte über die Depression und Wege aus ihr heraus von Patient und Therapeut gemeinsam erarbeitet werden. In den Gruppen zeigt sich jedoch größtenteils, dass die Therapeuten diese Inhalte vorgeben und die meisten Patienten sich kaum an der Diskussion beteiligen. Dies hat auch mit dem Stil des jeweiligen Therapeuten zu tun. Die Patienten schätzen es, wenn er oder sie sich Zeit nimmt für die einzelnen Teilnehmer der Gruppe, Nachfragen zulässt und eine Sprache spricht, die gut verständlich ist.

Ein generelles Problem im Feld ist, dass die Patienten die von den Experten verwendeten Begrifflichkeiten nicht immer verstehen. Teilweise gehen Experten implizit davon aus, dass ihre Fachsprache für die Patienten verständlich ist. Dies hat auch mit unterschiedlichen Sozialisationen mancher Patienten und Experten zu tun, die zu einer Leerstelle zwischen den Akteuren führen. Nicht jedem Experten gelingt es,

diese Kluft zu überwinden und so zu kommunizieren, dass er von allen verstanden wird.

Die Patienten üben grundsätzliche Kritik an der kognitiven Verhaltenstherapie, die einem Großteil der stationären Therapien zugrunde liegt. Sie sagen, es sei nicht möglich, Emotionen durch willentlich gesteuerte Kognitionsbearbeitung zu verändern. Auch dies ist eine Leerstelle zwischen Experten und Patienten, denn von diesem Axiom der kognitiven Verhaltenstherapie rückt keiner der Experten zu keinem Zeitpunkt der Feldforschung ab.

In allen Therapieformen auf den Stationen trifft man auf Psychiater, psychologische Psychotherapeuten und Psychiatriepfleger, die motiviert sind für ihre Arbeit, empathisch wirken und den Eindruck vermitteln, ihren Patienten helfen zu wollen. Rahmenbedingungen wie die knappe Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht, schränken ihren Wirkungsraum jedoch deutlich ein. So passiert es, dass viele Patienten nicht wirklich therapiert werden können, sondern nur mit einer groben „Marschrichtung“ im Gepäck wieder in ihr alltägliches Leben außerhalb der Klinik entlassen werden müssen.

Patienten sollen in allen stationären Therapien mitmachen. Viele widersetzen sich jedoch, äußern offen Kritik, verlassen während einer Therapie den Raum oder verlangen andere Therapeuten. Auf solche Formen des Widerstands der Patienten reagieren die Therapeuten oft relativierend. So sagen sie den betreffenden Patienten, mit etwas Zeit in der Klinik und wenn sie weniger tief in der Depression seien, würden sie die kritisierten Inhalte selbst sinnvoll finden. Im Behandlersteam werden manche Formen des Widerstands infantilisiert oder medikalisiert und kaum ernst genommen.

Über alle genannten Therapieformen hinweg soll die kognitive Verhaltenstherapie einen Patienten produzieren, der auf sein Denken und Handeln einwirken kann und dadurch in der Lage ist, sein existenzielles depressives Gefühlserleben zu verändern. Er soll sich selbst und seine Depression managen und stabilisieren können. Ziel ist, dass der Patient durch das Zusammenwirken der stationären Interventionen zu Emotions- und Selbstmanagement befähigt wird und aus ihnen als gut therapierbar, stabil und individualisiert hervorgeht.

## **„Ich würde gern wollen, aber ich kann grad nicht“ – Paradoxien, Ambivalenzen und Grenzen des Emotions- und Selbstmanagements**

Das Selbstmanagementparadigma hat positive, emanzipatorische Effekte, bringt aber auch negative Konsequenzen mit sich. Im Feld zeigt sich, dass die Selbstmanagementfähigkeiten für die Betroffenen kaum zu erreichen sind – nicht zuletzt aufgrund von Ambivalenzen und Paradoxien im klinischen Alltag.

Die problematischen Effekte dieses Paradigmas lassen sich im Kern in vier Teilaspekte kategorisieren: Individualisierung, Irrationalität, Paternalismus und Entpolitisierung.

Zuallererst ist das kulturelle Modell der Individualisierung im Kontext der Depressionsbehandlung bedeutsam. Die Depression wird im erkrankten Individuum verortet, das vor allem selbst an der Besserung seiner Erkrankung arbeiten muss. So wird die Therapie zu einer Aufgabe, die der Betroffene aus eigener Kraft bewältigen muss. In der psychiatrischen Klinik wird er zwar dabei unterstützt, die größte Mühe wenden die Experten jedoch dafür auf, ihm Eigenverantwortung für die Krankheit und selbstständig anwendbare Techniken zu ihrer Bekämpfung beizubringen. In Rollenspielen etwa üben die Patienten emotionale Dramaturgien ein und werden so in die *feeling rules* und den emotionalen Stil der Experten eingeführt. Die Patienten lernen, welche Frühwarnzeichen eine Depression ankündigen und welche „Skills“ ihnen während einer depressiven Episode helfen sollen. All dies sind kulturell geprägte Techniken des Selbst- und Emotionsmanagements der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich auf ein einziges Therapieziel zurückführen lassen: Die Patienten sollen sich selbst und ihre Emotionen kontrollieren können. Paradox ist, dass von ihnen neben Individualisierung gleichzeitig Konformität verlangt wird; etwa in der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit, die von allen Patienten angestrebt werden soll. Problematisch wird die Individualisierung für den Einzelnen beispielsweise, wenn er es nicht schafft, seine Depression wegzuarbeiten. Die Folge ist, dass er von anderen und auch von sich selbst für seine anhaltende Erkrankung verantwortlich gemacht wird. Das in der Depression erhöhte Schuldbewusstsein wird so in der stationären Therapie noch verstärkt.

Zweitens wird Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Klinik die Pflicht auferlegt, ein rationaler Selbstmanager zu werden. In der kognitiven Verhaltenstherapie sollen sie üben, rational zu denken und zu handeln. Diese therapeutischen Versuche scheitern häufig, weil die Patienten die Inhalte nicht in ihren Alltag übertragen können oder sich von den Experten nicht ernst genommen fühlen. Ein Problem in der Klinik ist die Tendenz der Experten, Patienten, die Kritik über therapeutische Inhalte äußern, zu medikalisieren und zu infantilisieren. Zwischen den Patienten und den Experten entstehen im stationären Raum mehrere Leerstellen. Einige, wie das Ausblenden der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, können als Abkehr der Experten von der Psychoanalyse interpretiert werden. Die kognitive Verhaltenstherapie mit ihrer Betonung des Kognitiven wird von den Experten als einzig rationale Option betrachtet. Weniger individualistische oder körperbezogene therapeutische Herangehensweisen werden als irrational und kaum sinnvoll abgetan.

Drittens ist es für die Patienten schwierig, von paternalistisch agierenden Experten vermittelt zu bekommen, sie müssten ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen und sich selbst befähigen. Konkret verwehren Experten den Patienten häufig eine aktive Beteiligung am Therapieprozess, etwa in Form der Mitbestimmung über die therapeutischen Inhalte. Andererseits wollen die Experten sie zu mündigen und ermächtigten Individuen machen. Die kognitive Verhaltenstherapie soll auf Augenhöhe durchgeführt werden – ein Anspruch, der im Feld fast immer bloße Theorie bleibt. Einige Patienten sind jedoch dankbar dafür, von den Experten in intensiverer Weise angeleitet zu werden. Sie brauchen diese Hilfestellung, zumindest eine Zeit lang.

Und schließlich ist es der grundlegende Gedanke der kognitiven Verhaltenstherapie in der Klinik, die existenziellen Gefühle in der Depression zu verändern. Dies geschieht als Emotionsregulation auf individueller und entpolitisierter Ebene. Depressionsfördernde Faktoren, die außerhalb seines Wirkungsgrades liegen, soll der Patient ausblenden. Einige dieser Faktoren sind zugleich politische Themen, wie die Überlastung aufgrund von gesellschaftlichem Leistungsdruck. Durch die

Individualisierung der Depression werden diese politischen Dimensionen des Leidens übersehen – auch wenn sie für die Einzelnen häufig eine sehr wichtige Rolle spielen.

Diese Dissertation hat aufgezeigt, wie die Depression auf den psychiatrischen Stationen produziert und der Umgang mit ihr kulturell modelliert und sozial vermittelt wird. Alle stationären Interventionsformen zusammengenommen haben zum Zweck, Patienten in Emotions- und Selbstmanager zu transformieren. Im psychiatrischen Raum werden kulturelle Prägungen der Depressionstherapie sichtbar. So fordern die Therapeuten von den Patienten Individualisierung, Rationalität, Empowerment und Emotionsarbeit. Die Patienten können diese Punkte nur beschränkt umsetzen, was nicht zuletzt an ebenfalls kulturell geprägten Paradoxien und Ambivalenzen in der Depressionstherapie liegt.

### **Ausblick**

Künftig wäre es wünschenswert, den größeren Kontext, in dem depressive Erkrankungen auftreten, vermehrt zu berücksichtigen und stärker in die Therapien einzubeziehen. Zwar können politisch-gesellschaftliche Schief lagen in der Klinik nicht gelöst werden, dennoch sollten sie dort und auch in allen anderen gesellschaftlichen Diskursen und Räumen wie den (sozialen) Medien umfassender repräsentiert und diskutiert werden. Die Kritik der Patienten an letztlich gesellschaftlichen Themen wie Arbeitslosigkeit oder Vereinsamung sollte ernst genommen werden. Konsequenterweise würde dies bedeuten, dass die Experten die Patienten nicht mehr ausschließlich dazu anhalten, an sich selbst zu arbeiten. Stattdessen würde es für die Patienten leichter, die gesellschaftlichen Bedingungen zu kritisieren, die zu ihrem Leid beitragen, und darauf hinzuwirken, dass sie sich ändern. Die Depression kann so auch als eine Form des Widerstands oder als Gesellschaftskritik erscheinen. Nicht zuletzt könnten neue politische Bewegungen entstehen, die Ziele von Menschen mit einer Depression verfolgen.



## Literaturverzeichnis

- American Anthropological Association 1998: *Code of Ethics of the American Anthropological Association*. Elektronisches Dokument: <[www.aaanet.org/profdev/ethics/upload/ethicscode1998.pdf](http://www.aaanet.org/profdev/ethics/upload/ethicscode1998.pdf)> [03.09.2015].
- American Anthropological Association 2000: *Briefing Paper on Informed Consent*. Elektronisches Dokument: <[www.aaanet.org/committees/ethics/bp5.htm](http://www.aaanet.org/committees/ethics/bp5.htm)> [03.09.2015].
- American Anthropological Association 2012: *Statement on Ethics: Principles of Professional Responsibility*. Elektronisches Dokument: <[ethics.aaanet.org/category/statement/](http://ethics.aaanet.org/category/statement/)> [03.09.2015].
- American Psychiatric Association 1995: *Diagnostic and Statistical Manual IV*. Washington DC: APA.
- Anderson, Benedict 2000 [1983]: *Imagined Communities. Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. London u. a.: Verso.
- Appiganesi, Lisa 2008: *Mad, Bad and Sad. A History of Women and the Mind Doctors from 1800 to the Present*. London.
- Bäärnhielm, Sofie 2004: Restructuring illness meaning through the clinical encounter: A process of disruption and coherence. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28: 41-65.
- Barrera, A.Z., L.D. Torres und R.F. Munoz 2007: Prevention of depression: the state of the science at the beginning of the 21st Century. *Int Rev Psychiatry*: 655-670.
- Batra, Anil 2006: Selbstkontrollmethoden. In: Batra, Anil, Reinhard Wassmann und Gerhard Buchkremer (Hg.): *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Thieme. 90-6.
- Beck, Aaron T. et al. 1992 [1979]: *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Beck, Ulrich und Elisabeth Beck-Gernsheim 1993: Nicht Autonomie, sondern Bastelbiographie. Anmerkungen zur Individualisierungsdiskussion am Beispiel des Aufsatzes von Günter Burkart. *Zeitschrift für Soziologie* 22 (3). 178-187.
- Benkert, O. unter Mitarbeit von F. Regen 2014: Antidepressiva. In: Benkert, O. und H. Hippus: *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. 1-194.
- Berger, P. L. und T. Luckmann 1980: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bradby, Hannah (Hg.) 2009: *Medical Sociology. An Introduction*. Los Angeles: SAGE.

- Bramesfeld, Anke und Gabriela Stoppe 2006: Einführung. In: Stoppe, Gabriela, Anke Bramesfeld und Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hg.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer-Verlag: Berlin und Heidelberg. 1-14.
- Bruner, J. 1986: *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bullington, J. 1999: *The Mysterious Life of the Body: A New Look at Psychosomatics*. Motala, Sweden: Kanaltryckeriet.
- Clifford, James 1986: Introduction: Partial truths. In: Clifford, James und George Marcus (Hg.): *Writing culture: The poetics and politics of ethnography*. Berkeley: University of California Press. 1-26.
- Dellwing, Michael und Robert Prus 2012: *Einführung in die interaktionistische Ethnografie. Soziologie im Außendienst*. Wiesbaden: Springer VS.
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. o. J.: *Was ist Verhaltenstherapie?* Elektronisches Dokument: <[www.verhaltenstherapie.de/de/der-dvt/was-ist-verhaltenstherapie.html](http://www.verhaltenstherapie.de/de/der-dvt/was-ist-verhaltenstherapie.html)> [26.07.16].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) 2014: *ICD-10-GM. Version 2014. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision - German Modification. Elektronisches Dokument: <[www.icd-code.de/icd/code/F32.3.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F32.3.html)> [25.06.2014].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) 2017: *ICD-10-GM Version 2018. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision - German Modification. Elektronisches Dokument: <[www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/block-f30-f39.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/block-f30-f39.htm)> [17.02.2018].
- Dudenredaktion (o. J.): „*Patient, der*“ auf *Duden online*. Elektronisches Dokument: <[www.duden.de/rechtschreibung/Patient](http://www.duden.de/rechtschreibung/Patient)> [23.06.2014].
- Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (Hg.) 2004: *Maßnahmen gegen Depressionen. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen*. Luxemburg.

- Finkler, Kaja 2004: Biomedicine globalized and localized: western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital. *Social Science & Medicine* 59 (10). 2037-2051.
- Foucault, Michel 1991: *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt: Fischer.
- Foucault, Michel 2003 [franz. 1977]: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band IV: 1980–1988*. Hg: Daniel Defert und François Ewald unter Mitarbeit von Jacques Lagrange. Übers. von Michael Bischoff, Hans-Dieter Gondek, Hermann Kocyba und Jürgen Schröder. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gaines, A. (Hg.) 1992: *Ethnopsychiatry. The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*. New York: State University of New York Press.
- Garro, Linda C. 2000a: Cultural Knowledge as Resource of Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. In: Mattingly, Cheryl und Linda Garro (Hg.): *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley: University of California Press. 70-87.
- Garro, Linda C. 2000b: Remembering What One Knows and the Construction of the Past: A Comparison of Cultural Consensus Theory and Cultural Schema Theory. *Ethos* 28: 275-319.
- Garro, Linda C. 2011: Trouble as Part of Everyday Life: Cognitive and Sociocultural Processes in Avoiding and Responding to Illness. In: Kronenfeld, David B., Giovanni Bennardo, Victor C. de Munck, Michael D. Fischer (Hg.): *A Companion to Cognitive Anthropology*. Blackwell Publishing. 531-547.
- Geest, Sjaak van der und Kaja Finkler 2004: Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine* 59 (10). 1995-2001.
- Glaser, Barney G. und Anselm Strauss 1998 [1967]: *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Goffman, Erving 1973 [1961]: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Greenberg, Gary 2010: *Manufacturing Depression. The Secret History of a Modern Disease*. London.
- Greifeld, Katharina 2003: Einführung in die Medizinethnologie. In: dies. (Hg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer. 11-38.
- Groleau D, A. Young und L.J. Kirmayer 2006: The McGill illness narrative interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry* 43: 671-91.

- Grube, Nina 2010: Getting In, Getting Along, Getting a Grasp: Reflections on Doing Hospital Ethnography in a Psychiatric Ward "At Home." *Viennese Ethnomedicine Newsletter* XIII (1). 3-8.
- Hahn, Annefried 2008: *Grenzzongleure. Der Umgang mit der Extrembelastung in einem Landeskriminalamt – eine qualitative Untersuchung*. Dissertation. Elektronisches Dokument: <refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/10056> [18.05.2015].
- Hahn, R.A. und A. Kleinman 1983: Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology* 12: 305-333.
- Hammer-Tugendhat, Daniela und Christina Lutter 2010: Emotionen im Kontext. Eine Einleitung. In: (dies.): *Emotionen: Zeitschrift für Kulturwissenschaften* 2:7-14. Bielefeld: transcript.
- Haraway, Donna 1991: *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. London: Routledge Chapman & Hall.
- Haubl, Rolf 2012: Der institutionelle und organisatorische Kontext von Gruppen am Beispiel stationärer Gruppenpsychotherapie. In: Strauß, Bernhard und Dankwart Mattke (Hrsg.): *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Springer-Verlag Berlin und Heidelberg. 99-108.
- Hautzinger, Martin 2003 [1989]: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, Martin 2006: Kognitive Verfahren. In: Batra, Anil, Reinhard Wassmann und Gerhard Buchkremer (Hg.): *Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Thieme. 125-33.
- Hautzinger, Martin 2011: Depressive Störungen. In: ders. (Hg.): *Kognitive Verhaltenstherapie. Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter*. Weinheim: Beltz. 99-117.
- Hautzinger, Martin 2012: Depressive Störungen. In: Meinlschmidt, Gunther, Silvia Schneider und Jürgen Margraf (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 4: Materialien für die Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 313-22.
- Healy, David 2006: *Let them Eat Prozac. The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*. New York.
- Hegerl, Ulrich, David Althaus und Holger Reiners 2006 [2005]: *Das Rätsel Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. 2. Auflage. München: Beck.
- Hesse, Hermann 1995: *Sämtliche Gedichte in einem Band*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Hirschfeld, R.M., Montgomery, S.A., Aguglia, E., Amore, M., Delgado, P.L., Gastpar, M., Hawley, C., Kasper, S., Linden, M., Massana, J., Mendlewicz, J., Möller, H.J., Nemeroff, C.B., Salz, J., Such, P., Torta, R. und Versiani, M. 2002: Partial response and noresponse to antidepressant therapy: current approaches and treatment options. *J Clin Psychiatry*: 826-837.
- Hirshbein, Laura 2009: *American Melancholy. Critical Issues in Health and Medicine*. Chapell Hill.
- Hochschild, Arlie R. 1979: Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology* 85(3): 551-575.
- Hochschild, Arlie R. 1983: *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press: Berkeley.
- Hornung, W.P. 2000: Psychoedukative Interventionen. In: Krausz, M.N.: *Integrative Schizophrenietherapie*. Basel: Karger. 113-147.
- Hornung, W.P. und A. Kieserg 1994: *Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hornung, W.P. und G. Buchkremer 2003: Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In: Möller, Hans-Jürgen, Gerd Laux und Hans-Peter Kapfhammer (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin und Heidelberg: Springer. 832-842.
- Hydén, Lars-Christer 1997: Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness* 19 (1): 48-69.
- Ingenkamp, Konstantin 2012: *Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Jackson, Stanley W. 1985: Acedia the Sin and Its Relationship to Sorrow and Melancholia. In: Kleinman, Arthur und Byron Good (Hg.): *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press. 43-62.
- Jurk, Charlotte 2005: *Der niedergeschlagene Mensch. Depression. Eine sozialwissenschaftliche Studie zu Geschichte und gesellschaftlicher Bedeutung einer Diagnose*. Dissertation. Elektronisches Dokument: <geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2711/pdf/JurkCharlotte-2006-02-13.pdf> [09.06.2014].
- Kafka, Franz 1958: *Briefe 1902 - 1924 / Franz Kafka*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Kangas, Ilka 2001: Making Sense of Depression: Perceptions of Melancholia in Lay Narratives. *Health* 5: 76.

- Karp, David A. 1996: *Speaking of Sadness. Depression, Disconnection and the Meanings of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Kirmayer, Laurence J. und Norman Sartorius 2007: Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine* 69: 832-840.
- Klausner, Martina 2015: *Choreografien psychiatrischer Praxis. Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Kleinman, Arthur 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley und Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, Arthur 1988: *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Kleinman, Arthur 1988b: *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic books.
- Kleinman, Arthur und Byron Good 1985: Introduction: Culture and Depression. In: dies. (Hg.): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press: Berkeley u. a. 1-33.
- Knoblauch, Hubert und Regine Herbrich 2013: Emotion, Wissen und Religion. In: Charbonnier, Lars, Matthias Mader und Birgit Weyel (Hg.): *Religion und Gefühl. Praktisch-theologische Perspektiven einer Theorie der Emotionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. 217-232.
- Lamnek, Siegfried 2005: *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lang, Claudia 2006: *Intersexualität. Menschen zwischen den Geschlechtern*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Latour, Bruno 1987: *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge MA.
- Latour, Bruno 1998: *Wir sind nie modern gewesen: Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Frankfurt a.M.
- Linde, Charlotte 2001: Narrative and social tacit knowledge. *Journal of Knowledge Management* 5(2): 160-170.
- Linden, Michael 2006: Behandlungspotenziale in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In: Stoppe, Gabriela, Anke Bramesfeld und Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hg.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer-Verlag: Berlin und Heidelberg. 423-446.

- Long, Debbi, Cynthia L. Hunter und Sjaak van der Geest 2008: When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine* 15 (2): 71-78.
- Maanen, J. van 1982: Introduction. In: Maanen, J. van, J.M.J. Dabbs und R.R. Faulkner (Hg.): *Varieties of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage. 31-63.
- Malinowski, Bronislaw 1922: *Argonauts of the Western Pacific*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Margraf, Jürgen 2009: Hintergründe und Entwicklung. In: Meinlschmidt, Gunther, Silvia Schneider und Jürgen Margraf (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 3-46.
- Martin, Emily 2007: *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton: Princeton University Press.
- Martin, Mike W. 2001: Responsibility for health and blaming victims. *Journal of Medical Humanities* 22(2). 95-114.
- Mattingly, Cheryl 1994: The Concept of Therapeutic "Emplotment". *Soc. Sci. Med.* 38 (6). 811-822.
- Mauss, Bärbel 2001: Die kulturelle Bedingtheit genetischer Konzepte: Das Beispiel Genomic Imprinting. In: *Das Argument* 43 (4/5): 584-592.
- Mesquita, Batja und Michael Boiger 2014: Emotions in Context: A Sociodynamic Model of Emotions. *Emotion Review* 6(4): 298-302.
- Michels, Robert 2009: Die Fallgeschichte. In: Kächele, Horst und Friedemann Pfäfflin (Hg.): *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten. Wie Therapeuten und Patienten über Psychotherapie schreiben*. Gießen: Psychosozial-Verlag. 13-86.
- Montgomery, S. 1994: Antidepressants in long-term-treatment. *Annu Rev Med*: 447-457.
- Mossière, Géraldine 2007: Sharing in ritual effervescence: emotions and empathy in fieldwork. *Anthropology Matters Journal* 9 (1).
- Neckel, Sighard 2009: Emotion by Design: Self-Management of Feelings as a Cultural Program. In: Röttger-Rössler, Birgitt und Hans J. Markowitsch (Hg.): *Emotions as Bio-Cultural Processes*. Springer Science+Business Media: New York. 181-198.
- Nestoriuc, Y. und W. Rief 2012: Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie. In: Linden, M. und B. Strauß (Hg.): *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 59-74.

- Pfleiderer, Beatrix 2003: Zur kulturellen Konstruktion biomedizinischen Tuns und Wissens. In: Greifeld, Katharina (Hg.): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer. 165-198.
- Pitschel-Walz, Gabriele, Joseph Bäuml und Werner Kissling 2003: *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Rabovsky, K. und G. Stoppe 2006: Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht. *Nervenarzt* 77: 538-548.
- Radley, Alan 1993: Introduction. In: ders. (Hg.): *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*. London: Routledge.
- Ratcliffe, Matthew 2008: *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford und New York: Oxford University Press.
- Rieder, Kerstin und Manfred Giesing 2011: Der arbeitende Patient. In: Hoefert, Hans-Wolfgang und Christoph Klotter (Hg.): *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Hogrefe Verlag: Göttingen et al. 17-32.
- Riessman Kohler, Catherine 2002: *Illness Narratives: Positioned Identities*. Invited annual lecture, Health Communication Research Centre, Cardiff University, Wales, U.K., May 2002. Elektronisches Dokument: <[cardiff.ac.uk/encap/resources/HCRC-narratives.pdf](http://cardiff.ac.uk/encap/resources/HCRC-narratives.pdf)> [22.01.2015].
- Robert Koch-Institut (Hg.) 2010: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51: Depressive Erkrankungen*. Berlin.
- Rosaldo, Renato 1989: *Culture and truth*. Boston, MA: Beacon Press.
- Rose, Niklas 1996: *Inventing our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Röttger-Rössler, Birgitt 2004: *Die kulturelle Modellierung des Gefühls. Ein Beitrag zur Theorie und Methodik ethnologischer Emotionsforschung anhand indonesischer Fallstudien*. Münster: Lit.
- Sacks, Harvey 1992: *Lectures on Conversation*. Oxford: Blackwell.
- Salomon, D.A., Keller, M.B., Leon, C.A., Mueller, T.I., Lavori, P.W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J.D. und Endicott, J. 2000: Multiple recurrences of Major depressive disorder. *Am J Psychiatry*: 229-233.
- Scherer, Klaus R. 2005: What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information* 44(4): 695-729.

- Scheve, Christian von 2011: Die soziale Konstitution und Funktion von Emotion: Akteur, Gruppe, normative Ordnung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 14(2): 207-222.
- Scheve, Christian von 2012: Emotion regulation and emotion work: two sides of the same coin? *Frontiers in Psychology* (3): 1-10.
- Schlehe, Judith 2003: Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In: Beer, Bettina (Hg.): *Methoden und Techniken der Feldforschung*. Berlin: Dietrich Reimer. S. 71-94.
- Schlehe, Judith 2006: Kultur, Universalität und Diversität. In: Wohlfahrt, Ernestine und Manfred Zaumseil (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 51-58.
- Schmidt, Bettina 2015: Eigenverantwortung zwischen Vernachlässigung und Fürsorge. In: Weilert, Katarina (Hg.): *Gesundheit zwischen Markt und Staat: Interdisziplinäre Zugänge*. Nomos: Baden-Baden. 319-330.
- Schmidt-Degenhard, Michael 1983: *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.
- Schmidt-Degenhard, Michael 2002: Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, Hans-Jürgen, Gerd Laux und Hans-Peter Kapfhammer (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin und Heidelberg: Springer. 269-280.
- Shore, Bradd 1996: *Culture in Mind. Cognition, Culture and the Problem of Meaning*. New York und Oxford: Oxford University Press.
- Skultans, Vieda und John Cox 2000[1996]: Introduction. In: dies. (Hg.): *Anthropological Approaches to Psychological Medicine. Crossing Bridges*. London: Jessica Kingsley Publishers. O. S. [Kindle Edition].
- Slaby, Jan 2012: Matthew Ratcliffes phänomenologische Theorie existenzieller Gefühle. In: A. Schnabel, R. Schützeichel (Hrsg.): *Emotionen, Sozialstruktur und Moderne*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Solomon, Andrew 2006: *Saturns Schatten. Die dunklen Welten der Depression*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Starobinski, Jean 1960: *Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900*. Basel.

- Stavemann, Harlich H. 2008: Der typische Ablauf ambulanter KVT. In: ders. (Hg.): *KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag. 17-80.
- Stern L und L.J. Kirmayer 2004: Knowledge structures in illness narratives: development and reliability of a coding scheme. *Transcult Psychiatry* 41(16): 130-42.
- Stieglitz, Rolf-Dieter und Freyberger, Harald J. 2012: Psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung. In: Berger, Mathias (Hg.): *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer Verlag. 19-40.
- Svenaesus, Fredrik 2011: Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine. *Med Health Care and Philos* 14: 333-343.
- Swaan, Abram de 1988: *In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*. New York: Oxford University Press.
- Teuber, Nadine 2011: *Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Truschkat Inga, Manuela Kaiser und Vera Reinartz 2005: Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung* 6 (2): o. S.
- Veigel, Sandra 2010: *Arbeitszeitkonformes Visitenmodell und Patientenzufriedenheit*. Dissertation. Universität des Saarlandes. Elektronisches Dokument: <dnb.info/1052222471/34> [13.03.2016].
- Watzlawick, Paul 2009 [1983]: *Anleitung zum Unglücklichsein*. 15. Auflage. München: Piper-TB.
- Weiner, Talia 2011: The (Un)managed Self: Paradoxical Forms of Agency in Self-Management of Bipolar Disorder. In: *Cult Med Psychiatry* 35 (4): S. 448-483.
- Weiss, Mitchell 1997: Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. *Transcultural Psychiatry* 34 (2): 235-263.
- Wind, Gitte 2008: Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine* 15 (2): 79-89.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2003: *Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Verhaltenstherapie*. Elektronisches Dokument: <www.wbpsychotherapie.de> [15.10.2015].

- Wittchen, Hans-Ulrich und Frank Jacobi 2001: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 44(10). 993-1000.
- Wittchen, Hans-Ulrich und Frank Jacobi 2006: Epidemiologie. In: Stoppe, Gabriela, Anke Bramesfeld und Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hg.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer-Verlag: Berlin und Heidelberg. 15-38.
- Woggon, Brigitte 2000 [1998]: *Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten*. 2., unveränderte Auflage. Bern u. a.: Verlag Hans Huber.
- Woodthorpe, Kate 2007: My life after death: connecting the field, the findings and the feelings. *Anthropology Matters Journal* 9 (1).
- Young, A. 1995: *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press.
- Zielke, Manfred 1994: Indikation zur stationären Verhaltenstherapie. In: Zielke, Manfred und Jochen Sturm (Hg.): *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union. 193-249.

## **Bildquelle**

Peanuts 1960: United Feature Syndicate, Inc.

## Anhang

### a. Hauptakteure der Studie

Neun Patienten, fünf Frauen und vier Männer, werden im Rahmen des vorliegenden Dissertationsprojektes mehrere Monate besonders intensiv begleitet. Diese unterscheiden sich in ihrem Alter, ihrem Bildungshintergrund und in ihren Lebensumständen. Gemeinsam ist ihnen allen die Erfahrung mittelgradiger oder schwerer Depressionen und die stationäre Therapieerfahrung, während der ich sie kennenlerne.

Jana<sup>70</sup> ist zum Zeitpunkt meiner Studie eine 28-jährige wissenschaftliche Angestellte, die mit ihrem Lebensgefährten zusammenlebt und keine Kinder hat. Sie ist wegen einer schweren rezidivierenden Depression auf der Station. Ihre Privatversicherung schließt keine spezielle Krankenhausbehandlung ein, weshalb sie in der Klinik wie eine gesetzlich versicherte Patientin behandelt wird.

Milena, eine 33-jährige geschiedene, alleinerziehende Mutter zweier Töchter, arbeitet als Softwareentwicklerin. Sie wird wegen einer schweren rezidivierenden Depression stationär aufgenommen<sup>71</sup> und ist gesetzlich versichert.

Wolfgang ist 35 Jahre alt, hat ein Kind und trennt sich während des stationären Aufenthalts von seiner Partnerin. Er ist IT-Berater. Er ist zur Behandlung einer schweren rezidivierenden Depression<sup>72</sup> in der Klinik, leidet aber außerdem am Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) und an einer schweren „körperlichen“ Erkrankung. Auch er hat eine gesetzliche Krankenversicherung.

Frau Can ist 43 Jahre alt und die einzige Hauptakteurin mit Migrationshintergrund. Sie wanderte mit ihrem Mann aus der Türkei ein, ist verheiratet und hat zwei Kinder. Bis

---

<sup>70</sup> Alle Namen sind pseudonymisiert, die Berufe der Menschen mit Depressionen wurden in ähnliche Varianten abgeändert und auch das Alter leicht angepasst. Personen, die ich mit Vornamen pseudonymisiere, haben mir das Du angeboten.

<sup>71</sup> Die Expertensicht in ihrem Fall ist uneinheitlich. Manche Experten im Feld sagen, bei ihr läge eher eine mittelgradige rezidivierende Depression vor.

<sup>72</sup> Auch bei ihm schwankt die Diagnose zwischen einer mittelgradigen und schweren Depression.

sie eine lebensgefährliche Krankheit erlitt, hat sie als Briefträgerin gearbeitet. Die Depression trat erst später auf. Auf der psychiatrischen Station wird sie als gesetzlich Versicherte wegen einer schweren Depression, die sie laut ihres behandelnden Arztes somatisiere, therapiert.

Frau Filling, eine 39-jährige verheiratete Mutter eines Sohnes, ist Hochschulprofessorin. Sie ist wegen einer schweren rezidivierenden Depression in Behandlung und privat versichert.

Herr Moser, ein 51-jähriger Vertriebsleiter, hat keine Kinder und lebt in einer festen Partnerschaft. Er wird wegen seiner dritten, diesmal mittelgradigen, rezidivierenden Depression behandelt und ist privat versichert.

Herr Neuner, ein 56-jähriger verheirateter Vater von drei Kindern, ist Arzt, genauer gesagt Dermatologe. Er hat viele mittelgradige und schwere depressive Episoden erlebt und wird wegen einer schweren rezidivierenden Depression auf der Station als gesetzlich Versicherter therapiert.

Herr Redmüller ist ein 69-jähriger verheirateter Mann ohne Kinder. Er ist Jurist in Rente und erleidet, als wir uns in der Klinik treffen, gerade die zweite mittelgradige rezidivierende Depression. Er hat eine private Krankenversicherung.

Frau Sommer ist 44 Jahre alt und Verkäuferin in Vollzeit. Zusätzlich hilft sie sehr viel in der Schreinerei ihres Ehemannes aus. Das Paar hat keine Kinder. Sie leidet an ihrer ersten schweren depressiven Episode und kommt als gesetzlich versicherte Patientin nach einem nicht erfolgreichen stationären Aufenthalt in einer anderen Klinik an die Klinik nach Berlin, an der wir uns kennenlernen. Sie entspricht von meinen intensiver begleiteten Gesprächspartnern am ehesten dem Konzept der Ärzte von einer seminaiven Patientin<sup>73</sup>, da sie in der letzten Krankenhausbehandlung, also kurz bevor wir uns in der Klinik treffen, erfahren hat, dass sie unter Depressionen leidet.

---

<sup>73</sup> Zum Erklärung des Expertenkonzepts der sogenannten „seminaiven“ Patienten siehe S. 25 (Kapitel 2.3 Methodisches Vorgehen).

Neben den neun genannten Hauptakteuren haben noch weitere 101 Menschen an der Hauptstudie in Berlin teilgenommen.<sup>74</sup> In der vorliegenden Dissertation kommen viele dieser Menschen, vor allem weitere Patienten und Mitarbeiter der Kliniken, zur Sprache. Von allen Beteiligten eine Kurzbeschreibung anzufügen, würde den Rahmen der Studie sprengen. Obwohl sie hier nicht explizit aufgeführt werden, war der Beitrag jedes Einzelnen wichtig für die vorliegende Arbeit.

---

<sup>74</sup> Alle genannten Personen haben meiner Erhebung zugestimmt und waren sich darüber bewusst, dass ich Notizen für meine Studie nehme. Da ich meine Vorstudie in der Klinik in München nicht offen legen durfte, verwende ich von dort nur sehr wenig direkte Zitate.

## b. Kennzeichnung der Empiriezitate

(Beobachtungssituation, TT.MM.JJJJ)	Beobachtungssituation vom TT.MM.JJJJ
(Forschungstagebuch, TT.MM.JJJJ)	Auszug aus dem Forschungstagebuch vom TT.MM.JJJJ
(Person, 1.)	Erstes Interview mit der Person
(Person, TT.MM.JJJJ)	Informelles Gespräch mit der Person am TT.MM.JJJJ

### c. Formatierung der Empiriezitate

(...)	Mindestens drei Sekunden Sprechpause
[...]	Teile des gesprochenen Textes ausgelassen
Text...	Langgezogenes Wort
[Text, VS]	Einschub der Autorin zur Erklärung des Gesagten oder Änderung von Begriffen zur Anonymisierung
<b>Text</b>	Wort vom Sprecher betont
<i>Text</i>	Beschreibung eines beobachteten Verhaltens bzw. indirekte Rede aus Beobachtungsprotokollen
Text/	Satz vom Sprecher abgebrochen

#### **d. Kurzfassung der Dissertation**

Diese Dissertation zeigt, wie die Depression in der stationären Therapie zweier psychiatrischer Kliniken in München und Berlin produziert wird und wie der Umgang mit ihr kulturell modelliert und sozial vermittelt wird. Dabei steht die kognitive Verhaltenstherapie im Mittelpunkt, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt als *die* Mainstreamtherapie in Deutschland bezeichnet werden kann.

Die unterschiedlichen Therapeuten versuchen, ihre Patienten zu einer anderen Wahrnehmung von sich selbst und ihrer Krankheit anzuleiten. Der Zweck aller stationären Interventionsformen zusammengenommen ist es, Patienten in Emotions- und Selbstmanager zu transformieren. Wie der therapeutische Prozess erfolgt und welche Widerstände und Probleme er auf Seiten der Patienten auslöst, wird in der Ethnografie deutlich.

Im psychiatrischen Raum werden kulturelle Prägungen der Depressionstherapie sichtbar: So fordern die Therapeuten von den Patienten Individualisierung, Rationalität, Empowerment und Emotionsarbeit. Die Patienten können dies nur beschränkt umsetzen. Dies liegt nicht zuletzt an ebenfalls kulturell geprägten Paradoxien und Ambivalenzen in der Depressionstherapie, die in der vorliegenden Arbeit erläutert werden.

### **e. Abstract of the doctoral dissertation**

This dissertation shows how depression is produced in the inpatient therapy of two psychiatric clinics in Munich and Berlin and how the handling of it is culturally modeled and socially mediated. The focus is on cognitive behavioral therapy, currently a mainstream therapy in Germany.

The therapists try to guide their patients to a different perception of themselves and their disease. The purpose of the ensemble of the inpatient interventions is to transform patients into managers of their self and emotions. The ethnography describes the therapeutic process and how patients resist certain aspects and deal with problematic parts of this process.

Cultural influences of depression therapy become evident in the psychiatric clinics. The therapists demand individualization, rationality, empowerment and emotion work from the patients. The patients can only implement these points to a limited extent. This is not least due to the also culturally shaped paradoxes and ambivalences in depression therapy, which are explained in the present work.